

Granskning av säkerheten vid Region Dalarnas sjukhus

Slutrapport, oktober 2026

Granskningsrapport utförd av Sirona på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna

Innehåll

1 Sammanfattning 4
2 Bakgrund, syfte och metod för genomförande 7
2.1 Revisorerna i Region Dalarnas bakgrund till granskningen 7
2.2 Syfte 7
2.3 Revisionsfrågor 7
2.4 Avgränsningar 8
2.5 Revisionskriterier 8
2.6 Metod och genomförande 9
2.6.1 Dokumentstudier 10
2.6.2 Intervjuer 10
2.6.3 Stickprov 10
2.6.4 Benchmarking 11
3 Organisation och struktur för säkerhetsarbetet 12
4 Iakttagelser, analyser och bedömningar per revisionsfråga 13
4.1 Revisionsfråga 1: Övergripande policy och strategi för säkerheten vid sjukhusen 13
4.1.1 Iakttagelser och analyser 13
4.1.2 Bedömning 14
4.2 Revisionsfråga 2: Kontroll över personer och tillträdesskydd 15
4.2.1 Iakttagelser och analyser 15
4.2.2 Bedömning 16
4.3 Revisionsfråga 3: Beredskap för akuta säkerhetsincidenter 17
4.3.1 Iakttagelser och analyser 17
4.3.2 Bedömning 19
4.4 Revisionsfråga 4: Ansvar och befogenheter för säkerhetshöjande åtgärder 19
4.4.1 Iakttagelser och analyser 20
4.4.2 Bedömning 21
4.5 Revisionsfråga 5: Säkerhet vid om- och nybyggnationer 22
4.5.1 Iakttagelser och analyser 22
4.5.2 Bedömning 23
4.6 Revisionsfråga 6: Uppföljning, återföring och lärande 24
4.6.1 Iakttagelser och analyser 24

4.6.2 Bedömning 25
5 Omvärldsanalys 26
5.1 Benchmarking mot Region Blekinge 26
5.2 Relevanta jämförelsepunkter för Region Dalarna 27
6 Samlad bedömning 28
7 Rekommendationer 30
7.1 Rekommendationer till regionstyrelsen 30
7.2 Rekommendationer till hälso- och sjukvårdsnämnden 31
8 Bilagor 33
8.1 Bilaga 1: Granskade dokument 33
8.2 Bilaga 2: Intervjuguide 35

1 Sammanfattning

Sirona har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Dalarna genomfört en granskning av säkerheten vid regionens sjukhus i Falun, Mora, Ludvika och Avesta. Syftet har varit att bedöma om regionens arbete med säkerheten för personal, patienter och övriga besökare samt skyddet av egendom är tillräckligt och ändamålsenligt. Granskningen har huvudsakligen omfattat dokumentstudier, intervjuer och riskbaserade stickprov, kompletterat med benchmarking.

Sironas samlade bedömning är att såväl regionstyrelsen som hälso- och sjukvårdsnämnden delvis har säkerställt ett tillräckligt och ändamålsenligt säkerhetsarbete vid regionens sjukhus. För regionstyrelsen avser de huvudsakliga utvecklingsbehoven den regionövergripande styrningen och samordningen, ansvar och mandat samt formerna för gemensam beredskap och uppföljning. För hälso- och sjukvårdsnämnden avser utvecklingsbehoven framför allt att säkerställa att den regionövergripande styrningen omsätts, tillämpas och följs upp i hälso- och sjukvårdens verksamheter.

Granskningen visar således inte på en generell avsaknad av säkerhetsarbete. Regionen har flera etablerade strukturer, tekniska lösningar och verksamhetsnära arbetssätt, men dessa behöver i högre grad hållas samman, få genomslag i verksamheterna och följas upp systematiskt.

I granskningen har följande huvudsakliga *iakttagelser och bedömningar* gjorts:

- **Övergripande policy och strategi för säkerheten vid sjukhusen:** Region Dalarna har en övergripande säkerhetspolicy som bedöms vara ändamålsenlig. Därutöver finns mer detaljerad styrning inom flera säkerhetsområden och verksamheter. Policyn har däremot inte omsatts i en tillräckligt sammanhållen styrning av sjukhussäkerheten och är inte allmänt känd bland de chefer och nyckelpersoner som intervjuats. Det saknas framför allt en gemensam inriktning för riskprioriteringar, ambitionsnivå, genomförande och uppföljning. *Sironas bedömning är att den samlade styrningen av sjukhussäkerheten och dess genomslag i vårdverksamheterna delvis är ändamålsenliga.*

- **Kontroll över personer och tillträdesskydd:** Regionen har etablerade passage- och behörighetssystem och mer långtgående kontroll i verksamheter och utrymmen med högre skyddsbehov. Kontrollen är däremot mindre heltäckande i övergången mellan publika och interna miljöer. Internrevisionen har även identifierat brister i delar av behörighetsstyrningen. Regionen har vidtagit korrigerande åtgärder, men delar av förbättringsarbetet är relativt nytt eller fortfarande pågående. Även den praktiska efterlevnaden av kontrollåtgärder behöver stärkas. *Sironas bedömning är att regionen delvis har tillräcklig och ändamålsenlig kontroll över de personer som passerar in och ut ur eller rör sig i sjukhusens lokaler.*

- **Beredskap för akuta säkerhetsincidenter:** Regionen har larmvägar, bevakningsresurser och lokala rutiner som ger förutsättningar att snabbt hantera återkommande hot- och våldssituationer. Beredskapen för inrymning, pågående dödligt våld och andra allvarliga antagonistiska hot är däremot inte tillräckligt utvecklad. Regionen saknar en aktuell gemensam operativ vägledning för inrymning och praktiska övningar genomförs inte systematiskt i de verksamheter som granskats närmare. Beslutsvägarna behöver också tydliggöras när akuta åtgärder kräver samordning mellan

flera verksamheter och funktioner. *Sironas bedömning är att regionen delvis har en tillräcklig beredskap att hantera olika typer av akuta säkerhetsincidenter vid sjukhusen.*

- **Ansvar och befogenheter för säkerhetshöjande åtgärder:** Säkerhetsansvaret följer linjeorganisationen och mandatet att hantera säkerhetsfrågor inom den egna verksamheten framstår i huvudsak som tydligt. Otydligheten är större när säkerhetsfrågor kräver samverkan mellan flera funktioner. Säkerhetsfunktionens rådgivande och stödjande uppdrag behöver tydliggöras i förhållande till andra funktioners och verksamheters beslutsbefogenheter. Det behövs också tydligare former för samordning, prioritering och eskalering när bedömningar skiljer sig åt eller den egna verksamhetens mandat eller budget inte räcker till. *Sironas bedömning är att fördelningen av ansvar och befogenheter för säkerhetshöjande åtgärder inom sjukhusen delvis är tydlig och ändamålsenlig.*

- **Säkerhet vid om- och nybyggnationer:** Regionfastigheter har ett utvecklat tekniskt regelverk som ger goda förutsättningar att integrera tillträdesskydd och andra säkerhetskrav tidigt i projekteringen. Säkerhetsfunktionen involveras också tidigare och mer systematiskt än historiskt. Samtidigt saknas en tillräckligt tydlig gemensam riskbaserad metod för att fastställa säkerhetsnivå och vilka säkerhetsaspekter som ska beaktas i olika typer av lokalprojekt. Vårdverksamheternas riskbilder och säkerhetsbehov behöver också tydliggöras tidigt i projekten. *Sironas bedömning är att säkerhetsfrågor och tillträdesskydd i huvudsak beaktas vid om- och nybyggnationer av lokaler vid sjukhusen.*

- **Uppföljning, återföring och lärande:** Det finns former för rapportering, uppföljning och lärande inom enskilda verksamheter och processer, men dessa bildar inte en sammanhållen regional struktur. Utvecklingsbehoven gäller framför allt samlad analys av riskmönster, uppföljning av åtgärdernas effekt och systematisk återföring mellan verksamheter och sjukhus. *Sironas bedömning är att regionstyrelsen inte har säkerställt en sammanhållen regionövergripande uppföljning av säkerhetsincidenter, avvikelser och vidtagna åtgärder, inklusive återföring av erfarenheter, medan hälso- och sjukvårdsnämnden delvis har säkerställt detta inom hälso- och sjukvården.*

Baserat på granskningens samlade iakttagelser och bedömningar lämnar Sirona följande rekommendationer till regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden.

Följande rekommendationer riktas till regionstyrelsen:

- Omsätt säkerhetspolicyn i en sammanhållen inriktning för sjukhussäkerheten med gemensamma mål, riskprioriteringar, ambitionsnivå och åtgärder med ansvar, tidsramar och uppföljning. Stärk kännedomen om policyn och beakta väsentliga säkerhetsrisker i styrelsens riskanalys och, där risknivån motiverar det, interna kontroll.

- Tydliggör samordning samt besluts- och eskaleringsvägar i tvärfunktionella säkerhetsfrågor, inklusive säkerhetsfunktionens uppdrag. Ange vart frågor lyfts när bedömningar skiljer sig åt, mandat inte räcker till eller finansieringsbehov inte ryms inom befintliga budgetramar.

- Stärk den gemensamma riskbaserade styrningen av tillträdesskyddet och följ upp behörighetsadministrationen inom styrelsens ansvarsområde samt effekten av genomförda förbättringar.
- Säkerställ gemensam operativ vägledning för inrymning och allvarliga antagonistiska hot med tydliga beslutsvägar, information och samordning samt stöd för lokala rutiner, utbildning och övning.
- Komplettera den tekniska styrningen med en gemensam riskbaserad metod för säkerhetsbedömningar i lokal- och byggprojekt. Tydliggör när säkerhetskompetens ska involveras och hur bedömningar ska dokumenteras i samverkan med berörda verksamheter och Regionfastigheter.
- Etablera gemensamma former för sammanställning, analys och återföring av säkerhetsincidenter, avvikelser och åtgärder från samtliga fyra sjukhus. Säkerställ återrapportering om väsentliga risker och åtgärdernas effekt samt att resultaten beaktas i styrelsens riskanalys och interna kontroll.

Följande rekommendationer riktas till hälso- och sjukvårdsnämnden:

- Säkerställ att säkerhetspolicyn och relevant säkerhetsstyrning är kända och tillämpas i vårdverksamheterna samt att säkerhetsrisker och åtgärder hanteras i ordinarie ledning, riskanalys och intern kontroll.
- Tydliggör hur vårdverksamheternas säkerhetsbehov bedöms, prioriteras och förs vidare när andra funktioners medverkan krävs. Ange vem som driver och följer frågan samt hur finansieringsbehov som inte ryms inom verksamhetens budget lyfts vidare.
- Säkerställ riskbaserade bedömningar av vårdverksamheternas tillträdesskydd, efterlevnad av beslutade kontrollåtgärder och korrekt hantering av beställningar, förändringar och avslut av passagebehörigheter.
- Säkerställ aktuella och kända lokala rutiner för akuta säkerhetsincidenter, inklusive inrymning och allvarliga antagonistiska hot, samt återkommande praktiska övningar. Anpassa rutinerna till verksamheternas riskbilder och gemensam vägledning när denna tas fram eller uppdateras.
- Säkerställ att vårdverksamheternas riskbilder och säkerhetsbehov dokumenteras tidigt i lokal- och byggprojekt samt att verksamheterna följer upp om genomförda lösningar tillgodoser behoven.
- Säkerställ lokal rapportering, uppföljning av åtgärdernas effekt och återföring av erfarenheter mellan vårdverksamheter och sjukhus. Säkerställ återrapportering till nämnden, beakta resultaten i dess riskanalys och interna kontroll samt bidra med underlag till den regionövergripande uppföljningen.

2 Bakgrund, syfte och metod för genomförande

2.1 Revisorerna i Region Dalarnas bakgrund till granskningen

Region Dalarnas sjukhus är öppna verksamhetsmiljöer med en omfattande daglig genomströmning av patienter, anhöriga, medarbetare och andra besökare. Öppenheten är en naturlig del av vårdens tillgänglighet, men behöver samtidigt balanseras mot säkerheten för de personer som vistas i lokalerna och skyddet av regionens egendom.

Säkerhetsfrågor har under senare år fått ökad betydelse inom hälso- och sjukvården. Incidenter såsom stölder, hot, våld och andra ordningsstörningar innebär behov av ett systematiskt säkerhetsarbete ur såväl arbetsmiljö- och patientperspektiv som utifrån skyddet av regionens egendom och verksamhet.

Revisorerna har mot denna bakgrund beslutat att granska om Region Dalarnas säkerhetsarbete vid sjukhusen i Falun, Mora, Ludvika och Avesta är tillräckligt och ändamålsenligt. Granskningen omfattar såväl regionens övergripande styrning och ansvarsfördelning som tillträdesskydd, incidentberedskap, säkerhet vid om- och nybyggnationer samt uppföljning och återföring av säkerhetsrelaterade händelser.

Revisorerna har tidigare granskat närliggande områden. I en granskning av hot och våld från 2018 uppmärksammades bland annat avsaknaden av ett övergripande strategiskt och samordnat synsätt på säkerhetsfrågorna. I en granskning av kontinuitetsplaneringen från 2025 konstaterades även brister i den regionövergripande styrningen, ansvarsfördelningen, uppföljningen och den systematiska övningsverksamheten.[1] Den aktuella granskningen har därför även omfattat hur regionens olika delar av säkerhetsarbetet hålls samman.

2.2 Syfte

Syftet med granskningen har varit att ge de förtroendevalda revisorerna underlag för att bedöma om Region Dalarnas arbete med säkerheten för personal, patienter och övriga besökare samt skyddet av egendom vid sjukhusen i Falun, Mora, Ludvika och Avesta är tillräckligt och ändamålsenligt.

2.3 Revisionsfrågor

Föremål för granskningen har varit regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden. Revisionsfrågorna har besvarats för respektive organ inom ramen för dess ansvarsområde. Följande revisionsfrågor har besvarats inom ramen för granskningen:

1. Har regionen någon övergripande policy, strategi eller motsvarande för säkerheten vid sjukhusen? Är denna i förekommande fall ändamålsenlig?
2. Har regionen tillräcklig och ändamålsenlig kontroll över de personer som passerar in och ut ur eller rör sig i sjukhusens lokaler? Finns kameraövervakning eller andra system för övervakning, exempelvis legitimationskontroller, passersystem eller slussar?
3. Är beredskapen att hantera olika typer av akuta säkerhetsincidenter vid sjukhusen tillräcklig? Finns larmrutiner där hjälp snabbt kan finnas på plats vid incidenter samt beredskap eller system

1) Region Dalarna, Granskning av arbetet med Region Dalarnas kontinuitetsplanering (2025)

för inrymning vid akuta hot? Är det tydligt vem som beslutar om akuta säkerhetshöjande åtgärder vid incidenter eller hot och, i förekommande fall, finns planer för vilka åtgärder som kan vidtas?

4. Är fördelningen av ansvaret för, liksom befogenheten att besluta om och vidta säkerhetshöjande åtgärder inom sjukhusen, tydlig och ändamålsenlig?
5. Beaktas säkerhetsfrågor och tillträdesskydd i samband med om- och nybyggnationer av lokaler vid sjukhusen?
6. Finns en sammanhållen uppföljning av säkerhetsincidenter, avvikelser och vidtagna åtgärder, inklusive återföring av erfarenheter från inträffade incidenter, övningar och andra säkerhetsrelaterade händelser?

2.4 Avgränsningar

Granskningen har omfattat säkerhetsarbetet vid Region Dalarnas sjukhus i Falun, Mora, Ludvika och Avesta. Bedömningarna avser i huvudsak regionens strukturer, processer och tillämpade arbetssätt. Granskningen har inte utgjort en heltäckande teknisk säkerhetsbesiktning av lokaler, system eller installationer. Granskningen har inte omfattat Region Dalarnas processer för säkerhetsprövning och registerkontroll av personal. Inte heller utrymningsorganisation och utrymningsplanering eller särskilda skyddsåtgärder för konst och andra enskilda värdeföremål har granskats särskilt.

Krisberedskap har omfattats i den utsträckning den har direkt koppling till granskningens revisionsfrågor, exempelvis riskanalys, larm, inrymning, ansvar och beredskap för allvarliga säkerhetsincidenter. Granskningen har däremot inte utgjort en fullständig granskning av Region Dalarnas samlade krisberedskap, kontinuitetsplanering eller efterlevnad av samtliga krav enligt lagen om extraordinära händelser.

Granskningen har genomförts med beaktande av att uppgifter om säkerhetslösningar, sårbarheter, larmvägar och andra skyddsåtgärder kan omfattas av sekretess eller annars vara olämpliga att redovisa i en offentlig rapport. Sådana uppgifter har inte redovisats på ett sätt som direkt eller indirekt kan försämra regionens säkerhet.

2.5 Revisionskriterier

Bedömningen av revisionsfrågorna har gjorts med utgångspunkt i relevant lagstiftning samt Region Dalarnas egna styrande dokument och beslut med bäring på ansvar, intern kontroll, krisberedskap och systematiskt säkerhetsarbete.

Huruvida Region Dalarnas arbete med säkerheten vid de fyra sjukhusen är tillräckligt och ändamålsenligt har i huvudsak bedömts med utgångspunkt i följande:

- **Arbetsmiljölag (1977:1160) och relevant arbetsmiljörättslig reglering**, avseende arbetsgivarens ansvar att förebygga ohälsa och olycksfall samt att undersöka, bedöma och åtgärda risker i arbetsmiljön.
- **Kommunallag (2017:725), 6 kap. 6 §:** om nämndernas ansvar att inom sina respektive områden säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med fullmäktiges mål och riktlinjer samt de

bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten, att den interna kontrollen är tillräcklig för att förebygga fel och oegentligheter samt att verksamheten i övrigt bedrivs på ett tillfredsställande sätt.

- **Lag (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap, särskilt 2 kap. 1 och 8 §§:** i de delar som har direkt bäring på granskningens revisionsfrågor, bland annat avseende risk- och sårbarhetsanalys samt utbildning och övning.
- **Region Dalarnas reglementen, delegationsordningar och andra styrande dokument:** avseende ansvar, mandat och befogenheter för berörda politiska organ, ledningsfunktioner, verksamheter och stödfunktioner.
- **Region Dalarnas säkerhetspolicy samt regionövergripande och lokala riktlinjer och rutiner: a**vseende bland annat säkerhetsarbetets inriktning, riskhantering, tillträdesskydd, incidentberedskap, ansvar och uppföljning.
- **Regionens styrande krav för fastigheter och lokalprojekt**, avseende hur säkerhetsfrågor och tillträdesskydd ska beaktas vid om- och nybyggnationer.

2.6 Metod och genomförande

Granskningen genomfördes av Sirona under perioden juni till oktober 2026. Granskningsteamet bestod av:

- Shadi Abbas - Uppdragsansvarig och granskningsledare
- Johan Assarsson - Granskare, senior expert och sakkunnig inom styrning, ledning och uppföljning
- Stefan Bengtsson – Granskare, senior expert inom säkerhet och säkerhetsskydd
- Gunilla Jerklind Platzer - Skyrev certifierad expert och kvalitetssäkrare
- Klas Andersson - Granskningskoordinator

Uppdragsgivare och kontaktperson vid Region Dalarnas revisionskontor var revisionschef Kjell Johansson.

Granskningen har byggt på dokumentstudier, semistrukturerade intervjuer, riskbaserade stickprov samt benchmarking. Dokumentstudier, intervjuer och stickprov har vägts samman för att identifiera överensstämmelser och skillnader mellan beslutad styrning, beskrivna arbetssätt och dokumenterad tillämpning. Benchmarkingen har använts som en kompletterande jämförelsepunkt och har inte utgjort grund för bedömningen av Region Dalarnas efterlevnad eller ändamålsenlighet.

Bedömningen av respektive revisionsfråga har uttryckts enligt en fyrgradig skala: *ja, i huvudsak, delvis och nej.* Ja har använts när revisionsfrågan bedömts vara uppfylld utan väsentliga brister. I huvudsak har använts när relevanta strukturer, rutiner eller arbetssätt i huvudsak funnits på plats och tillämpats, även om vissa utvecklingsområden kvarstått. Delvis har använts när viktiga delar funnits på plats, men det funnits brister i exempelvis systematik, lokal tillämpning, uppföljning eller likformigt genomslag. Nej har använts när kärnkravet i revisionsfrågan inte kunnat anses vara uppfyllt.

Rapportutkastet har faktagranskats av nyckelpersoner som intervjuats eller lämnat skriftliga underlag. Faktagranskningen har avsett sakuppgifter och beskrivningar.

2.6.1 Dokumentstudier

Granskningen har omfattat en systematisk genomgång och analys av regionövergripande och lokala styrdokument samt andra underlag med bäring på säkerheten vid sjukhusen.

Dokumentstudien har bland annat omfattat säkerhetspolicy, riktlinjer och rutiner, underlag avseende passage och tillträdesskydd, lokala säkerhetsrutiner, underlag om bevakning och incidenthantering, internrevision samt tekniska riktlinjer för säkerhet vid om- och nybyggnationer.

Dokumentstudien har använts för att bedöma den formella styrningen samt för att identifiera frågor som behövt verifieras eller fördjupas genom intervjuer och stickprov.

En förteckning över granskade dokument återfinns i *Bilaga 1: Granskade dokument.*

2.6.2 Intervjuer

För att få ett fördjupat underlag om hur säkerhetsarbetet fungerar i praktiken genomfördes semistrukturerade intervjuer med 20 personer inom Region Dalarna.

Urvalet omfattade företrädare för regionledning, säkerhetsfunktion och hälso- och sjukvårdsledning, verksamhetschefer samt funktioner inom Regionfastigheter, Regionservice, bevakning, fastighetsdrift och passagehantering. Verksamhetsnära intervjuer genomfördes bland annat inom akutmottagning och psykiatri.

Intervjuerna har belyst hur styrning, ansvar, tillträdesskydd, incidentberedskap, uppföljning och säkerhet vid om- och nybyggnationer fungerar i praktiken samt om det finns relevanta skillnader mellan sjukhus och verksamheter.

Den intervjuguide som använts i granskningen återfinns i *Bilaga 2: Intervjuguide*.

2.6.3 Stickprov

Dokumentstudien och intervjuerna kompletterades med ett begränsat antal riskbaserade stickprov. Syftet har varit att fördjupa och verifiera särskilt relevanta iakttagelser genom att granska exempel på hur beslutade rutiner och kontrollåtgärder har tillämpats och följts upp.

Stickproven omfattade bland annat passage- och behörighetsprocessen, där regionens internrevision, aktuella rutiner och intervjuer med berörda funktioner vägdes samman. Därutöver jämfördes dokumenterade lokala säkerhetsrutiner från akutmottagningarna i Falun och Mora med intervjubaserade beskrivningar av tillämpningen, bland annat avseende larm samt hantering av hot och våld.

Möjligheten att genomföra ett motsvarande ärendebaserat stickprov av säkerhetsincidenter har varit begränsad eftersom säkerhetsincidenter och efterföljande åtgärder inte dokumenteras och sammanställs på ett sådant sätt att ett samlat underlag har kunnat identifieras.

Stickproven har utgjort verifierande exempel och ger inte en heltäckande bild av samtliga sjukhus, verksamheter, incidenter eller säkerhetsåtgärder. De har inte omfattat tekniska funktionstester eller fullständiga säkerhetsbesiktningar. Se sammanställning av stickprovsområden, underlag och inriktning i *Tabell 1* nedan.

Tabell 1. Stickprovsområden, underlag och inriktning.

Stickprovsområde	Underlag	Inriktning
Passage och behörigheter	Internrevision av passagekort, aktuella rutiner samt intervjuer med berörda funktioner	Om rutiner för behörighetsstyrning och entreprenörstillträde tillämpats samt hur identifierade brister har åtgärdats
Lokala rutiner vid hot och våld	Handlingsplaner och larmrutiner från akutmottagningarna i Falun och Mora samt verksamhetsintervjuer	Överensstämmelse mellan dokumenterade larm- och handlingsrutiner och verksamheternas beskrivning av praktisk tillämpning
Säkerhetsincidenter	Inhämtning av underlag och intervjuer	Ärendebaserat stickprov kunde inte genomföras eftersom någon samlad population med incidenter och efterföljande åtgärder inte kunde identifieras

2.6.4 Benchmarking

Som komplement till dokumentstudier, intervjuer och stickprov genomfördes en benchmarking mot Region Blekinge. Syftet har varit att sätta Region Dalarnas säkerhetsarbete i ett bredare sammanhang och identifiera relevanta jämförelsepunkter och arbetssätt.

Benchmarkingen baserades på en semistrukturerad intervju med Region Blekinges säkerhetschef. Intervjun omfattade övergripande styrning och ansvarsfördelning, tillträdesskydd, incidentberedskap och inrymning, säkerhet vid om- och nybyggnationer samt uppföljning och regionövergripande riskprioritering.

Benchmarkingen har använts som referenspunkt i analysen och ska inte betraktas som en granskning eller självständig verifiering av Region Blekinges säkerhetsarbete. Resultatet redovisas i kapitel 5.

3 Organisation och struktur för säkerhetsarbetet

Region Dalarnas säkerhetsarbete utgår från att säkerhetsansvaret följer verksamhetsansvaret i linjen. Respektive verksamhet ansvarar därmed för säkerhetsfrågorna inom sitt ansvarsområde, medan centrala specialist- och stödfunktioner bidrar med kompetens, tekniska lösningar och operativt stöd.[2]

Den centrala funktionen ”Säkerhet, risk och beredskap” stödjer verksamheterna inom säkerhetsområdet och har ett regionövergripande perspektiv på bland annat säkerhet, risk och beredskap. Funktionen leds av regionens säkerhetschef.

Regionfastigheter ansvarar för regionens fastigheter samt tekniska system och riktlinjer med betydelse för den fysiska säkerheten, bland annat avseende passage, lås och dörrmiljöer.[3] Regionservice ansvarar för flera operativa stödfunktioner, däribland delar av den praktiska hanteringen av passagebehörigheter och bevakning.[4]

Inom hälso- och sjukvården ligger det verksamhetsnära säkerhetsansvaret i linjeorganisationen. Verksamheter med särskilda riskbilder, såsom akutmottagningar och psykiatri, har därutöver lokala rutiner och arbetssätt för bland annat larm, hot och våld och andra säkerhetshändelser.[5]

2) Region Dalarna, Säkerhetspolicy, 2025

3) Region Dalarna, Regionfastigheter, Riktlinje Tekniska anvisningar Inbrottslarm- och entré- och passagekontrollsystem, 2024; Region Dalarna, Regionfastigheter, Riktlinje Dörrtyper med elektrisk funktion, 2024.

4) Region Dalarna, Internrevision – Hantering av passagekort elutrymmen, 2025; Region Dalarna, Länsservice, Bevakningen 2026

5) Region Dalarna, Länsvuxenpsykiatri Falun Säter, Säkerhet vid psykiatrisk tvångsvård, 2026; Region Dalarna, Akutmottagning Falun, Handlingsplan vid våld och hot, 2025

4 Iakttagelser, analyser och bedömningar per revisionsfråga

I detta kapitel redovisas granskningens iakttagelser, analyser och bedömningar för respektive revisionsfråga. Bedömningarna bygger på en sammanvägning av dokumentstudier, intervjuer och genomförda stickprov och görs för regionstyrelsen respektive hälso- och sjukvårdsnämnden inom ramen för deras ansvarsområden. För regionstyrelsen avser bedömningarna främst regionövergripande styrning, samordning och gemensamma förutsättningar. För hälso- och sjukvårdsnämnden avser de styrning, tillämpning och uppföljning inom hälso- och sjukvårdens verksamheter.

4.1 Revisionsfråga 1: Övergripande policy och strategi för säkerheten vid sjukhusen

Har regionen någon övergripande policy, strategi eller motsvarande för säkerheten vid sjukhusen? Är denna i förekommande fall ändamålsenlig?

4.1.1 Iakttagelser och analyser

Regionfullmäktige fastställde i februari 2025 en ny säkerhetspolicy för Region Dalarna, som ersatte policyn från 2010. Policyn anger övergripande principer för säkerhetsarbetet och omfattar samtliga medarbetare, uppdragstagare och förtroendevalda. Säkerhetsarbetet ska vara förebyggande och bygga på strukturerad riskhantering och ständiga förbättringar. Verksamheterna ska bland annat arbeta med riskanalyser, kontinuitetsplanering och incidenthantering. Säkerhetsansvaret följer verksamhetsansvaret i linjen, och inom området allmän säkerhet omfattas bland annat fysisk säkerhet samt hot och våld. Mer konkreta krav ska enligt policyn regleras i riktlinjer för respektive säkerhetsområde.[6]

Dokumentstudien visar att policyn har konkretiserats inom flera avgränsade områden. Regionfastigheter har exempelvis detaljerade tekniska riktlinjer för passage, dörrmiljöer och tillträdesskydd. Inom Länsvuxenpsykiatrin finns ett omfattande lokalt regelverk som bland annat omfattar säkerhetsklassificering, larm, lokaler, utbildning och hantering av säkerhetsbrister. Granskningen visar således inte på en generell avsaknad av underliggande styrning. Styrningen är däremot fördelad mellan olika nivåer, funktioner och verksamheter.[7]

Intervjuerna visar en relativt samstämmig bild av att den övergripande policyn inte har kompletterats med en sammanhållen strategi för hur sjukhussäkerheten ska utvecklas och omsättas i praktiken. Strategiska arbetssätt finns inom vissa delområden, men granskningen har inte identifierat någon samlad struktur som binder samman säkerhetspolicyn med långsiktiga prioriteringar, konkreta säkerhetsmål, genomförande och uppföljning inom de olika säkerhetsområdena.

> *"Policyn finns, men policyn är i sig ingen strategi. Det behövs också en struktur för hur den ska omsättas i praktiken."*

6) Region Dalarna, Regionfullmäktige, Revidering av Region Dalarnas Säkerhetspolicy (2025); Region Dalarna, Säkerhetspolicy Region Dalarna (2025).

7) Region Dalarna, Regionfastigheter, Riktlinje Tekniska anvisningar Inbrottslarm- och entré- och passagekontrollsystem (2024); Region Dalarna, Regionfastigheter, Riktlinje Dörrtyper med elektrisk funktion (2024); Region Dalarna, Länsvuxenpsykiatri Falun Säter, Säkerhet vid psykiatrisk tvångsvård (2026); Säkerhetsklassificering HSLF-FS 2025-52 (2025); Säkerhetsrutin inom Länsvuxenpsykiatri Falun (2025); Utbildning i säkerhetsfrågor och säkerhetssamtal LVP (2025); Säkerhetsbrister vid tvångsvård, IVO-anmälan (2025).

– Företrädare för central säkerhetsfunktion

Av en tidigare revisionsgranskning framgår att Region Dalarna har en regionövergripande risk- och sårbarhetsanalys (RSA) och riskanalyser på flera nivåer i organisationen.[8] Säkerhetspolicyn anger att verksamheterna ska arbeta med riskanalyser, kontinuitetsplanering och incidenthantering.[9] Underlagen om intern styrning och kontroll visar även att riskanalyser genomförs inom regionstyrelsens och hälso- och sjukvårdsnämndens verksamheter och används i ordinarie styrning och uppföljning.[10] Granskningen visar däremot inte att dessa underlag vägs samman till en gemensam prioritering av sjukhusens mest väsentliga säkerhetsrisker. Det saknas också en tydlig regiongemensam ambitionsnivå för sjukhussäkerheten som anger vilka risker som ska prioriteras och hur avvägningar mellan säkerhet, tillgänglighet och verksamhetens funktion ska göras. I intervjuerna efterfrågas även en mer samlad riskbild i hälso- och sjukvårdens ledning, där olika säkerhetsrisker kan vägas och prioriteras mot varandra.

Den övergripande styrningen har inte heller fått fullt genomslag i organisationen. I vissa intervjuer beskrivs säkerhetspolicyn som tillräckligt vägledande och den huvudsakliga utmaningen som genomförandet och integreringen av säkerhetsfrågorna i ordinarie ledning. Andra intervjuer visar samtidigt att policyn inte är allmänt känd och att det finns begränsad kännedom om hur den ska omsättas i den egna verksamheten. Styrdokument beskrivs också som svåra att hitta och använda.

Bilden är dock inte enhetlig. Inom exempelvis psykiatrin finns en mer utvecklad lokal struktur där säkerhetsfrågor ges en tydlig plats i verksamhetsstyrningen och där rutiner har konkretiserats och löpande utvecklats. Även inom passage, bevakning och vissa tekniska säkerhetsområden finns i många fall etablerade processer och operativa arbetssätt.

Sammantaget visar granskningen ett glapp mellan den regionövergripande policyn och en sammanhållen styrning av sjukhussäkerheten. Konkretiseringen sker i hög grad genom separata tekniska riktlinjer, lokala rutiner och verksamhetsspecifika arbetssätt, medan den sammanhållna strukturen för långsiktiga prioriteringar, mål, genomförande och uppföljning är mindre utvecklad.

4.1.2 Bedömning

Regionstyrelsen

Sironas bedömning är att regionen har en övergripande säkerhetspolicy som är ändamålsenlig, men att regionstyrelsen endast *delvis* har säkerställt en ändamålsenlig samlad styrning av säkerheten vid sjukhusen.

Det finns mer detaljerad styrning inom flera säkerhetsområden, men policyn har inte omsatts i en tillräckligt sammanhållen inriktning för sjukhussäkerheten. Det saknas framför allt en gemensam struktur för hur sjukhusens säkerhetsrisker ska vägas och prioriteras, vilken övergripande ambitionsnivå som ska gälla samt hur prioriterade åtgärder ska genomföras och följas upp.

Regionstyrelsens utvecklingsbehov avser därför att tydliggöra den regiongemensamma inriktningen och hur säkerhetspolicyn ska omsättas i mål, prioriteringar och uppföljning. Det behöver framgå vilka frågor

8) KomRedo AB. Granskning av regionens planering inför allvarliga kriser och krigshändelser (2023).

9) Region Dalarna. Säkerhetspolicy Region Dalarna (2025).

10) Region Dalarna. Tjänsteutlåtande – Internkontrollplan 2026 för Regionstyrelsen (2025); Region Dalarna. Internkontrollplan 2026 – Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (2025).

som ska hanteras regiongemensamt och vilka som ska hanteras inom respektive verksamhets ansvarsområde.

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Sironas bedömning är att hälso- och sjukvårdsnämnden *delvis* har säkerställt att säkerhetspolicyn och övrig regionövergripande säkerhetsstyrning omsätts på ett ändamålsenligt sätt i hälso- och sjukvårdens verksamheter. Det finns utvecklade lokala rutiner och arbetssätt inom flera verksamheter, men styrningen har inte fått tillräckligt sammanhållet genomslag.

Säkerhetspolicyn och dess praktiska innebörd är inte allmänt kända i de verksamheter som omfattats av granskningen. Kopplingen mellan den övergripande styrningen och verksamheternas säkerhetsarbete behöver därför stärkas.

Hälso- och sjukvårdsnämndens utvecklingsbehov avser att säkerställa att berörda chefer och medarbetare känner till och tillämpar relevant säkerhetsstyrning samt att säkerhetsrisker, prioriteringar och åtgärder hanteras i hälso- och sjukvårdens ordinarie ledning och styrning.

4.2 Revisionsfråga 2: Kontroll över personer och tillträdesskydd

Har regionen tillräcklig och ändamålsenlig kontroll över de personer som passerar in och ut ur eller rör sig i sjukhusens lokaler? Finns kameraövervakning eller andra system för övervakning, exempelvis legitimationskontroller, passersystem eller slussar?

4.2.1 Iakttagelser och analyser

Region Dalarna använder flera tekniska och administrativa lösningar för att styra tillträdet till sjukhusens lokaler. Passagekontrollen bygger huvudsakligen på SITHS/e-tjänstekort och passagesystemen ARX och RCO. För vissa skyddsvärda tekniska utrymmen finns särskilda krav på beställning, tidsbegränsning och godkännande.[11]

Kontrollnivån är riskdifferentierad. I verksamheter med högre säkerhetsbehov finns mer långtgående tillträdesbegränsningar. Inom Länsvuxenpsykiatrin finns exempelvis lokala rutiner för hur externa personer ska tas emot och vistas i verksamheten. Även intervjuer från andra skyddsvärda verksamheter beskriver låsta och behörighetsstyrda miljöer.[12]

Sjukhusens publika delar är samtidigt i stor utsträckning öppna. Flera intervjuer pekar på att gränsen mellan publika och interna miljöer inte alltid är tydligt avskild och att personer, framför allt vid de större sjukhusen, i vissa fall kan röra sig relativt långt in i byggnaderna innan de möter en fysisk tillträdesbarriär. Intervjuerna beskriver också exempel på att dörrar lämnas öppna av bekvämlighetsskäl och att externa personer antas vara behöriga utifrån klädsel eller uppträdande. Tillträdesskyddets effekt är därmed beroende av både den fysiska utformningen och den praktiska efterlevnaden.

11) Region Dalarna, Regionfastigheter, Riktlinje Tekniska anvisningar Inbrottslarm- och entré- och passagekontrollsystem (2024); Region Dalarna, Ansökan tillträde tekniska utrymmen – Instruktion för hantering av nycklar och passagekort till entreprenörer (2026).

12) Region Dalarna, Länsvuxenpsykiatri Falun Säter, Säkerhet vid tillfällig patientkontakt (2025); Region Dalarna, Länsvuxenpsykiatri Falun Säter, Säkerhet vid psykiatrisk tvångsvård (2026).

Kamerabevakning används selektivt i vissa delar av sjukhusen. Bevakningen är inte heltäckande och någon generell utbyggnad var vid granskningstillfället inte planerad.

En central del av granskningen har avsett hur personalens och entreprenörers passagebehörigheter administreras. Intervjuerna visar att det finns etablerade processer för beställning och spärr av behörigheter. En mer rutinbaserad process för onboarding och offboarding har införts eller varit under införande för att minska risken för kvarliggande behörigheter. Processen är samtidigt beroende av att ansvariga i verksamheterna registrerar och anmäler avslut och förändringar korrekt. Intervjuerna beskriver även utvecklingsbehov kring återlämning av fysiska kort.

> *"När det gäller SITHS-kort och behörigheter skulle jag inte säga att vi är toppklass. Certifikat och passagebehörigheter spärras relativt bra, men det finns utvecklingspotential i bland annat återlämning av fysiska kort och avslut av behörigheter."*
>
> **– Företrädare för central säkerhetsfunktion**

Regionens internrevision av passagebehörigheter till vissa tekniska utrymmen identifierade brister i behörighetsstyrningen och i hanteringen av entreprenörers tillträde.[13]

Efter genomförd internrevision har regionen vidtagit flera åtgärder. Rutinen för entreprenörers tillträde har skärpts och innehåller bland annat tydligare krav på förhandsbeställning, identifiering, vilket tillträde som behövs och slutdatum. För särskilt skyddsvärda tekniska utrymmen krävs ytterligare prövning. Parallellt pågår en översyn och rensning av behörighetsgrupper, och intervjuerna beskriver förbättrad hantering av avslut och tidsbegränsade behörigheter.[14]

Sammantaget har regionen ett relativt omfattande system av tekniska och administrativa kontrollåtgärder, framför allt för personal, entreprenörer och särskilt skyddsvärda miljöer. Kontrollen är svagare i övergången mellan publika och interna miljöer. Sjukhusens öppenhet är i sig inte en brist, men granskningen visar behov av tydligare riskbaserade ställningstaganden till var och hur tillträdet ska begränsas samt av att beslutade kontrollåtgärder tillämpas i praktiken. Internrevisionen visar dessutom att de formella rutinerna inte i alla delar har fungerat som avsett. De åtgärder som därefter har vidtagits stärker kontrollen, men delar av förbättringsarbetet är relativt nyligen genomförda eller pågående.

4.2.2 Bedömning

Regionstyrelsen

Sironas bedömning är att regionstyrelsen *delvis* har säkerställt regiongemensamma förutsättningar för tillräcklig och ändamålsenlig kontroll över de personer som passerar in och ut ur eller rör sig i sjukhusens lokaler.

Regionen har etablerade passage- och behörighetssystem samt administrativa och tekniska kontrollpunkter för bland annat personal, entreprenörer och särskilt skyddsvärda utrymmen. Internrevisionen har samtidigt identifierat brister i delar av behörighetsstyrningen och hanteringen av entreprenörers tillträde.[15] Korrigerande åtgärder har vidtagits, men delar av förbättringsarbetet är relativt

13) Region Dalarna, Hållbarhetsavdelningen, Internrevision – Hantering av passagekort elutrymmen (2025).

14) Region Dalarna, Ansökan tillträde tekniska utrymmen – Instruktion för hantering av nycklar och passagekort till entreprenörer (2026).

15) Region Dalarna, Hållbarhetsavdelningen. Internrevision – Hantering av passagekort elutrymmen. 2025.

nya eller pågående och deras fulla effekt kan därför ännu inte bedömas. Det finns också behov av tydligare gemensamma riskbaserade principer för var och hur tillträdet ska begränsas.

Regionstyrelsens utvecklingsbehov avser därför den regiongemensamma styrningen och samordningen av tillträdesskyddet. Det omfattar principer för tillträdesbegränsningar, särskilt mellan publika och interna miljöer, samt former för att följa upp förbättringsarbetet i de gemensamma behörighetsprocesserna.

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Sironas bedömning är att hälso- och sjukvårdsnämnden *delvis* har säkerställt tillräcklig och ändamålsenlig kontroll över de personer som passerar in och ut ur eller rör sig i hälso- och sjukvårdens lokaler vid sjukhusen.

I verksamheter med högre skyddsbehov tillämpas mer långtgående tillträdesbegränsningar och det finns utvecklade lokala arbetssätt. Kontrollen är däremot mindre heltäckande i övergången mellan publika och interna miljöer. Tillträdesskyddets effekt begränsas också i vissa fall av den praktiska efterlevnaden.

Hälso- och sjukvårdsnämndens utvecklingsbehov avser därför att säkerställa att vårdverksamheterna bedömer sina behov av tillträdesskydd, för identifierade behov vidare till berörda funktioner och tillämpar beslutade kontrollåtgärder. Nämnden behöver även säkerställa att beställningar, förändringar och avslut av passagebehörigheter hanteras korrekt inom hälso- och sjukvården.

4.3 Revisionsfråga 3: Beredskap för akuta säkerhetsincidenter

Är beredskapen att hantera olika typer av akuta säkerhetsincidenter vid sjukhusen tillräcklig? Finns larmrutiner där hjälp snabbt kan finnas på plats vid incidenter samt beredskap eller system för inrymning vid akuta hot? Är det tydligt vem som beslutar om akuta säkerhetshöjande åtgärder vid incidenter eller hot och, i förekommande fall, finns planer för vilka åtgärder som kan vidtas?

4.3.1 Iakttagelser och analyser

Region Dalarna har flera etablerade resurser och arbetssätt för att hantera akuta hot- och våldssituationer. Vid Falu och Mora lasarett bedrivs bevakning i egen regi dygnet runt. Bevakningens uppdrag omfattar bland annat överfallslarm, ordningsstörningar och utryckning vid olika typer av larm. Vid Avesta och Ludvika lasarett bedrivs bevakningen av extern leverantör.[16]

Som ett verksamhetsnära stickprov har lokala säkerhetsrutiner vid akutmottagningarna i Falun och Mora jämförts med verksamheternas beskrivning av hur rutinerna tillämpas. Vid båda akutmottagningarna finns dokumenterade arbetssätt för larm samt hantering av hot- och våldssituationer. I Falun reglerar handlingsplanen bland annat användning av personligt överfallslarm, kontakt med bevakning och polis samt lokala låsningsåtgärder vid hotfulla situationer. I Mora omfattar handlingsplanen bland annat riskfaktorer, förebyggande arbete, överfallslarm, bevakningsstöd, rapportering i Synergi och uppföljning efter inträffade händelser.[17]

16) Region Dalarna, Regionservice Länsservice, BEVAKNINGEN LÄNSSERVICE (2026).

17) Region Dalarna, Akutmottagning Falun, Handlingsplan vid våld och hot vid Akutmottagningen Falun (2025); Region Dalarna, Akutsjukvård Mora, Handlingsplan vid hot- och våldssituation, odaterad

Mora har även en separat rutin för regelbundna funktionstester av överfallslarm. De lokala rutiner som tillhandahållits är äldre; en rutin har passerat angiven giltighetstid och handlingsplanen hänvisar till dåvarande Landstinget Dalarna. I intervjuer uppges samtidigt att rutinerna fortsatt är adekvata och aktuella.[18]

Även inom Länsvuxenpsykiatrin finns utvecklade lokala rutiner för larm och säkerhet. Intervjuerna visar också exempel på att verksamheter har kunnat mobilisera förstärkt bevakning och införa lokala skyddsåtgärder när en specifik hotbild har uppstått.[19]

Regionen har ett äldre regionövergripande dokument om våld och hot som anger att riskutsatta arbetsplatser ska ha lokala handlingsplaner för förebyggande arbete, agerande vid akuta situationer och uppföljning. Dokumentet hänvisar till äldre organisation och regelverk, och granskningen har inte identifierat någon nyare regiongemensam motsvarighet eller operativ rutin för inrymning.[20]

Regionfastigheters tekniska riktlinjer anger att funktioner såsom paniklåsning kan beaktas i tillträdesplaneringen. Detta utgör dock inte en gemensam operativ instruktion för hur verksamheterna ska agera vid ett akut antagonistiskt hot.[21]

> *"Vi är fortfarande relativt tidigt i arbetet med pågående dödligt våld och inrymning. Det har gjorts insatser i vissa verksamheter, men inte på ett sammanhållet sätt."*
>
> **– Företrädare för central säkerhetsfunktion**

Övning och utbildning varierar mellan verksamheter. Vid akutmottagningen i Falun har inrymning tagits upp i information och introduktion, men någon praktisk inrymningsövning hade inte genomförts vid granskningstillfället. Vid akutmottagningen i Mora uppges det ha gått lång tid sedan inrymning senast övades. Även andra intervjuer pekar på begränsad praktisk övning.

Ett konkret exempel från Mora visar betydelsen av gemensamt förberedda arbetssätt vid allvarliga hot. Vid en konkret hotbild uppstod osäkerhet kring hur berörda verksamheter skulle agera och samordnas. Händelsen illustrerar behovet av att gemensamma principer för information, inrymning och andra skyddsåtgärder är kända på förhand.

Intervjuerna visar att mandatet att vidta omedelbara åtgärder inom den egna verksamheten ofta upplevs som relativt tydligt. När åtgärder behöver samordnas mellan flera verksamheter eller funktioner, eller omfatta större delar av ett sjukhus, är beslutsordningen däremot mindre tydlig. Intervjuerna visar inte heller att sådana beslutsmandat är enhetligt dokumenterade och kända i organisationen. Lokala handlingsplaner anger möjliga åtgärder vid hot- och våldssituationer, men motsvarande gemensam operativ vägledning saknas för inrymning och andra allvarliga antagonistiska hot.

De fysiska förutsättningarna påverkar samtidigt möjligheten till inrymning. Sjukhus med stora byggnadskomplex, flera entréer och omfattande personflöden kräver andra lösningar än mindre

18) Region Dalarna, Akutsjukvård Mora, Överfallslarm rutin för funktionstest – Akutkliniken Mora, (2021); Region Dalarna, Akutsjukvård Mora, Handlingsplan vid hot- och våldssituation (u.å.).

19) Region Dalarna, Länsvuxenpsykiatri Falun Säter, Säkerhetsrutin inom Länsvuxenpsykiatri Falun (2025).

20) Region Dalarna, Våld och Hot (u.å.).

21) Region Dalarna, Regionfastigheter, Riktlinje Tekniska anvisningar Inbrottslarm- och entré- och passagekontrollsystem (2024).

verksamheter. Detta understryker behovet av verksamhets- och lokalanpassad planering snarare än identiska lösningar vid samtliga sjukhus.

Sammantaget har regionen etablerade larmvägar, bevakningsresurser och lokala handlingsrutiner för återkommande hot- och våldssituationer. Beredskapen för inrymning och allvarliga antagonistiska hot är däremot mindre systematiskt utvecklad. Regiongemensam operativ vägledning saknas och i de verksamheter där granskningen omfattat fördjupade intervjuer framgår inte att inrymning övas systematiskt i praktiken.

4.3.2 Bedömning

Regionstyrelsen

Sironas bedömning är att regionstyrelsen *delvis* har säkerställt regionövergripande förutsättningar för en tillräcklig beredskap att hantera olika typer av akuta säkerhetsincidenter vid sjukhusen.

Det finns styrning och stödfunktioner inom bland annat fysisk säkerhet, hot och våld samt beredskap. Granskningen visar däremot att det saknas en aktuell gemensam operativ vägledning för inrymning och andra allvarliga antagonistiska hot. När flera verksamheter och funktioner behöver samordnas är beslutsordningen inte heller tillräckligt tydligt dokumenterad och känd.

Regionstyrelsens utvecklingsbehov avser därför att säkerställa gemensam vägledning för hur sådana hot ska hanteras och tydliga beslutsvägar när åtgärder kräver samordning över organisationsgränser. Vägledningen behöver ge stöd för verksamhets- och lokalanpassade rutiner inom respektive verksamhets ansvarsområde.

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Sironas bedömning är att hälso- och sjukvårdsnämnden *delvis* har säkerställt en tillräcklig beredskap att hantera olika typer av akuta säkerhetsincidenter inom hälso- och sjukvårdens verksamheter vid sjukhusen.

Verksamheterna har tillgång till larmvägar, bevakningsstöd och lokala rutiner som ger förutsättningar att snabbt hantera återkommande hot- och våldssituationer. Befogenheten att vidta omedelbara åtgärder inom den egna verksamheten framstår också i huvudsak som tydlig. Beredskapen för inrymning, pågående dödligt våld och andra allvarliga antagonistiska hot är däremot inte tillräckligt systematiskt utvecklad i de verksamheter som granskats närmare, och inrymningsövningar genomförs inte systematiskt.

Hälso- och sjukvårdsnämndens utvecklingsbehov avser därför att säkerställa att vårdverksamheterna har aktuella och kända handlingsrutiner som är anpassade till deras riskbilder och lokala förutsättningar. Nämnden behöver också säkerställa att rutinerna tillämpas och att praktiska övningar genomförs återkommande.

4.4 Revisionsfråga 4: Ansvar och befogenheter för säkerhetshöjande åtgärder

Är fördelningen av ansvaret för, liksom befogenheten att besluta om och vidta säkerhetshöjande åtgärder inom sjukhusen, tydlig och ändamålsenlig?

4.4.1 Iakttagelser och analyser

Region Dalarnas säkerhetspolicy anger att säkerhetsansvaret följer verksamhetsansvaret i linjen och att säkerhetsfrågor ska hanteras där de uppstår och av närmast berörda. Grundprincipen är därmed att respektive verksamhet ansvarar för säkerheten inom sitt ansvarsområde, medan centrala specialist- och stödfunktioner bidrar med sakkunskap och stöd.[22]

Intervjuerna visar samtidigt att gränsen mellan linjens ansvar och den centrala säkerhetsfunktionens mandat inte är fullt tydlig. Säkerhetsfunktionens uppdrag beskrivs i intervjuer som i huvudsak rådgivande och stödjande, medan det formella mandatet att exempelvis besluta om åtgärder inom fysisk säkerhet inte upplevs som tydligt reglerat. Samtidigt finns förväntningar i organisationen om att säkerhetsfunktionen har mer långtgående befogenheter. Bilden är dock inte enhetlig. I vissa intervjuer beskrivs den övergripande ansvarsfördelningen och samspelet mellan ledning och stödfunktioner som fungerande, samtidigt som behovet av att förtydliga säkerhetsfunktionens mandat uppmärksammas.

Intervjuerna visar exempel på att säkerhetsfunktionen förväntas besluta om säkerhetshöjande åtgärder vid höjd hotbild, utan att det är tydligt om ett sådant mandat är formellt delegerat. Inom mer avgränsade processer, såsom kort- och passagehantering, upplevs ansvarsfördelningen däremot som tydligare.

> *"Säkerhetsansvaret ligger i linjen, men säkerhetsfunktionens mandat i exempelvis frågor om fysisk säkerhet är inte tydligt beskrivet."*
>
> **– Företrädare för central säkerhetsfunktion**

Liknande otydlighet framkommer i gränssnittet mellan vårdverksamheterna, Regionfastigheter, Regionservice och säkerhetsfunktionen. Regionfastigheter ansvarar för tekniska ramar och genomförande inom sitt område, medan verksamheterna i stor utsträckning definierar behov och säkerhetsnivå i de egna lokalerna. Kostnader för ytterligare säkerhetsåtgärder bärs också i många fall av verksamheten, bland annat genom hyran.

Regionfastigheter beskriver att funktionen kan rekommendera exempelvis förstärkt låsning eller passagekontroll, men inte alltid kan kräva att verksamheten genomför åtgärden. När sådana behov uppstår i befintliga lokaler behöver därför flera funktioner ofta samverka kring expertbedömning, prioritering, beslut och genomförande.

Det finns samtidigt exempel på processer där ansvarsfördelningen är mer definierad. Inom passageområdet samordnar Säkerhet, risk och beredskap passagekorten, Regionfastigheter är systemansvarig för ARX och RCO och Regionservice ansvarar för det praktiska utförandet. Internrevisionen 2025 identifierade behov av stärkt återkoppling och samverkan mellan funktionerna. Därefter har arbetssättet skärpts, bland annat genom tydligare krav på förhandsbeställning och kontroll av entreprenörers tillträde, även om delar av förbättringsarbetet fortfarande var under införande vid granskningstillfället.[23]

22) Region Dalarna, Säkerhetspolicy Region Dalarna (2025).

23) Region Dalarna, Hållbarhetsavdelningen, Internrevision – Hantering av passagekort elutrymmen (2025).

På verksamhetsnivå upplevs mandatet att hantera akuta situationer ofta som tydligare. Otydligheten blir större när en säkerhetsåtgärd behöver beslutas, prioriteras och genomföras över organisatoriska gränser. Detta mönster framkommer i intervjuer med såväl centrala funktioner som verksamhetsnära företrädare.

Granskningen visar skillnader mellan sjukhus och verksamheter i hur säkerhetsrutiner och kontrollåtgärder är utformade och tillämpas. En del skillnader är motiverade av olikheter i verksamheternas riskbilder, sjukhusens funktion och storlek samt deras fysiska förutsättningar. Samtidigt visar intervjuerna att säkerhetsnivåer och arbetssätt i viss utsträckning formas lokalt och verksamhetsvis. Granskningen har inte identifierat någon tydligt beskriven gemensam struktur för att bedöma och följa upp när sådana variationer är riskbaserat motiverade.

Sammantaget är linjeansvaret tydligt, medan mandat och beslutsvägar är mindre tydliga i tvärfunktionella säkerhetsfrågor. Risken för otydlighet är störst när flera funktioner behöver samverka för att prioritera, besluta om och genomföra en säkerhetshöjande åtgärd. Eftersom kostnader för ytterligare säkerhetsåtgärder i många fall belastar verksamheten behöver sådana åtgärder samtidigt prioriteras mot andra angelägna verksamhetsbehov.

4.4.2 Bedömning

Regionstyrelsen

Sironas bedömning är att regionstyrelsen *delvis* har säkerställt en tydlig och ändamålsenlig ansvarsfördelning och beslutsordning för säkerhetshöjande åtgärder på regionövergripande nivå. Säkerhetspolicyn anger att säkerhetsansvaret följer verksamhetsansvaret i linjen, och inom flera operativa processer finns definierade roller.[24]

Det är däremot inte tillräckligt tydligt hur den centrala säkerhetsfunktionens rådgivande och stödjande uppdrag förhåller sig till verksamheternas och övriga stödfunktioners befogenheter att fatta beslut. När flera delar av organisationen behöver medverka i bedömning, prioritering, beslut och genomförande saknas tillräckligt tydliga gemensamma besluts- och eskaleringsvägar.

Regionstyrelsens utvecklingsbehov avser därför att tydliggöra hur säkerhetsfrågor som berör flera verksamheter och funktioner ska samordnas och beredas samt vart de ska lyftas när bedömningar skiljer sig åt eller befintliga mandat inte räcker till. Beslutsvägarna behöver utgå från den befintliga ansvarsfördelningen mellan regionstyrelsen, berörda nämnder och deras verksamheter.

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Sironas bedömning är att hälso- och sjukvårdsnämnden delvis har säkerställt en tydlig och ändamålsenlig fördelning av ansvar och befogenheter för säkerhetshöjande åtgärder inom hälso- och sjukvården. Säkerhetsansvaret följer linjeorganisationen och befogenheten att hantera säkerhetsfrågor inom den egna verksamheten framstår i huvudsak som tydlig.

Otydligheten är större när vårdverksamheternas säkerhetsbehov kräver andra funktioners medverkan. När kostnaderna belastar vårdverksamheten behöver åtgärderna också prioriteras mot andra

24) Region Dalarna. Säkerhetspolicy Region Dalarna (2025).

verksamhetsbehov. Det behövs tydligare former för hur sådana behov bedöms, prioriteras och förs vidare inom hälso- och sjukvårdens organisation.

Hälso- och sjukvårdsnämndens utvecklingsbehov avser därför att tydliggöra vem inom hälso- och sjukvården som får besluta om säkerhetsåtgärder och vem som ansvarar för att de genomförs. Det behöver också framgå hur frågor förs vidare när den egna verksamhetens befogenheter inte räcker till eller när beslut och genomförande kräver samverkan med andra funktioner.

4.5 Revisionsfråga 5: Säkerhet vid om- och nybyggnationer

Beaktas säkerhetsfrågor och tillträdesskydd i samband med om- och nybyggnationer av lokaler vid sjukhusen?

4.5.1 Iakttagelser och analyser

Regionfastigheter har ett relativt detaljerat tekniskt regelverk för säkerhet i bygg- och lokalprojekt. I projekt där lås eller passagesystem behövs ska en tillträdesplan tas fram tidigt och ligga till grund för fortsatt projektering och, vid behov, en säkerhetsplan. Riktlinjerna reglerar bland annat verksamhetsgränser, tillträdesvägar, behörighetsnivåer, dörrmiljöer och passagekontroll. Projektledaren ansvarar för efterlevnaden och avsteg från föreskrivna lösningar ska förankras och godkännas skriftligen.[25]

Intervjuerna visar samtidigt att säkerhetsfunktionens involvering historiskt inte alltid har skett tillräckligt tidigt. Det finns exempel på att funktionen kopplats in först efter att viktiga vägval i bygg- eller flyttprojekt redan gjorts, vilket har begränsat möjligheten att påverka säkerhetslösningen. I ett konkret exempel uppges sen involvering även ha bidragit till att olika passagesystem byggts in i olika delar av fastighetsbeståndet, vilket ökat den administrativa komplexiteten.

Verksamhetsnära intervjuer ger en liknande bild av den historiska processen. I ett större ombyggnadsprojekt upplevdes brandskydd vara tydligt integrerat och standardiserat, medan andra frågor såsom inrymning och fysisk tillträdessäkerhet inte hade samma etablerade process.

> *“Brandskyddet var tydligt standardiserat i projektet, medan andra säkerhetsfrågor hanterades mer ad hoc.”*
>
> **– Chef i sjukhusverksamhet med erfarenhet av större ombyggnadsprojekt**

Arbetssättet har enligt intervjuer stärkts under senare tid. Verksamheterna initierar normalt behov av lokalförändringar, medan Regionfastigheter ansvarar för den fortsatta bygg- och lokalprocessen. Regionfastigheter förmedlar numera sådana ärenden till den centrala säkerhetsfunktionen för granskning, vilket skapar bättre förutsättningar för att säkerhetskompetens involveras tidigt. Säkerhetsfunktionen kan då lämna synpunkter på exempelvis tillträdesskydd, utrymning och inrymning. Intervjuerna visar samtidigt att säkerhetskrav fortfarande ibland kommer in sent i projekten.

Regionfastigheter beskriver att bedömningar av skyddsnivå görs i enskilda projekt utifrån verksamhetens karaktär. Granskningen har däremot inte identifierat någon tydligt beskriven regiongemensam metod för att riskbedöma och fastställa vilken säkerhetsnivå som ska gälla för olika verksamheter och lokaler. De

25) Region Dalarna, Regionfastigheter, Riktlinje Tekniska anvisningar Inbrottslarm- och entré- och passagekontrollsystem (2024); Region Dalarna, Regionfastigheter, Riktlinje Dörrtyper med elektrisk funktion (2024).

tekniska grundkraven är i flera avseenden standardiserade, framför allt inom brandskydd, passage och dörrmiljöer, medan exempelvis inrymning och andra verksamhetsanpassade säkerhetsfrågor inte har en lika tydligt etablerad metodik. Avsaknaden av en gemensam metod försvårar en enhetlig och spårbar bedömning av vilken säkerhetsnivå som är motiverad utifrån verksamhetens riskbild.

Äldre sjukhuslokaler begränsar i vissa fall vilka säkerhetslösningar som kan genomföras utan mer omfattande ombyggnationer. Intervjuerna visar att exempelvis förbättrat tillträdesskydd och förändrade flöden kan vara tekniskt eller praktiskt svåra att införa i befintliga byggnader. Säkerhetshöjande åtgärder behöver därför ibland genomföras stegvis eller i samband med större ombyggnationer.

Sammantaget visar granskningen att säkerhetsfrågor och tillträdesskydd är integrerade i Regionfastigheters tekniska styrning och att säkerhetsfunktionen har fått en tydligare roll i lokalprojekten. Samtidigt behöver arbetssättet utvecklas för att säkerställa en mer enhetlig och riskbaserad bedömning av säkerhetsbehoven mellan verksamheter och projekt.

4.5.2 Bedömning

Regionstyrelsen

Sironas bedömning är att regionstyrelsen *i huvudsak* har säkerställt att säkerhetsfrågor och tillträdesskydd beaktas i den regiongemensamma styrningen av om- och nybyggnationer av lokaler vid sjukhusen.

Regionfastigheters tekniska riktlinjer ger goda förutsättningar att integrera tillträdesskydd och andra säkerhetskrav tidigt i projekteringen. Projektledaransvaret och kraven på dokumenterad hantering av avsteg stärker förutsättningarna för en enhetlig teknisk tillämpning. Säkerhetsfunktionen har också fått en tydligare roll i lokalprojekten, vilket stärker förutsättningarna för tidig medverkan.

Samtidigt saknas en tillräckligt tydlig gemensam riskbaserad metod för att fastställa säkerhetsnivå och vilka säkerhetsaspekter som ska beaktas i olika typer av lokalprojekt. Regionstyrelsens utvecklingsbehov avser därför att komplettera den tekniska styrningen med en sådan metod och tydliggöra när säkerhetskompetens ska involveras. En tydligare metod skulle stärka förutsättningarna för en enhetlig och spårbar bedömning, samtidigt som hänsyn kan tas till verksamheternas olika riskbilder och lokalernas förutsättningar.

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Sironas bedömning är att hälso- och sjukvårdsnämnden *i huvudsak* har säkerställt att säkerhetsfrågor och tillträdesskydd beaktas i vårdverksamheternas underlag och medverkan vid om- och nybyggnationer av lokaler vid sjukhusen.

Verksamheterna initierar normalt behov av lokalförändringar och bidrar till att definiera säkerhetsbehoven i de egna lokalerna. Samverkan med Regionfastigheter och säkerhetsfunktionen ger förutsättningar för att dessa behov beaktas i projekten.

Hälso- och sjukvårdsnämndens utvecklingsbehov avser att säkerställa att verksamheternas riskbilder och säkerhetsbehov tydliggörs tidigt och används som underlag för bedömningarna i lokalprojekten. Nämndens ansvar avser här vårdverksamheternas medverkan och underlag, medan Regionfastigheter ansvarar för den fortsatta bygg- och lokalprocessen.

4.6 Revisionsfråga 6: Uppföljning, återföring och lärande

Finns en sammanhållen uppföljning av säkerhetsincidenter, avvikelser och vidtagna åtgärder, inklusive återföring av erfarenheter från inträffade incidenter, övningar och andra säkerhetsrelaterade händelser?

4.6.1 Iakttagelser och analyser

Region Dalarnas säkerhetspolicy anger att verksamheterna ska arbeta med incidenthantering och att säkerhetsarbetet ska ge relevanta underlag för bland annat uppföljning. Säkerhetsansvaret följer linjen, vilket innebär att incidenter och avvikelser i första hand hanteras i den verksamhet där de uppstår.[26]

Region Dalarna använder Synergi som regionens avvikelsehanteringssystem, där även säkerhetsrelaterade avvikelser rapporteras och hanteras. Intervjuer och lokala rutiner visar att det inom flera verksamheter finns etablerade arbetssätt för analys, åtgärder och återföring av erfarenheter. Det finns även exempel på sammanställning, egenkontroll och uppföljning i hälso- och sjukvårdens linjeorganisation.[27]

Granskningen visar däremot inte att informationen från Synergi sammanställs och analyseras systematiskt på regionnivå för att skapa en gemensam bild av säkerhetsincidenter och återkommande risker. Den centrala säkerhetsfunktionen tar del av ärenden som lyfts vidare eller kräver centrala insatser, men har inte en fullständig bild av incidenter som hanteras i linjen. Det går inte heller att bedöma omfattningen av händelser som inte rapporteras. I vissa intervjuer beskrivs den fortsatta uppföljningen och återkopplingen efter säkerhetsincidenter som mindre systematisk. Underlagen ger inte heller en tillräckligt tydlig bild av hur säkerhetsrisker och åtgärdernas effekt följs samlat inom hälso- och sjukvården.

Även inom hälso- och sjukvårdsnämndens interna kontroll finns uppföljning med koppling till beredskap. I uppföljningen för 2024 konstaterades att övergripande och lokala kris- och katastrofmedicinska planer var uppdaterade och att berörda ledningsfunktioner hade utbildats och övats. Samtidigt noterades att regionen saknade ett system för intern uppföljning av verksamheterna avseende utbildning, åtgärdskort och nödrutiner.[28]

Bevakningsfunktionen sammanställer statistik över ordningsstörningar i Falun och Mora. Vid Avesta och Ludvika bedrivs bevakningen av externa utförare. Granskningen har inte haft tillgång till motsvarande sammanställd statistik för dessa sjukhus. Uppföljningen i Falun och Mora ger ett relevant underlag inom bevakningsverksamheten, men omfattar endast en del av regionens säkerhetsrelaterade händelser och ger inte en samlad bild för samtliga fyra sjukhus.[29]

Internrevisionen av passagekort är ett exempel på strukturerad uppföljning som lett till konkreta förbättringsåtgärder. Revisionen visar också behov av tydligare återkoppling och uppföljning av åtgärdernas effekt.[30]

26) Region Dalarna, Säkerhetspolicy Region Dalarna (2025).

27) Region Dalarna, Länsvuxenpsykiatri Falun Säter, Säkerhetsbrister vid tvångsvård, IVO-anmälan (2025); Region Dalarna, Länsvuxenpsykiatri Falun Säter, Utbildning i säkerhetsfrågor och säkerhetssamtal LVP (2025); Region Dalarna, Länsvuxenpsykiatri Falun Säter, Säkerhet vid utformande och användning av lokaler (2026); Region Dalarna, Akutsjukvård Mora, Handlingsplan vid hot- och våldssituation, odaterad.

28) Region Dalarna, Regionstyrelsen. Uppföljning av intern styrning och kontroll 2024 i Region Dalarna. 2025.

29) Region Dalarna, Regionservice Länsservice, BEVAKNINGEN LÄNSSERVICE (2026).

30) Region Dalarna, Hållbarhetsavdelningen, Internrevision – Hantering av passagekort elutrymmen (2025).

Någon gemensam struktur för systematisk återföring av erfarenheter från incidenter, avvikelser, övningar och andra säkerhetsrelaterade händelser mellan verksamheter och sjukhus har inte identifierats.

4.6.2 Bedömning

Regionstyrelsen

Sironas bedömning är att regionstyrelsen *inte* har säkerställt en sammanhållen regionövergripande uppföljning av säkerhetsincidenter, avvikelser och vidtagna åtgärder, inklusive återföring av erfarenheter från incidenter, övningar och andra säkerhetsrelaterade händelser.

Det finns etablerade former för rapportering och lokal uppföljning. Informationen sammanställs och analyseras däremot inte systematiskt på regionnivå så att återkommande riskmönster kan identifieras och beslutade åtgärder och deras effekt följas samlat. Det saknas även en säkerställd regiongemensam struktur för återföring av erfarenheter mellan verksamheter och sjukhus.

Regionstyrelsens utvecklingsbehov avser därför gemensamma former för sammanställning, analys och återföring, med utgångspunkt i rapportering och uppföljning inom respektive verksamhets ansvarsområde.

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Sironas bedömning är att hälso- och sjukvårdsnämnden *delvis* har säkerställt en sammanhållen uppföljning av säkerhetsincidenter, avvikelser och vidtagna åtgärder inom hälso- och sjukvården, inklusive återföring av erfarenheter från incidenter, övningar och andra säkerhetsrelaterade händelser.

Det finns fungerande arbetssätt för rapportering, analys, åtgärder och lärande inom flera verksamheter samt exempel på uppföljning i linjeorganisationen. Granskningen ger däremot inte tillräckligt stöd för att systematisk uppföljning av beslutade åtgärder och deras effekt samt återföring mellan vårdverksamheter och sjukhus är säkerställd inom nämndens ansvarsområde.

Hälso- och sjukvårdsnämndens utvecklingsbehov avser därför att säkerställa att säkerhetsärenden inom sitt ansvarsområde följs till åtgärd och återkoppling, att åtgärdernas effekt följs upp och att erfarenheter används för lärande mellan vårdverksamheter och sjukhus. Relevanta underlag behöver även föras vidare till den regionövergripande uppföljningen.

5 Omvärldsanalys

Som komplement till granskningen har en benchmarking genomförts mot Region Blekinge. Syftet har varit att identifiera relevanta jämförelsepunkter och arbetssätt inom styrning, ansvar, tillträdesskydd, incidentberedskap, uppföljning samt säkerhet vid om- och nybyggnation. Benchmarkingen bygger på en intervju med Region Blekinges säkerhetschef och ska inte betraktas som en granskning av regionens säkerhetsarbete.

5.1 Benchmarking mot Region Blekinge

Region Blekinge beskriver en sammanhängande styrkedja där en regionövergripande säkerhetspolicy har konkretiserats genom en säkerhets- och beredskapsplan och en fyraårig inriktning för det systematiska säkerhetsarbetet. Inriktningen anger prioriterade förmågor och effektmål inom bland annat verksamhetsskydd, civilt försvar, informationssäkerhet och säkerhetsskydd. Säkerhetsfrågorna behandlas i regionledningen och omsätts därefter genom linjeorganisationen.

Säkerhetsfunktionen har huvudsakligen en strategisk och stödjande roll. Säkerhetschefen deltar i regionledningen och ansvarar bland annat för strategisk inriktning, normativa ramar och uppföljning, medan verksamhetsansvaret ligger kvar i linjen. Arbetsordningar, instruktioner och delegationer används för att tydliggöra mandat och ansvar. Region Blekinge har även beslutat att inrätta ett strategiskt säkerhetsråd med regionledningen för att skapa en gemensam lägesbild och möjliggöra regionövergripande prioriteringar och beslut. Forumet hade vid intervjutillfället ännu inte börjat användas, men förväntades tas i bruk under hösten/vintern 2026 och därefter mötas en gång per kvartal.

För tillträdeskontroll finns enligt intervjun en etablerad passagestrategi där olika utrymmen har identifierats utifrån behov av tillträdesbegränsning. Arbetet bygger på samverkan mellan hälso- och sjukvård, fastighetsorganisation och säkerhetsfunktion. En erfarenhet som lyfts är vikten av att frågorna hanteras på en organisatorisk nivå där berörda företrädare har mandat att fatta och genomföra beslut.

Beredskapen för akuta säkerhetshot omfattar regiongemensamma men verksamhetsanpassade arbetssätt för bland annat inrymning. Praktiska övningar genomförs återkommande i olika omfattning med stöd från säkerhetsfunktionen, bevakningsleverantör och säkerhets- och beredskapsombud i verksamheterna. Det finns ett övergripande beslut om att övning ska ske regelbundet, medan verksamhetscheferna ansvarar för genomförandet i den egna verksamheten.

Även Region Blekinge beskriver att säkerhetskompetens historiskt har involverats sent i bygg- och lokalprojekt. Arbetssättet har därefter utvecklats med ambitionen att säkerhetsfrågorna ska komma in innan projektering och ritning har kommit för långt. Vid nybyggnationer ska även risk- och robusthetsbedömningar genomföras.

Säkerhetsincidenter följs enligt intervjun upp på olika organisatoriska nivåer. Hot- och våldsincidenter som rapporteras sammanställs på regionnivå, medan större eller systematiska händelser följs upp mer fördjupat av den centrala säkerhetsfunktionen. För mer betydande incidenter bedöms det i stor utsträckning vara möjligt att följa kedjan från rapportering och analys till åtgärd och uppföljning. Samtidigt framhålls att uppföljningen av mindre händelser på verksamhetsnivå är svårare att överblicka centralt.

5.2 Relevanta jämförelsepunkter för Region Dalarna

Benchmarkingen visar framför allt tre relevanta jämförelsepunkter. För det första beskriver Region Blekinge en mer sammanhållen styrkedja från övergripande policy och beredskapsplanering till fleråriga prioriteringar, genomförande och uppföljning. Region Dalarna har motsvarande övergripande styrning inom flera delar, men granskningen visar en svagare sammanhållen struktur för hur dessa delar kopplas samman och omsätts i långsiktig styrning och prioritering av sjukhussäkerheten.

För det andra beskriver Region Blekinge regiongemensamma men verksamhetsanpassade arbetssätt för inrymning och återkommande övningar. Detta utgör en relevant jämförelsepunkt till Region Dalarna, där granskningen visar att gemensam operativ inrymningsrutin saknas och att praktisk övning inte sker systematiskt i de verksamheter som studerats närmare.

För det tredje beskriver Region Blekinge mer utvecklade strukturer för regionövergripande uppföljning av vissa säkerhetsincidenter och central uppföljning av större händelser. Även där finns begränsningar i möjligheten att följa mindre händelser på verksamhetsnivå, men arbetssättet ger bättre förutsättningar för en samlad regional lägesbild än vad som identifierats i Region Dalarna.

Flera av de utmaningar som identifierats i Region Dalarna återkommer även i Region Blekinge, bland annat historiskt sen involvering av säkerhetskompetens och konkurrens mellan säkerhetsfrågor och andra verksamhetsprioriteringar. Benchmarkingen pekar därför främst på värdet av mer sammanhållna strukturer för prioritering, genomförande och uppföljning, snarare än på behovet av enskilda ytterligare säkerhetsåtgärder.

6 Samlad bedömning

Sironas samlade bedömning är att såväl regionstyrelsen som hälso- och sjukvårdsnämnden delvis har säkerställt ett tillräckligt och ändamålsenligt säkerhetsarbete vid regionens sjukhus. Bedömningarna avser regionstyrelsens regionövergripande styrning, samordning och gemensamma förutsättningar respektive hälso- och sjukvårdsnämndens styrning, tillämpning och uppföljning inom hälso- och sjukvården.

Granskningen visar att regionen har flera etablerade strukturer och arbetssätt. Det finns en ändamålsenlig säkerhetspolicy, passage- och behörighetssystem, larmvägar, bevakningsresurser och utvecklade lokala rutiner. Säkerhetsfrågor och tillträdesskydd vid om- och nybyggnationer är det område som bedöms fungera mest ändamålsenligt. Regionfastigheters tekniska riktlinjer och säkerhetsfunktionens tydligare roll i lokalprojekten ger goda förutsättningar, även om en gemensam riskbaserad metod behöver utvecklas.

För regionstyrelsen avser de huvudsakliga utvecklingsbehoven att omsätta säkerhetspolicyn i en sammanhållen regiongemensam inriktning, tydliggöra samordning och beslutsvägar i tvärfunktionella säkerhetsfrågor samt stärka de gemensamma förutsättningarna för tillträdesskydd och beredskap för allvarliga antagonistiska hot. Regionstyrelsen har inte heller säkerställt en sammanhållen regionövergripande uppföljning av säkerhetsincidenter, avvikelser och åtgärder, inklusive systematisk återföring av erfarenheter.

För hälso- och sjukvårdsnämnden avser utvecklingsbehoven framför allt att säkerställa att säkerhetsstyrningen är känd och tillämpas, att verksamheternas säkerhetsbehov bedöms och hanteras samt att ansvar och beslutsvägar inom hälso- och sjukvården är tydliga. Beredskapen för inrymning och andra allvarliga antagonistiska hot behöver utvecklas genom aktuella, verksamhetsanpassade rutiner och återkommande praktiska övningar. Det finns fungerande uppföljning och lärande inom flera verksamheter, men granskningen ger inte tillräckligt stöd för att systematisk uppföljning av åtgärdernas effekt och återföring mellan vårdverksamheter och sjukhus är säkerställd.

I *Tabell 2* nedan redovisas Sironas samlade bedömning per revisionsfråga för regionstyrelsen respektive hälso- och sjukvårdsnämnden.

Tabell 2. Sironas samlade bedömning per revisionsfråga för regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden.

Revisionsfråga	Regionstyrelsen	Hälso- och sjukvårdsnämnden
1. Har regionen någon övergripande policy, strategi eller motsvarande för säkerheten vid sjukhusen? Är denna i förekommande fall ändamålsenlig?	**Delvis** avseende den samlade styrningen. Regionen har en övergripande säkerhetspolicy som bedöms vara ändamålsenlig. Regionstyrelsen har däremot inte säkerställt en tillräckligt sammanhållen inriktning för hur säkerhetsrisker ska prioriteras och policyn omsättas i mål, åtgärder och uppföljning.	**Delvis**. Det finns utvecklade lokala rutiner och arbetssätt, men säkerhetspolicyn och dess praktiska innebörd är inte allmänt kända. Den övergripande styrningen har inte fått tillräckligt sammanhållet genomslag i vårdverksamheterna.

2. Har regionen tillräcklig och ändamålsenlig kontroll över de personer som passerar in och ut ur eller rör sig i sjukhusens lokaler? Finns kameraövervakning eller andra system för övervakning, exempelvis legitimationskontroller, passersystem eller slussar?	**Delvis**. Passage- och behörighetssystem finns, men gemensamma riskbaserade principer för tillträdesbegränsningar behöver tydliggöras. Brister i behörighetsstyrningen har lett till korrigerande åtgärder, men förbättringsarbetets fulla effekt kan ännu inte bedömas.	**Delvis**. Mer långtgående tillträdesbegränsningar finns i verksamheter med högre skyddsbehov. Kontrollen är mindre heltäckande mellan publika och interna miljöer och begränsas i vissa fall av den praktiska efterlevnaden.
3. Är beredskapen att hantera olika typer av akuta säkerhetsincidenter vid sjukhusen tillräcklig? Finns larmrutiner där hjälp snabbt kan finnas på plats vid incidenter samt beredskap eller system för inrymning vid akuta hot? Är det tydligt vem som beslutar om akuta säkerhetshöjande åtgärder vid incidenter eller hot och, i förekommande fall, finns planer för vilka åtgärder som kan vidtas?	**Delvis**. Styrning och stödfunktioner finns, men aktuell gemensam operativ vägledning för inrymning och andra allvarliga antagonistiska hot saknas. Beslutsvägar när flera verksamheter och funktioner behöver samordnas är inte tillräckligt tydligt dokumenterade och kända.	**Delvis**. Larmvägar, bevakningsstöd och lokala rutiner ger förutsättningar att hantera återkommande hot- och våldssituationer. Beredskapen för inrymning och andra allvarliga antagonistiska hot är däremot inte tillräckligt systematiskt utvecklad, och inrymningsövningar genomförs inte systematiskt i de verksamheter som granskats närmare.
4. Är fördelningen av ansvaret för, liksom befogenheten att besluta om och vidta säkerhetshöjande åtgärder inom sjukhusen, tydlig och ändamålsenlig?	**Delvis**. Linjeansvaret är tydligt och flera operativa processer har definierade roller. Förhållandet mellan säkerhetsfunktionens rådgivande uppdrag och verksamheternas beslutsansvar samt gemensamma besluts- och eskaleringsvägar i tvärfunktionella frågor behöver däremot tydliggöras.	**Delvis**. Befogenheten att hantera säkerhetsfrågor inom den egna verksamheten framstår i huvudsak som tydlig. Beslutsvägarna behöver förtydligas när säkerhetsbehov kräver andra funktioners medverkan eller behöver lyftas till högre nivå inom hälso- och sjukvården.
5. Beaktas säkerhetsfrågor och tillträdesskydd i samband med om- och nybyggnationer av lokaler vid sjukhusen?	**I huvudsak**. Tekniska riktlinjer och säkerhetsfunktionens tydligare roll ger goda förutsättningar att beakta säkerheten i lokalprojekten. En gemensam riskbaserad metod och tydligare former för när säkerhetskompetens ska involveras behöver utvecklas.	**I huvudsak**. Vårdverksamheterna medverkar i lokalprojekten och bidrar till att definiera säkerhetsbehoven. Verksamheternas riskbilder och behov behöver tydliggöras tidigt och användas som underlag för bedömningarna.
6. Finns en sammanhållen uppföljning av säkerhetsincidenter, avvikelser och vidtagna åtgärder, inklusive återföring av erfarenheter från inträffade incidenter, övningar och andra säkerhetsrelaterade händelser?	**Nej**. Informationen sammanställs och analyseras inte systematiskt till en gemensam regional säkerhetsbild. En sammanhållen region-övergripande uppföljning av åtgärder och deras effekt samt systematisk regiongemensam återföring av erfarenheter har inte säkerställts.	**Delvis**. Fungerande rapportering, uppföljning och lärande finns inom flera verksamheter. Granskningen ger däremot inte tillräckligt stöd för att systematisk uppföljning av åtgärdernas effekt och återföring mellan vårdverksamheter och sjukhus är säkerställd.

7 Rekommendationer

Baserat på granskningens samlade iakttagelser och bedömningar lämnar Sirona följande rekommendationer till regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden. Rekommendationerna till regionstyrelsen avser regionövergripande styrning, samordning och uppföljning samt gemensamma stödfunktioner inom styrelsens ansvarsområde. Rekommendationerna till hälso- och sjukvårdsnämnden avser styrning, tillämpning och uppföljning inom hälso- och sjukvården. Frågor som berör båda hanteras inom respektive ansvarsområde och i samverkan.

7.1 Rekommendationer till regionstyrelsen

1. Omsätt säkerhetspolicyn i en sammanhållen regionövergripande inriktning för sjukhussäkerheten

Regionstyrelsen bör konkretisera säkerhetspolicyn i en sammanhållen inriktning för sjukhussäkerheten med gemensamma mål, prioriterade utvecklingsområden och en tydlig beskrivning av vilken övergripande nivå av skydd regionen ska eftersträva. Inriktningen bör bygga på en samlad bedömning av sjukhusens säkerhetsrisker och ange principer för avvägningar mellan säkerhet, öppenhet, tillgänglighet och verksamheternas funktion samt vilka frågor som ska hanteras regiongemensamt respektive lokalt. Till inriktningen bör kopplas prioriterade åtgärder med ansvar, tidsramar och former för uppföljning. Policyn och dess praktiska innebörd bör kommuniceras återkommande i organisationen. Regionstyrelsen bör även säkerställa att väsentliga risker kopplade till sjukhussäkerheten inom styrelsens ansvarsområde fångas i den årliga riskanalysen och, där risknivån motiverar det, omsätts i kontrollmoment inom den interna kontrollen.

2. Tydliggör samordning samt besluts- och eskaleringsvägar i tvärfunktionella säkerhetsfrågor

Regionstyrelsen bör tydliggöra hur säkerhetsfrågor som kräver flera verksamheters och funktioners medverkan ska samordnas, beredas och prioriteras samt vem som beslutar om åtgärder och ansvarar för genomförandet. Säkerhetsfunktionens rådgivande och stödjande uppdrag bör framgå. Det bör också framgå vart frågor lyfts när bedömningar skiljer sig åt, finansieringsbehov inte kan hanteras inom befintliga budgetramar eller befintliga mandat inte räcker till. Beslutsvägarna bör utgå från den befintliga ansvarsfördelningen mellan regionstyrelsen, berörda nämnder och deras verksamheter.

3. Stärk gemensamma principer för riskbaserad tillträdeskontroll och följ upp behörighetsstyrningen inom styrelsens ansvarsområde

Regionstyrelsen bör säkerställa gemensamma principer och stöd för riskbaserade bedömningar av tillträdesskyddet, särskilt i övergången mellan publika och interna miljöer samt för utrymmen med särskilda skyddsbehov. Styrelsen bör inom sitt ansvarsområde följa upp att behörighetsstyrningen fungerar som avsett och att behörigheter motsvarar aktuella arbetsuppgifter eller uppdrag. Uppföljningen bör omfatta tilldelning, förändring och avslut av behörigheter samt entreprenörers tillträde och visa om beslutade förbättringar får avsedd effekt.

4. Säkerställ en gemensam operativ vägledning för inrymning och allvarliga antagonistiska hot vid sjukhusen

Regionstyrelsen bör säkerställa en gemensam operativ vägledning för inrymning och hantering av allvarliga antagonistiska hot. Vägledningen bör tydliggöra ansvar, beslutsvägar, information och samordning vid akuta hot, särskilt när flera verksamheter berörs eller samordning krävs för ett helt

sjukhus. Den bör även ange vilka delar som behöver konkretiseras i verksamhets- och lokalanpassade rutiner samt vilket gemensamt stöd som ska finnas för utbildning och övning.

5. Komplettera befintlig teknisk styrning med en gemensam riskbaserad metod för säkerhetsbedömningar i lokal- och byggprojekt

Regionstyrelsen bör komplettera befintliga tekniska riktlinjer med en gemensam riskbaserad metod för att bedöma vilken nivå av skydd och vilka säkerhetsåtgärder som är motiverade i olika verksamheter och lokaler. Metoden bör ange vilka säkerhetsaspekter som ska beaktas, hur verksamheternas riskbilder och lokalernas förutsättningar ska vägas in samt i vilka skeden säkerhetskompetens ska involveras. Bedömningar och ställningstaganden bör dokumenteras tidigt och tas fram i samverkan mellan berörd verksamhet, Regionfastigheter och säkerhetsfunktionen.

6. Etablera en sammanhållen regionövergripande uppföljning och återföring av säkerhetsincidenter, avvikelser och åtgärder

Regionstyrelsen bör säkerställa gemensamma principer för hur säkerhetsincidenter och avvikelser rapporteras, kategoriseras och sammanställs på regionnivå, med utgångspunkt i befintliga strukturer. Det bör framgå vilken funktion som ansvarar för sammanställning och analys, vilka underlag som ska ingå och hur ofta uppföljning ska ske. Underlag från samtliga fyra sjukhus bör möjliggöra analys av återkommande händelser, gemensamma risker och åtgärdsbehov, inklusive mindre allvarliga händelser som genom frekvens eller mönster kan indikera en systematisk risk. Det bör även framgå hur beslutade åtgärder och deras effekt ska följas upp.

Regionstyrelsen bör få regelbunden återrapportering om väsentliga risker och åtgärder inom sitt ansvarsområde. Identifierade riskmönster och brister bör beaktas i styrelsens riskanalys och interna kontroll. Erfarenheter från incidenter, avvikelser och övningar bör systematiskt återföras mellan verksamheter och sjukhus.

7.2 Rekommendationer till hälso- och sjukvårdsnämnden

1. Stärk säkerhetspolicyns genomslag och den riskbaserade styrningen inom hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvårdsnämnden bör säkerställa att säkerhetspolicyn och relevanta riktlinjer och rutiner är kända och omsätts i det löpande säkerhetsarbetet. Verksamheternas säkerhetsrisker bör ligga till grund för prioriterade åtgärder med ansvar, tidsramar och former för uppföljning. Policyn och dess praktiska innebörd bör återkommande behandlas i relevanta forum, exempelvis i ledningsgrupper och på arbetsplatsträffar. Nämnden bör även säkerställa att väsentliga risker kopplade till sjukhussäkerheten inom hälso- och sjukvården fångas i den årliga riskanalysen och, där risknivån motiverar det, omsätts i kontrollmoment inom den interna kontrollen.

2. Tydliggör ansvar och beslutsvägar för säkerhetsåtgärder inom hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvårdsnämnden bör tydliggöra hur säkerhetsbehov som kräver samordning eller beslut utanför den egna vårdverksamhetens befogenheter ska bedömas, prioriteras och föras vidare. Det bör framgå vem inom hälso- och sjukvården som ansvarar för att driva frågan och följa genomförandet av beslutade åtgärder. Prioriteringen bör utgå från bedömda säkerhetsrisker, med en tydlig väg för att lyfta finansieringsbehov som inte ryms inom verksamhetens budget.

3. Säkerställ riskbaserad tillträdeskontroll och uppföljning av behörigheter i vårdverksamheterna

Hälso- och sjukvårdsnämnden bör säkerställa att tillträdesskyddet regelbundet bedöms utifrån vårdverksamheternas riskbilder, särskilt i övergången mellan publika och interna miljöer samt för utrymmen med särskilda skyddsbehov. Identifierade behov bör hanteras tillsammans med berörda stödfunktioner. Nämnden bör följa upp att tillträdesrutiner efterlevs och att de behörigheter som verksamheterna beställer och ansvarar för att hålla aktuella motsvarar medarbetarnas arbetsuppgifter eller andra personers uppdrag. Uppföljningen bör omfatta verksamheternas hantering av tilldelning, förändring och avslut av behörigheter.

4. Säkerställ aktuella och övade rutiner för akuta säkerhetsincidenter, inrymning och allvarliga antagonistiska hot

Hälso- och sjukvårdsnämnden bör säkerställa att vårdverksamheterna har aktuella rutiner för akuta säkerhetsincidenter, inklusive inrymning och allvarliga antagonistiska hot. Rutinerna bör anpassas till verksamheternas riskbilder och lokala förutsättningar samt samordnas med den regiongemensamma vägledningen när denna tas fram eller uppdateras. Nämnden bör säkerställa att rutinerna är kända för berörda medarbetare och att praktiska övningar genomförs återkommande. Erfarenheter från övningar och inträffade händelser bör användas för att utveckla rutiner och arbetssätt.

5. Säkerställ att vårdverksamheternas säkerhetsbehov identifieras tidigt i lokal- och byggprojekt

Hälso- och sjukvårdsnämnden bör säkerställa att berörda vårdverksamheter tidigt identifierar och dokumenterar sina säkerhetsbehov inför om- och nybyggnationer. Underlagen bör beskriva verksamheternas riskbilder, arbetssätt och flöden samt behov av tillträdesskydd och andra säkerhetsåtgärder. Behoven bör föras in i projektens säkerhetsbedömningar i samverkan med Regionfastigheter och säkerhetsfunktionen. Nämnden bör även säkerställa att verksamheterna följer upp att beslutade lösningar motsvarar de identifierade behoven.

6. Säkerställ sammanhållen uppföljning och återföring av säkerhetsincidenter, avvikelser och åtgärder inom hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvårdsnämnden bör säkerställa att säkerhetsincidenter och avvikelser rapporteras och följs upp i vårdverksamheterna samt att erfarenheter återförs till berörda medarbetare. Uppföljningen bör omfatta bedömning av åtgärdsbehov och återkommande riskmönster. För beslutade åtgärder bör ansvar, tidsramar och uppföljning av effekten framgå.

Nämnden bör få regelbunden och samlad återrapportering om väsentliga risker och åtgärder inom hälso- och sjukvården. Identifierade riskmönster och brister bör beaktas i nämndens riskanalys och interna kontroll. Erfarenheter från incidenter, avvikelser och övningar bör systematiskt återföras mellan vårdverksamheter och sjukhus samt bidra till den regionövergripande uppföljningen.

8 Bilagor

8.1 Bilaga 1: Granskade dokument

- KomRedo AB. Granskning av regionens planering inför allvarliga kriser och krigshändelser. 2023.
- Region Dalarna. Ansökan tillträde tekniska utrymmen – Instruktion för hantering av nycklar och passagekort till entreprenörer. 2026.
- Region Dalarna. Avropsförfrågan – Granskning av säkerheten vid regionens sjukhus (REV 2026/12). 2026.
- Region Dalarna. Granskning av arbetet med Region Dalarnas kontinuitetsplanering. 2025.
- Region Dalarna. Internrevision – Hantering av passagekort elutrymmen. 2025.
- Region Dalarna. Regionplan, budget och finansplan 2026–2028. 2025.
- Region Dalarna. Riktlinje Första hjälpen och krisstöd. 2024.
- Region Dalarna. Säkerhetspolicy Region Dalarna. 2025.
- Region Dalarna. Våld och Hot. u.å.
- Region Dalarna, Akutmottagning Falun. Handlingsplan vid våld och hot vid Akutmottagningen Falun. 2025.
- Region Dalarna, Akutsjukvård Mora. Handlingsplan vid hot- och våldssituation. u.å.
- Region Dalarna, Akutsjukvård Mora. Överfallslarm rutin för funktionstest. 2021.
- Region Dalarna, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Intern styrning och kontroll 2025 – Hälso- och sjukvårdsnämnd. 2026.
- Region Dalarna, Hälso- och sjukvårdsnämnden. Internkontrollplan 2026 – Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. 2025.
- Region Dalarna, Hälso- och sjukvårdsnämnden. Protokoll från sammanträde 2025-10-21, §§ 127–128, avseende internkontrollplan samt verksamhetsplan och budget för 2026. 2025.
- Region Dalarna, Hälso- och sjukvårdsnämnden. Protokoll från sammanträde 2026-02-17, § 12, avseende uppföljning av internkontrollplan 2025 för Hälso- och sjukvård Dalarna. 2026.
- Region Dalarna, Hälso- och sjukvårdsnämnden. Verksamhetsplan och budget 2026 – Hälso- och sjukvård Dalarna. 2025.
- Region Dalarna, Länsvuxenpsykiatri Falun Säter. Genomgång av säkerhetsrutiner. 2025.
- Region Dalarna, Länsvuxenpsykiatri Falun Säter. Individuella insatser för att upprätthålla säkerhet. 2025.
- Region Dalarna, Länsvuxenpsykiatri Falun Säter. Säkerhet och hygien vårdavdelningar. 2025.
- Region Dalarna, Länsvuxenpsykiatri Falun Säter. Säkerhet vid psykiatrisk tvångsvård. 2026.
- Region Dalarna, Länsvuxenpsykiatri Falun Säter. Säkerhet vid tillfällig patientkontakt. 2025.

- Region Dalarna, Länsvuxenpsykiatri Falun Säter. Säkerhet vid utformande och användning av lokaler. 2026.
- Region Dalarna, Länsvuxenpsykiatri Falun Säter. Säkerhetsbrister vid tvångsvård, IVO-anmälan. 2025.
- Region Dalarna, Länsvuxenpsykiatri Falun Säter. Säkerhetsklassificering HSLF-FS 2025-52. 2025.
- Region Dalarna, Länsvuxenpsykiatri Falun Säter. Säkerhetsrutin, Falun. 2025.
- Region Dalarna, Länsvuxenpsykiatri Falun Säter. Utbildning i säkerhetsfrågor och säkerhetssamtal LVP. 2025.
- Region Dalarna, Regionfastigheter. Riktlinje Dörrtyper med elektrisk funktion. 2024.
- Region Dalarna, Regionfastigheter. Riktlinje Tekniska anvisningar Inbrottslarm- och entré- och passagekontrollsystem. 2024.
- Region Dalarna, Regionfullmäktige. Revidering av Region Dalarnas Säkerhetspolicy. 2025.
- Region Dalarna, Regionservice Länsservice. Bevakningen Länsservice. 2026.
- Region Dalarna, Regionstyrelsen. Internkontrollplan 2026 för Regionstyrelsen. 2025.
- Region Dalarna, Regionstyrelsen. Protokoll från sammanträde 2025-12-08, §§ 194 och 196, avseende reviderad verksamhetsplan och budget samt internkontrollplan för 2026. 2025.
- Region Dalarna, Regionstyrelsen. Reviderad verksamhetsplan och budget 2026 för Regionstyrelsen. 2025.
- Region Dalarna, Regionstyrelsen. Uppföljning av intern styrning och kontroll 2024 i Region Dalarna. 2025.
- Region Dalarna, Regionstyrelsens förvaltning. Rapport – Intern styrning och kontroll Regionstyrelsen 2025. 2026.
- Region Dalarna, Regionstyrelsens förvaltning. Tjänsteutlåtande – Internkontrollplan 2026 för Regionstyrelsen. 2025.

8.2 Bilaga 2: Intervjuguide

Nedan presenteras de frågor som intervjuerna utgick ifrån. Intervjuerna var semistrukturerade och vissa frågor anpassades under respektive intervjus gång.

1. Kan du kort beskriva din roll och ditt ansvar i organisationen, särskilt kopplat till säkerhet, tillträde, fastigheter, verksamhetsledning eller uppföljning vid regionens sjukhus?

- På vilket sätt berörs din funktion/division av frågor om säkerheten vid sjukhusen?
- Vilka sjukhus, verksamheter eller säkerhetsområden har du störst insyn i?

Övergripande arbete, styrning och organisering

2. Hur skulle du beskriva regionens övergripande arbete med säkerheten vid sjukhusen, och hur är det organiserat i praktiken?

- Finns en tydlig struktur eller ansvarsfördelning?
- Hur omsätts den regionövergripande säkerhetspolicyn i praktiken?
- Vilka risker eller utmaningar ser du som mest väsentliga i balansen mellan öppenhet och säkerhet?

Styrdokument och praktisk tillämpning

3. Vilka styrdokument, riktlinjer och rutiner finns som stöd för säkerhetsarbetet vid sjukhusen, och hur används de i praktiken?

- Är det tydligt hur styrdokument och rutiner ska tillämpas i olika sjukhus och verksamheter?
- Finns rutiner för tillträde, passersystem, kort, larm, inrymning och incidenthantering?
- Finns det områden där styrningen inte är tillräckligt konkret eller känd i verksamheten?
- Hur avgör regionen vilka lokaler, verksamheter eller funktioner som ska ha högre säkerhetsnivå än andra?

Kontroll, tillträde och övervakning

4. Hur sker kontroll av personer som passerar in/ut eller rör sig i sjukhusens lokaler?

- Vilka kontrollåtgärder finns, exempelvis kameraövervakning, passersystem, legitimationskontroller, slussar eller låsta dörrar?
- Hur skiljer sig kontrollen mellan allmänna ytor, mottagningar, vårdavdelningar och verksamheter med högre riskprofil?
- Hur har avvägningar gjorts mellan öppenhet, tillgänglighet och säkerhet?
- Är kontrollåtgärderna enligt din bedömning tillräckliga?

Beredskap vid akuta säkerhetsincidenter

5. I vilken utsträckning finns beredskap att hantera olika typer av akuta säkerhetsincidenter vid sjukhusen?

- Vilka typer av incidenter eller hotbilder är mest relevanta att planera för?
- Hur fungerar larmrutiner och kontaktvägar till personal, väktare, polis eller andra stödresurser?
- Finns rutiner eller system för inrymning/låsning av dörrar vid akuta hot?
- Genomförs övningar eller utbildningar kopplat till akuta incidenter?

Ansvar, befogenheter och beslut

6. Hur ser ansvarsfördelningen och beslutsordningen ut när det gäller säkerhetshöjande åtgärder vid sjukhusen?

- Är det tydligt vem som får besluta om åtgärder vid incidenter eller höjd hotbild?
- Är mandat och befogenheter tydliga mellan central säkerhetsfunktion, Regionfastigheter, Regionservice och verksamheterna?
- Finns väsentliga skillnader mellan sjukhus eller verksamheter i hur ansvar, säkerhetsrutiner, kontrollåtgärder och beslutsvägar tillämpas?
- Finns konkreta exempel där ansvar eller mandat har fungerat väl eller varit otydligt?

Om- och nybyggnationer

7. På vilket sätt beaktas säkerhetsfrågor och tillträdesskydd i samband med om- och nybyggnationer av sjukhuslokaler?

- När i processen involveras säkerhetsfunktion, fastighet, service och berörd verksamhet?
- Finns rutiner, krav eller checklistor för säkerhet, tillträde, larm, kamera och passersystem i lokalprojekt?
- Hur hanteras äldre lokaler där dagens säkerhetsbehov kan skilja sig från tidigare utformning?

Uppföljning, åtgärder och återföring av lärdomar

8. På vilket sätt sker uppföljning av säkerhetsincidenter, avvikelser och vidtagna åtgärder?

- Hur rapporteras och dokumenteras incidenter eller avvikelser?
- Är uppföljningen systematisk och sammanhållen, eller sker den främst lokalt/ad hoc?
- Hur följs det upp att beslutade säkerhetshöjande åtgärder fungerar som avsett?
- Leder incidenter eller övningar till ändrade rutiner, utbildning eller tekniska åtgärder?

Kompetens, kultur och stöd

9. Vilken utbildning, information och vilket stöd får chefer och medarbetare för att bidra till säkerheten vid sjukhusen?

- Vet medarbetare hur de ska agera vid hot, obehörigt tillträde eller annan säkerhetsincident?
- Finns en säkerhetskultur där rutiner följs, exempelvis att inte ställa upp dörrar eller släppa in obehöriga?