Region Stockholm

Diarienummer
RS 2025-0984

Akutsjukhusnämnden/Södersjukhuset

Plan för intern kontroll, år 2025

År 2025

Innehållsförteckning

1 Bakgrund 3

2 Intern kontroll 4
2.1 Styr- och kontrollmiljö 4
2.2 Riskbedömning 5
2.3 Kontrollaktiviteter 8
2.4 Information och kommunikation 10
2.5 Övervakning och uppföljning 10
2.5.1 Uppföljning 10
2.5.2 Efterlevnad av riktlinje för intern kontroll 11
2.5.3 Hantering av brister och avvikelser 11

3 Sammanställning av risker 12

1 Bakgrund

Enligt 6 kap. 6 § kommunallagen (2017:725) ska varje nämnd inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Detsamma gäller när skötseln av en kommunal angelägenhet med stöd av 10 kap. 1 § samma lag har lämnats över till någon annan.

Region Stockholm har, utifrån kommunallagen, beslutat om riktlinjer för intern kontroll för Region Stockholm (RS 2024-0510, RS 2022–0326). Riktlinjen utgår från COSO-modellen, vilket innebär att systematiskt arbeta med att förutse risker och möjligheter samt att hantera och kommunicera dessa.

Region Stockholms arbete med intern kontroll syftar till att proaktivt säkerställa att verksamheten i enlighet med vad fullmäktige beslutar:

- uppnår fastställda mål och utför sitt uppdrag
- når långsiktig varaktighet och hållbarhet
- bedrivs ändamålsenligt, säkert och effektivt
- följer tillämpliga lagar, beslut, föreskrifter, avtal, styrande dokument med mera
- har tillförlitlig rapportering och information

2 Intern kontroll

Nämnden/bolaget tar i samband med budget och verksamhetsplanering fram en plan för intern kontroll. Denna plan uppdateras och följs sedan upp som ett led i den löpande rapporteringen och uppföljningen. Planen för intern kontroll utgör nämndernas och bolagens redovisning av arbetet med den interna kontrollen och är en viktig grund för den försäkran som lämnas om att nödvändiga åtgärder har vidtagits för att uppnå en tillräcklig intern kontroll.

2.1 Styr- och kontrollmiljö

Styr- och kontrollmiljön är omgivningen som den interna styrningen och kontrollen verkar i och påverkas av, det vill säga fundamentet för nämnden/bolagets arbete med risk och intern kontroll.

För att uppnå god intern styrning och kontroll bedriver Södersjukhuset ett systematiskt och sammanhållet arbete som omfattar hela organisationen. Arbetet utgår från fastställda processer och rutiner där nämnd, sjukhusledning, verksamhetschefer och medarbetare samverkar. Alla medarbetare har ett ansvar för att följa gällande styrande dokument samt att uppmärksamma och rapportera avvikelser eller brister i verksamheten.

Södersjukhuset har valt att strukturera sitt arbete med intern styrning och kontroll utifrån sju riskperspektiv som speglar sjukhusets uppdrag, ansvar och verksamhetens komplexitet. Dessa perspektiv utgör grunden för hur risker identifieras, prioriteras, följs upp och hanteras inom ramen för internkontrollplanen. Perspektiven är kopplade till sjukhusets övergripande mål och verksamhetsplan och skapar en gemensam struktur för styrning och uppföljning i hela organisationen.

De sju riskperspektiven omfattar:

1. Fastighet, robust teknisk infrastruktur och IT
2. Säkerhet, juridik och informationssäkerhet
3. Försörjning av kritiska produkter
4. Sjukvård, kvalitet och patientsäkerhet inklusive läkemedel och medicinteknik
5. Ekonomi
6. Miljö och social hållbarhet
7. Kompetensförsörjning

För varje riskperspektiv finns minst en chef ur sjukhusets ledningsgrupp utsedd som ansvarig. För respektive identifierad risk finns en utsedd riskägare med ansvar för att riskhantering, kontroller och eventuella åtgärder genomförs och följs upp.

Internkontrollplanen bygger på COSO-modellen och baseras på en samlad riskanalys. Utifrån denna genomförs kontroller inom de områden där risken bedöms vara förhöjd. Ansvarig chef för respektive riskperspektiv ansvarar för att kontroller genomförs enligt plan, medan riskägare ansvarar för den operativa hanteringen av respektive risk.

Uppföljning av internkontrollen sker löpande under året och rapporteras enligt fastställda rutiner till sjukhusledningen och vidare till Akutsjukhusnämnden. Sjukhusledningen ansvarar för att det finns ett ändamålsenligt system för intern

kontroll som säkerställer att väsentliga risker identifieras, hanteras och följs upp, samt att åtgärder vidtas vid konstaterade brister. Resultatet av internkontrollen utgör även underlag för fortsatt utveckling av styrning, arbetssätt och kontrollmiljö.

2.2 Riskbedömning

Riskbedömning handlar om hur risker för verksamheten identifieras, värderas och hanteras. Inom Region Stockholm används följande riskkategorier:

- Strategiska risker
- Ekonomiska risker
- Operativa risker
- Regelefterlevnadsrisker

I den aktuella riskutvärderingen för helåret har totalt **31 risker** identifierats inom Södersjukhusets internkontrollarbete.

Av dessa klassificeras 2 risker som mycket hög risk, 12 som hög risk, 17 som medelhög risk. Risker med låg eller mycket låg riskvärdering ingår i den samlade riskbilden men prioriteras inte för särskild rapportering i internkontrollplanen.

De två risker som bedöms som mest kritiska för sjukhusets verksamhet är:

- **Risk för att sjukhuset inte uppfyller kraven på ett robust sjukhus** (*Riskperspektiv 1 – Fastighet, robust teknisk infrastruktur och IT*)
- **Dataintrång, skadlig kod, störningar eller angrepp på teknisk infrastruktur** (*Riskperspektiv 2 – Säkerhet, juridik och informationssäkerhet*)

Riskbilden är väsentligen oförändrad jämfört med delåret 2025. De risker som förändrats i värde bedöms spegla genomförda åtgärder och förändrade förutsättningar i verksamheten.

Enligt helårsutfallet för 2025 finns det ingen risk som har fått ett högre riskvärde jämfört med delåret 2025.

Risker där värdet har minskat sedan föregående värdering (delåret 2025):

- Ekonomiska styrsystem hämmar nya vårdformer
- Finansiering G-CDU
- Risk för negativ avvikelse mot resultatkrav
- Efterlevnad av regelverk (PDV/PVD enligt underlaget)
- Bemanning och kompetensförsörjning
- Risk för att produkter med bättre klimathänsyn inte används/köps in på grund av kostnad
- Risk för felaktig hantering inom KEV (Kommitté Elektiv Vård)

Förändringarna bedöms vara ett resultat av genomförda och pågående åtgärder inom respektive område och indikerar att dessa haft avsedd effekt. Samtidigt bedöms flera risker fortsatt som väsentliga, vilket innebär att arbetet behöver bedrivas långsiktigt och med fortsatt fokus på uppföljning och utveckling.

Riskanalyser per perspektiv

Inom varje riskperspektiv sker ett systematiskt arbete med identifierade risker som baseras både på IKP och sjukhusets risk- och sårbarhetsanalys (RSA). Risker inom sjukvården ska enligt lag redovisas årligen via en patientsäkerhetsberättelse och hanteras också inom ett av perspektiven.

Riskperspektiv 1–3: Fastighet, robust teknisk infrastruktur och IT, säkerhet, juridik och informationssäkerhet samt försörjning av kritiska produkter

Totalt har nio risker identifierats. Av dessa bedöms ett mindre antal risker som särskilt kritiska, främst kopplade till kraven på ett robust sjukhus samt informations- och IT-säkerhet. Sammantaget speglar de nio riskerna ett område där konsekvenserna vid inträffade händelser kan bli omfattande och där riskhanteringen sker genom sjukhusets risk- och sårbarhetsanalys (RSA), beredskapsplanering samt robusthets- och säkerhetsarbete.

Mest väsentliga risker inom perspektivet:

- Risk för att sjukhuset inte uppfyller kraven på ett robust sjukhus
- Dataintrång, skadlig kod, störningar eller angrepp på teknisk infrastruktur
- Pågående dödligt våld (PDV)
- Dokumenthantering av styrande dokument
- Fastighets- och IT-störningar
- Avbrott i leveranser av kritiska produkter, inklusive läkemedel och medicinska gaser

Riskperspektiv 4: Sjukvård, kvalitet och patientsäkerhet inkl. läkemedel och MT

Fem risker har identifierats. Riskerna är huvudsakligen kopplade till tillgänglighet, vårdflöden och patientsäkerhet i den patientnära verksamheten. Riskerna speglar belastningen på akutmottagningen, tillgången till vårdplatser samt förutsättningarna för att bedriva vård i ändamålsenliga lokaler med rätt utrustning. De följs och hanteras integrerat inom internkontrollplanen och den årliga patientsäkerhetsberättelsen. Sammantaget visar riskbilden att arbetet med att utveckla vårdflöden och stärka kapaciteten är avgörande för att minska risken för vårdskador och förbättra tillgängligheten.

Mest väsentliga risker inom perspektivet:

- Risk att patienter vistas mer än 4 timmar på akutmottagningen
- Brist på vårdplatser
- Upprätthålla ändamålsenliga vårdutrymmen
- Kvalitet och patientsäkerhet (analys i patientsäkerhetsberättelsen)
- Kvalitet och patientsäkerhet avseende medicinteknisk utrustning

Riskperspektiv 5: Ekonomi

Totalt har tretton risker identifierats. Riskbilden präglas av sjukhusets ekonomiska förutsättningar, styrning och kontroll och omfattar både strategiska och operativa ekonomiska frågor, såsom resultatavvikelse, intäktsnivåer, finansiering, samt risker kopplade till oegentligheter, upphandling, utbetalningar och finansiell rapportering.

Mest väsentliga risker inom perspektivet:

- Risk för negativ avvikelse mot resultatkrav
- Produktionsbaserad intäktsnivå uppnås inte
- Finansiering av G-CDU
- Risk för oselektiva besparingar inom vårdadministration
- Ekonomiska styrsystem hämmar nya vårdformer
- Risk för fel i finansiell rapportering
- Risk för oegentligheter inom inköp och upphandling samt utbetalningar

Obligatoriska riskområdena:

- Risk för felaktiga bidragsutbetalningar: Riskområdet har identifierats inom Region Stockholm och rör främst hanteringen av bidrag till externa aktörer. Risken bedöms inte påverka Södersjukhuset då sjukhuset inte hanterar bidragsutbetalningar av detta slag. Mot denna bakgrund ligger risken fortsatt utanför sjukhusets internkontrollplan, men hålls under bevakning. Sjukhuset följer regionens arbete inom området och gör löpande bedömning av om risken behöver inkluderas i internkontrollplanen framöver.
- Risk för fel i finansiell rapportering: Denna risk avser risken för att sjukhusets finansiella rapportering är felaktig eller ofullständig, vilket kan leda till felaktiga beslut eller förtroendeskador. För helåret 2025 bedöms riskvärderingen vara oförändrad jämfört med delåret och ligga kvar på låg nivå. Bedömningen baseras på att sjukhuset har etablerade rutiner för ekonomisk uppföljning, bokslutsprocesser och intern kontroll, samt regelbundna avstämningar och kontroller. Rutiner och intern kontroll bedöms fortsatt vara tillräckliga, och någon ytterligare åtgärd utöver ordinarie uppföljning bedöms inte nödvändig inom ramen för internkontrollplanen.

Riskperspektiv 6: Miljö och social hållbarhet

Två risker har identifierats. Risknivån bedöms sammantaget som låg till medelhög och rör främst sjukhusets efterlevnad av miljökrav samt förutsättningarna för ett systematiskt hållbarhetsarbete och omfattar kemikaliehantering, hållbar upphandling samt social hållbarhet. Särskilt uppmärksammas risken att produkter med bättre klimatprestanda inte används på grund av högre kostnad, vilket kräver avvägningar mellan ekonomiska och miljömässiga mål.

Mest väsentliga risker inom perspektivet:

- Risk för felhantering av kemikalier
- Risk för att produkter med bättre klimatprestanda inte används/köps in

Riskperspektiv 7: Kompetensförsörjning

Två risker har identifierats. Trots det begränsade antalet bedöms området som strategiskt mycket viktigt för sjukhusets långsiktiga hållbarhet. Riskerna rör främst bemanning och kompetensförsörjning, efterlevnad av regelverk samt förutsättningar för utbildning och forskning. Sammantaget speglar de behovet av långsiktiga insatser för att säkra rätt kompetens, god arbetsmiljö och utvecklingsförmåga.

Mest väsentliga risker inom perspektivet:

- Bemanning och kompetensförsörjning
- Efterlevnad av regelverk gällande bisysslor

2.3 Kontrollaktiviteter

Utifrån riskanalysen prioriteras vilka kontroller och åtgärder som ska utföras för att acceptera, begränsa, dela eller eliminera riskerna för att uppnå en acceptabel risknivå. Kontroller och åtgärder ska också säkerställa beredskap för att hantera och reagera på oönskade situationer.

Södersjukhuset har under 2025 fortsatt att arbetet med åtgärder och kontroller inom samtliga riskperspektiv. Arbetet bedrivs systematiskt genom internkontrollplanen i samverkan med risk- och sårbarhetsanalys (RSA) enligt MSB:s instruktioner, Patientsäkerhetsberättelsen enligt Socialstyrelsens riktlinjer samt ekonomisk uppföljning enligt regionens regelverk.

Utifrån riskanalysen prioriteras vilka kontroller och åtgärder som ska utföras för att acceptera, begränsa, dela eller eliminera riskerna i syfte att uppnå en acceptabel risknivå. Kontroller och åtgärder syftar även till att säkerställa beredskap för att hantera och reagera på oönskade händelser.

Riskperspektiv 1–3: Fastighet, robust teknisk infrastruktur och IT, säkerhet, juridik och informationssäkerhet samt försörjning av kritiska produkter

Riskerna inom riskperspektiv 1–3 hanteras inom internkontrollplanen och ingår samtidigt i sjukhusets RSA, som genomförs med utgångspunkt i MSB:s instruktioner. Analysen omfattar både kontroller och åtgärder med fokus på sjukhusets samhällsviktiga funktioner och uppgifter i krig. Av sekretesskäl redovisas vissa delar av arbetet endast inom ramen för RSA till EKMB. Arbetet syftar till att säkerställa sjukhusets förmåga att upprätthålla verksamheten vid allvarliga störningar, kris eller höjd beredskap, bland annat genom åtgärder kopplade till teknisk infrastruktur, informationssäkerhet, säkerhet samt försörjning av kritiska produkter.

Riskperspektiv 4: Sjukvård, kvalitet och patientsäkerhet inkl. läkemedel och MT

Riskområdet ingår både i den årliga Patientsäkerhetsberättelsen (PSB) och i RSA. Arbetet syftar till att stärka vårdens kvalitet, tillgänglighet och patientsäkerhet genom strukturerad uppföljning och utveckling av vårdprocesser. Genom utveckling av arbetet med det akuta vårdflöden, arbete med vistelsetider och etablering av G-CDU har förutsättningarna förbättrats för att hantera belastning och vårdbehov, även om flera

risker fortsatt bedöms som väsentliga och kräver långsiktiga insatser.

Exempel på åtgärder 2025:

- Översyn av det akuta vårdflödet (prehospital konsultation, in- och utskrivning, vårdövergångar)
- Etablering av G-CDU för snabbare vård av äldre och sköra patienter
- Utökad internutbildning av akutens läkare
- Förstärkt följsamhet till in- och utskrivningsrutiner vid överbeläggningar
- Övergripande uppföljning inom Kommittén för akut vård
- Inventering av behov för sjukhusets krigsuppgift

Därtill pågår arbete med att stärka omvårdnadens roll, utveckla strukturerade vårdflöden för traumapatienter samt införa AI-stöd för operationsplanering, i syfte att ytterligare minska risken för vårdrelaterade skador och ineffektivt resursutnyttjande.

Riskperspektiv 5: Ekonomi

Varje verksamhetsområde tar fram åtgärdsplaner för ekonomi i balans. Dessa omfattar bland annat anpassad bemanning, månatliga ekonomigenomgångar och löpande produktionsuppföljning. Alla anställningar prövas vid dispensmöte varannan vecka. Ledningsgruppen arbetar gemensamt med bemanningsplanering för att begränsa kostnadsutvecklingen.

Exempel på åtgärder 2025:

- Systematiska kontroller av att avtalade volymer utförs
- Löpande ekonomisk uppföljning och avstämning enligt fastställda rutiner
- Delaktighet i regionens beredningsgrupp för investeringar, vilket bidrar till ökad transparens och minskad risk för felaktiga beslut

Åtgärder inom ekonomiområdet följs upp av ansvarig verksamhetsområdeschef tillsammans med riskansvarig.

Riskperspektiv 6: Miljö och social hållbarhet

Södersjukhuset arbetar systematiskt för att minska miljöpåverkan och säkerställa efterlevnad av miljökrav. Arbetet bedrivs i samverkan med HSF och utifrån ett certifierat miljöledningssystem enligt ISO 14001, vilket bidrar till att förebygga miljörelaterade risker och stärka sjukhusets hållbarhetsarbete.

Riskperspektiv 7: Kompetensförsörjning

Åtgärder 2025:

- Arbete utifrån regionens kompetensförsörjningsstrategi med fokus på att attrahera och behålla kritiska kompetenser
- Utveckling av strukturerade kompetensplaner på minst verksamhetsområdesnivå
- Kontroller för att säkerställa efterlevnad av regelverk kring bisysslor

Genom dessa åtgärder stärks förutsättningarna för långsiktig kompetensförsörjning,

vilket är avgörande för patientsäkerhet, arbetsmiljö och verksamhetens hållbarhet.

2.4 Information och kommunikation

De funktioner som arbetar med riskhantering, intern kontroll, regelefterlevnad och internrevision behöver ha full tillgång till den information som krävs för god intern kontroll till exempel mål, policys, riktlinjer, risker, åtgärder, kontroller och eventuella avvikelser.

Information som är väsentlig för intern kontroll, såsom mål, policys, riktlinjer, risker, åtgärder, kontroller och avvikelser, kommuniceras och dokumenteras i flera etablerade forum och system:

- **Plan för intern kontroll** tas fram årligen i samband med budget och verksamhetsplanering. Planen uppdateras och följs upp löpande under året.
- **Risk- och sårbarhetsanalys (RSA)** genomförs enligt MSB:s instruktioner och utgör underlag för arbete med beredskap, robusthet och hantering av samhällsviktig verksamhet.
- **Patientsäkerhetsberättelsen (PSB)** används för uppföljning och kommunikation av risker, åtgärder och kontroller inom området sjukvård, kvalitet och patientsäkerhet.
- **Rapportering sker tertialvis** till sjukhusdirektören och Akutsjukhusnämnden (ASN), vilket utgör en försäkran om att nödvändiga åtgärder vidtas.
- **Kommunikation och uppföljning** sker löpande i sjukhusets ledningsgrupper, verksamhetsområdesledningar samt vid arbetsplatsträffar (APT).
- **Rapporteringsvägar för oegentligheter** finns via närmaste chef, redovisningschef, säkerhetssamordnare eller anonymt via brev samt genom Region Stockholms visselblåsarfunktion.

2.5 Övervakning och uppföljning

Nämnden/bolagsstyrelsen har det yttersta ansvaret för den interna kontrollen inom sitt verksamhetsområde och ska säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig. Detta innebär att varje nämnd och styrelse har ett ansvar för att det finns en organisation och processer för den interna kontrollen.

Regionstyrelsen har ett övergripande ansvar för regionens verksamheter, utveckling och ekonomiska ställning. Styrelsen har också uppsiktsansvar och ska övervaka hur den interna kontrollen sköts i nämnder och bolag samt utforma, utveckla och följa upp Region Stockholms arbete med intern kontroll.

2.5.1 Uppföljning

Enligt riktlinjen för intern kontroll ska nämnden/bolagsstyrelsen med hänsyn till sitt ansvar, kontinuerligt följa upp sin verksamhet och utvärdera de riskbedömningar som sker samt vidta åtgärder för att säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig, effektiv och att verksamheten bedrivs på ett tillfredställande sätt. Uppföljningen innefattar också att utvärdera om samtliga komponenter i ramverket för intern kontroll är tillräckliga.

Uppföljning sker tre gånger per år till sjukhusledningen och rapporteras till nämnden tre gånger per år.

2.5.2 Efterlevnad av riktlinje för intern kontroll

Nämnden/bolaget ska följa regionens riktlinje för intern kontroll, (RS 2024-0510, RS 2022-0326).

2.5.3 Hantering av brister och avvikelser

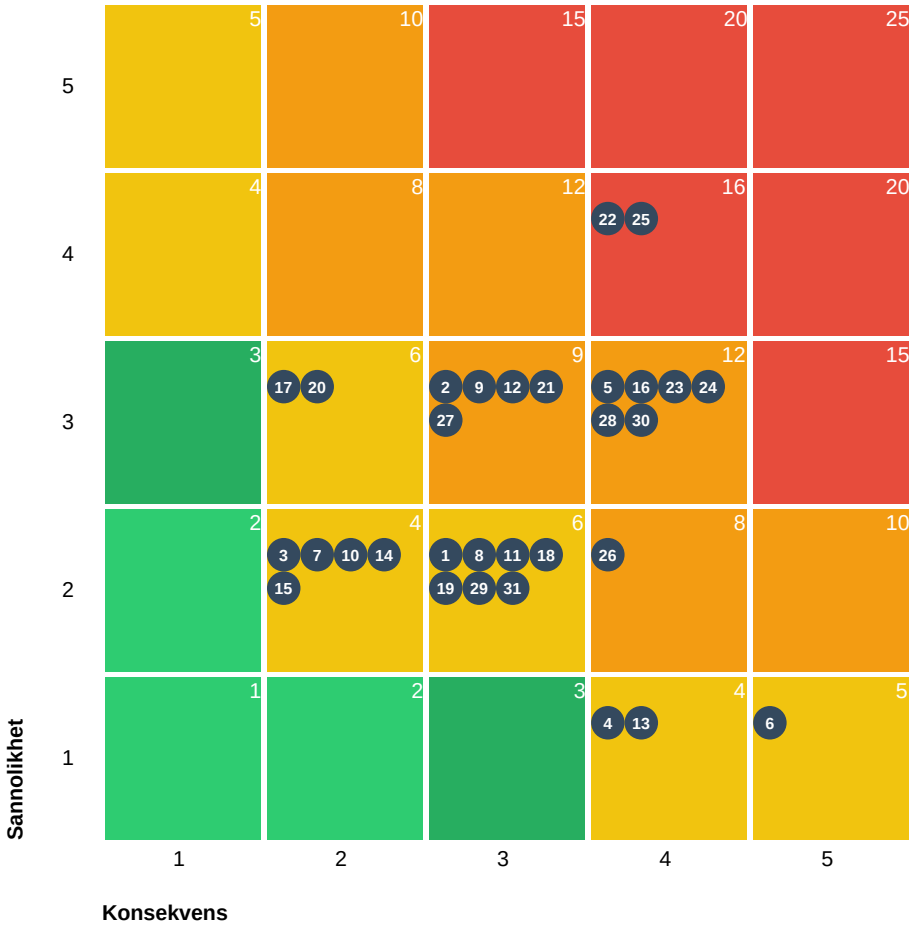
Brister i den interna kontrollen ska omedelbart rapporteras till nämnd/styrelse samt i den löpande rapporteringen till regionledningskontoret. Förvaltningschef/VD ska omedelbart agera om misstanke om brott uppstår.

Vid uppföljningen av internkontrollplanen för helåret 2025 har inga väsentliga brister i den interna kontrollen uppmärksammats. De kontroller och åtgärder som genomförts har i huvudsak haft status grön. I vissa fall har kontroller eller åtgärder bedömts ha gul status, vilket indikerar att arbetet är pågående eller att åtgärder ännu inte fullt ut fått avsedd effekt. Dessa har hanterats genom förtydligade ansvarsförhållanden, kompletterande kontrollaktiviteter samt förstärkt uppföljning i linjeorganisationen. Några kontroller eller åtgärder med status röd har inte förekommit.

Sammantaget bedöms genomförda åtgärder och kontroller vara tillräckliga för att säkerställa en god intern kontroll under perioden.

Vid senaste årsrapporteringen (delår 2025); *Regionrevisorernas samlade bedömning av den interna kontrollen är att den är tillräcklig*. För sjukhusledningen är tillräcklig intern kontroll, rättvisande räkenskaper och tillfredsställande ekonomiskt resultat och verksamhetsmässigt utfall viktiga målsättningar. Sjukhusledningen arbetar med att införliva revisorernas rekommendationer i den löpande driften.

3 Sammanställning av risker



2 Mycket hög risk 12 Hög risk 17 Medelhög risk | Totalt: 31

Mycket hög risk
Hög risk
Medelhög risk
Låg risk
Mycket låg risk

	Sannolikhet	Konsekvens
5	Mycket hög, detaljerad beskrivning finns under hjälptexterna, klicka på frågetecknet.	Katastrofal - Mycket allvarlig, får inte inträffa
4	Hög, detaljerad beskrivning finns under hjälptexterna, klicka på frågetecknet.	Kritisk - Allvarlig, får helst inte inträffa
3	Medel, detaljerad beskrivning finns under hjälptexterna, klicka på frågetecknet.	Signifikant - Kännbar, uppfattas som besvärande
2	Låg, detaljerad beskrivning finns under hjälptexterna, klicka på frågetecknet.	Mindre - Lindrig, uppfattas som liten
1	Mycket låg, detaljerad beskrivning finns under hjälptexterna, klicka på frågetecknet.	Begränsad - Marginell, uppfattas som mycket liten

Mål	Lokalt mål	Risk					Riskägare
Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet	# 5 Ekonomi	1		91246	→	Produktionsbaserad intäktsnivå uppnås inte	**Riskägare** Tarja Lepola
		2		91203	↘	Risk för negativ avvikelse mot resultatkrav	**Riskägare** Tarja Lepola
		3		91257	→	Bristande fakturaunderlag till konferens/planeringsdagar	**Riskägare** Tarja Lepola
		4		111919	→	Risk för oegentligheter inom inköp och upphandling	**Riskägare** Lena Lundin
		5		111929	→	Risk för oegentligheter inom FoU	**Riskägare** Elham Hedayati
		6		111935	→	Risk för oegentligheter vid utbetalning till leverantörer	**Riskägare** Tarja Lepola
		7		112014	→	Risk för verksamhetspåverkan vid försenad investering	**Riskägare** Tarja Lepola
		8		135258	↘	Finansiering G-CDU	**Riskägare** Tarja Lepola
		9		135265	→	Risk för oselektiva besparingar inom vårdadministration	**Riskägare** Daniel Wänn
		10		135266	↘	Ekonomiska styrsystem hämmar nya vårdformer	**Riskägare** Sven Klaesson
		11		137549	→	Risk för felaktig hantering av mervärdesskatt	**Riskägare** Tarja Lepola
		12		137372	→	Oegentligheter och välfärdsbrott (intyg och läkemedel)	**Riskägare** Sven Klaesson
		13		134468	→	Risk för fel i finansiell rapportering	**Riskägare** Tarja Lepola
Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035	# 6 Miljö och Social hållbarhet	14		111755	↘	Risk för felhantering av kemikalier	**Riskägare** Birgitta Westin
		15		111759	↘	Risk för att produkter som är bättre ur klimatsynpunkt ej används/köps in p g a	**Riskägare** Birgitta Westin

Mål	Lokalt mål	Risk					Riskägare
						att de kostar mer	
Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare	# 7 Kompetensförsörjning	16		91207	↘	Bemanning och kompetensförsörjning	**Riskägare** Helena Karlsson
Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov	#4 Sjukvård, kvalitet och patientsäkerhet inkl. läkemedel och MT	17		93425	→	Risk att patienter vistas på akutmottagning mer än 4 timmar	**Riskägare** Annelie Liljegren
Vården är säker, effektiv och har god kvalitet	#4 Sjukvård, kvalitet och patientsäkerhet inkl. läkemedel och MT	18		93426	→	Brist på vårdplatser	**Riskägare** Sven Klaesson
		19		111807	→	Upprätthålla kvalitet och patientsäkerhet (analys och åtgärder i patientsäkerhetsberättelse)	**Riskägare** Annelie Liljegren
		20		124647	→	Upprätthålla kvalitet och patientsäkerhet MT	**Riskägare** Daniel Wänn
		21		124652	→	Upprätthålla ändamålsenliga vårdutrymmen	**Riskägare** Lena Lundin
	# 1 Det robusta sjukhuset	22		91260	→	Risk för att sjukhuset inte kommer att uppfylla kraven på ett robust Sjukhus	**Riskägare** Lena Lundin
		23		111794	→	Fastighetsstörningar eller avbrott	**Riskägare** Lena Lundin
		24		124638	→	IT-störningar och avbrott (ex. infrastruktur, tele, larm)	**Riskägare** Daniel Wänn
	# 2 Säkerhet, juridik och informationssäkerhet	25		111797	→	Dataintrång, skadlig kod, störningar eller angrepp på teknisk infrastruktur	**Riskägare** Daniel Wänn
		26		111800	↘	Pågående dödligt våld (PDV)	**Riskägare** Agnes Renberg
		27		135255	→	Dokumenthantering av styrande dokument	**Riskägare** Sven Klaesson
	# 3 Försörjning av kritiska produkter	28		111803	→	Risk för avbrott i leveranser	**Riskägare** Lena Lundin
		29		124641	→	Risk för avbrott i leveranser gaser	**Riskägare** Daniel Wänn

Mål	Lokalt mål	Risk					Riskägare
		30		124644	→	Risk för avbrott i leveranser läkemedel	**Riskägare** Anneli Lennberg
Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare	# 7 Kompetensförsörjning	31		111140	↘	Efterlevnad regelverk bisysslor	**Riskägare** Helena Karlsson