Diarienummer
AMN 2026-0006

Region Stockholm

Ambulanssjukvårdsnämnden

Plan för intern kontroll 2026

Innehållsförteckning

1 Bakgrund 3

2 Intern kontroll 4
2.1 Styr- och kontrollmiljö 4
2.2 Riskbedömning 5
2.3 Kontrollaktiviteter 6
2.4 Information och kommunikation 6
2.5 Övervakning och uppföljning 6
2.5.1 Uppföljning 6
2.5.2 Efterlevnad av riktlinje för intern kontroll 7
2.5.3 Hantering av brister och avvikelser 7

3 Sammanställning av risker 8

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.

Det administrativa systemet kring den interna kontrollen kommer att förändras i och med att AISAB från och med 2026 blir en förvaltning under Ambulanssjukvårdsnämnden. Formalia kring Ambulanssjukvårdsnämnden håller på att byggas upp och kommer att fastställas på nämndens första sammanträde i januari 2026. Att stärka förvaltningens styr- och kontrollmiljö är ett prioriterat område inom ramen för förvaltningens verksamhetsplan 2026.

Ambulanssjukvårdsnämndens uppdrag och delegation till förvaltningschefen ger förutsättningar för en tydlig roll- och ansvarsfördelning och möjliggör en effektiv intern styrning och kontroll inklusive hantering av verksamhetens risker. Ambulanssjukvårdsnämnden säkerställer att riktlinjer efterlevs och att rapportering sker i enlighet med anvisningarna i från Regionledningskontoret (RLK). Förvaltningsledningen rapporterar regelbundet till nämnden utifrån fastställda rutiner.

Ambulanssjukvårdsförvaltningen är kvalitets- och miljöcertifierade enligt ISO 14001 och 9001. Certifieringen av ledningssystemet bekräftar att det finns en systematik i ledning och styrning och ställer också krav på att upprätthålla och använda strukturen för att leda, styra och utveckla verksamheten på ett effektivt sätt. Därtill finns styrdokument som tydliggör ansvar, befogenheter och rutiner. Styrdokumenten delas upp i externa regler och lagar, koncerninterna policys och riktlinjer samt lokala rutiner och tillämpningsanvisningar. Exempel på lokalt styrdokument är Delegationsordningen som tydliggör ansvar och befogenheter för respektive roll inom organisationen.

På förvaltningens intranät (AISABnet) finns denna information och samlade styrande dokument tillgängligt för samtliga medarbetare. Intern kontroll och riskhantering kommuniceras löpande på olika ledningsmöten i organisationen.

Kontroller genomförs vid två tillfällen under året enligt den utvecklade arbetsmodell och plan som finns framtagen i Ambulanssjukvårdförvaltningen, vid delår- och årsbokslut. Det finns alltid en ansvarig för respektive internkontrollpunkt. Med stöd av IT-system görs kontroller och tillsammans med ekonomiavdelningen diskuteras resultatet i samband med lokala ledningsgrupper, förvaltningens strategiska ledningsgrupp samt i nämndstyrelse vid varje nämndmöte.

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

Intern kontroll inom regionen utgår från COSO-modellen, vilket innebär att arbeta systematiskt med att förutse risker och möjligheter och att proaktivt hantera och kommunicera dessa. De fem komponenterna i COSO-modellen är:

- styr- och kontrollmiljö
- riskbedömning
- åtgärder och kontrollaktiviteter
- information och kommunikation
- övervakning

Ambulanssjukvårdsförvaltningen bedriver ett systematiskt arbete med att identifiera, värdera och hantera risk, både för att fatta välgrundade och riskavvägda verksamhetsbeslut men även för att säkerställa måluppfyllelse och leverans enligt uppdrag.

Förvaltningschefen tar beslut om vilka identifierade risker som bedöms ha störst verksamhetsövergripande påverkan och som därmed rapporteras på och följs upp inom ramen för arbetet med plan för intern kontroll. Kontroller och åtgärder kopplade till dessa risker följs upp löpande av trafikförvaltningens ledningsgrupp. Övriga riskhanterande åtgärder sker löpande i verksamhetens alla delar.

Riskområden med störst risk inför 2026 är följande:

- ***Kompetensförsörjning/bemanning*** – är den betydande risken för AISAB när det gäller att uppnå tillgänglighetsmål och har stor påverkan både på arbetsmiljö och ekonomi.
- ***Ekonomiskt resultat i balans*** – I den ersättningsmodell som är framtagen av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen för 2026 finns stor risk att ersättning reduceras på grund av att modellen inte är testad i skarp drift. Ersättningen grundar sig dessutom på intäkter som gällde för 2025 och därmed på intäkter som inte är kopplade till ambulanssjukvården som egenutförare, utan på de ersättningar som gällde vid respektive verksamhetsövergång.
- **Verksamhetsövergångar** - De verksamhetsövergångar som skett påverkar bolaget på flera sätt och arbetet med att skapa en enhetlig ambulanssjukvård intensifieras under 2026. Hur organisationen byggs för att möta nya volymer och arbetssätt måste prioriteras i utvecklingsarbetet, liksom kostnadskontroll och att synergieffekter uppstår. Arbetsmiljön är en viktig aspekt som genomsyrar hela arbetet.

- **God och säker vård** - tillgänglighet och patientsäkerhet genom rätt rutiner är ett prioriterat område för förvaltningen under 2026.

För den regiongemensamma kontrollpunkten "Oegentligheter och välfärdsbrott" gjordes en riskbedömning under 2025 och inget alarmerande dök upp i de samtalen. Arbetet med att identifiera områden där oegentligheter kan förekomma fortsätter under 2026, och fler grupper kommer att involveras i riskbedömningen.

En totalöversyn av förvaltningens risker kommer ske inför Tertial 1.

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.

Ambulanssjukvårdsförvaltningen utvecklar och förbättrar arbetet med den interna kontrollen löpande. Kontroller och åtgärder är framtagna för att hantera de risker som förvaltningen har identifierat och prioriterat. Kontrollerna och åtgärderna syftar till att minska sannolikheten för att identifierade risker materialiseras eller minska deras negativa påverkan på verksamheten. Kontroller och åtgärder följas upp varje tertial i samband med verksamhetsuppföljningen. Inför varje uppföljningstillfälle görs en ny riskanalys. Denna inkluderar även en identifiering av eventuellt tillkommande eller minskade risker.

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.

På AISAB.net finns information och styrande dokument tillgängligt för medarbetare. Intern kontroll och riskhantering kommuniceras löpande på ledningsmöten i organisationen.

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 av Ambulanssjukvårdsförvaltningens mest väsentliga risker, kontroller och åtgärder sker tertialvis enligt regionledningens anvisningar. Varje kontrollpunkt har en ansvarig person som följer upp och rapporterar detta till ekonomiavdelningen, som i sin tur ansvarar för att rapportera i regionens gemensamma uppföljningssystem. Resultatet sammanställs, kommuniceras och rapporteras till regionledningskontoret och på Ambulanssjukvårdsnämndens ordinarie möten.

2.5.2 Efterlevnad av riktlinje för intern kontroll

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

Ambulanssjukvårdsförvaltningen följer de riktlinjer som finns i Region Stockholm avseende intern kontroll. Inga avsteg från riktlinjen spås under verksamhetsår 2026.

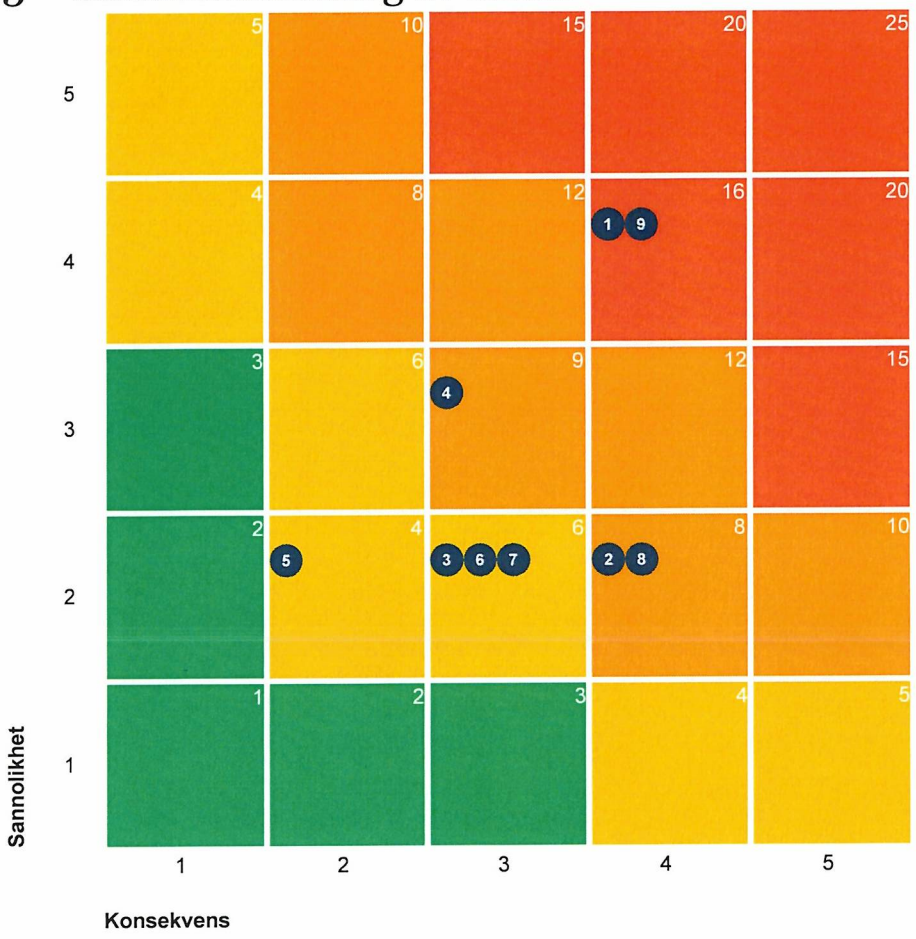
2.5.3 Hantering av brister och avvikelser

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.

Ambulanssjukvårdsförvaltningen har inte uppmärksammat några brister i den interna kontrollen under året.

Hänsyn tas till Regionrevisorernas bedömning av den interna kontrollen. Vid senaste bedömning som gjordes till delårsbokslutet 2025, var den samlade bedömningen att internkontrollen inom AISAB är tillräcklig. Arbetet pågår löpande för att hantera rekommendationerna nämnden erhållit av regionrevisorerna.

3 Sammanställning av risker



2 Mycket hög risk 3 Hög risk 4 Medelhög risk Totalt: 9

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	Begränsad - Marginell, uppfattas som mycket liten

	hjälptexterna, klicka på frågetecknet.

Mål	Lokalt mål	Risk				Riskägare
Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet		1		12838	Ekonomi i balans	**Riskägare** Åke Östman
		2		118272	Lokalförsörjning/etablering	**Riskägare** Åke Östman
Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare		3		12856	Arbetsmiljö	**Riskägare** Maria Axelsson
		4		136535	Rekrytering	**Riskägare** Åke Östman
Vården är säker, effektiv och har god kvalitet		5		118274	Organisation	**Riskägare** Åke Östman
		6		136537	Ledningssystemets tillgänglighet	**Riskägare** Åke Östman
		7		136538	Avvikelsehantering	**Riskägare** Åke Östman
		8		136539	Utbildningsskuld	**Riskägare** Åke Östman
Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare		9		12836	Bemanningsstyrning och Kostnadskontroll	**Riskägare** Åke Östman

Region Stockholm

Diarienummer

RS 2025-0980

AMN 2026-0006

Ambulanssjukvårdsnämnden

Bilaga 1: Sammanställning mål, risker, kontroller och åtgärder

Innehållsförteckning

1 Läsanvisning 3

2 Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet 4

3 Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare 5

4 Vården är säker, effektiv och har god kvalitet 6

5 Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare 8

1 Läsanvisning

Bilaga 1 ger en övergripande sammanställning av risker, åtgärder och kontroller samt hur dessa kopplar till målen för verksamheten. Nedan förklaras de olika nivåer som utgör bedömningen för riskernas nivå, kontrollernas status och åtgärdernas status och riskreducerande effekt.

Risknivå

- Mycket hög (röd) - Ej acceptabla risker. Åtgärder måste finnas för att sänka risknivån så långt det är möjligt. Avvikelser måste motiveras.
- Hög (orange) - Risker tolereras enbart då åtgärder eller kontroller inte är praktiskt genomförbara eller ekonomiskt försvarbara. Risker ska i dessa fall bevakas.
- Medelhög (gul) - Risker tolereras enbart om kostnader för åtgärder och kontroller överstiger nyttan. Risker ska i dessa fall bevakas.
- Låg (grön) - Risker accepteras generellt utan åtgärd men ska bevakas. Nödvändigt att visa att de bibehålls på denna nivå.
- Mycket låg (ljusgrön) - Risker accepteras utan åtgärd.

Åtgärder

Status beskriver hur väl arbetet med åtgärder följer åtgärdsplanen.

- Streck, ej påbörjad
- Grön, enligt plan
- Gul, merparten åtgärdat men vissa delar kvarstår
- Röd, åtgärd ej enligt plan

Effekt av åtgärd beskriver hur väl de åtgärder som genomförts har haft önskad riskreducerande effekt.

- Streck, ej bedömt
- Grön, bedöms ge önskad effekt
- Gul, att uppnå önskad effekt bedöms som osäkert
- Röd, bedöms inte få önskad effekt

Kontroller

Status beskriver om kontrollen är genomförd och om det finns avvikelser.

- Streck, kontrollen ej planerad att genomföras under perioden eller kommer att genomföras under kommande period/er.
- Grön, kontrollen är genomförd utan avvikelser
- Gul, kontrollen är genomförd med avvikelser
- Röd, kontrollen är inte genomförd

2 Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet

Risk	Kontroll	Kommentar	Åtgärd	Status	Effekt
Namn Ekonomi i balans	**Namn** Ekonomistyrning **Frekvens** Varje månad görs ekonomiuppföljning.				
			Namn Ekonomi i balans **Startdatum** 2021-01-01 **Slutdatum** 2026-12-31		–
Namn Lokalförsörjning/etablering	**Namn** Lokalförsörjningsplan **Frekvens** Tertial				
			Namn Styrgrupp för strategisk lokalförsörjningsplan **Startdatum** 2024-08-29 **Slutdatum** 2026-12-31		

3 Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare

Risk	Kontroll	Kommentar	Åtgärd	Status	Effekt
Namn Arbetsmiljö	**Namn** Arbetsmiljö **Frekvens** Uppföljning sker varje år				
			Namn Arbetsmiljö **Startdatum** 2018-09-01 **Slutdatum** 2026-12-30		
Namn Rekrytering	**Namn** Bemanningskontroll genom personalprognos **Frekvens** Månad				
			Namn Rekryteringsbehov **Startdatum** 2025-01-01 **Slutdatum** 2026-12-31		

4 Vården är säker, effektiv och har god kvalitet

Risk	Kontroll	Kommentar	Åtgärd	Status	Effekt
Namn Organisation	**Namn** Uppföljning av verksamhet **Frekvens** Årligen				
			Namn Organisationsutveckling **Startdatum** 2025-01-01 **Slutdatum** 2026-06-30		
Namn Ledningssystemets tillgänglighet	**Namn** Tillgång till ledningssystem **Frekvens** Tertial				
			Namn Förstudie regiongemensamt intranät **Startdatum** 2025-09-05 **Slutdatum** 2026-12-31		
Namn Avvikelsehantering	**Namn** Antal öppna avvikelser och återkopplingstid till medarbetare **Frekvens** Månad				
			Namn Avvikelsehantering **Startdatum** 2025-01-01 **Slutdatum** 2026-12-31		

Risk	Kontroll	Kommentar	Åtgärd	Status	Effekt
Namn Utbildningsskuld 	**Namn** Kontrollera utbildning på medarbetarnivå mot Heroma kompetens **Frekvens** Tertial				
			Namn Inventera medarbetares utbildningar vid medarbetarsamtal **Startdatum** 2025-01-01 **Slutdatum** 2026-12-31		

5 Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare

Risk	Kontroll	Kommentar	Åtgärd	Status	Effekt
Namn Bemanningsstyrning och Kostnadskontroll 	**Namn** Tillgängliga timmar **Frekvens** Dagligen				
			Namn Bemanning **Startdatum** 2025-08-04 **Slutdatum** 2026-12-31		

Region Stockholm

Diarienummer
RS 2025-0980

AMN 2026-0006

Ambulanssjukvårdsnämnden

Fördjupad sammanställning, mål, risker, kontroller och åtgärder, budget 2026

Innehållsförteckning

1 Läsanvisning ... 3

2 Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet ... 4

2.1 Ekonomi i balans ... 4

2.2 Lokalförsörjning/etablering ... 5

3 Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare ... 7

3.1 Arbetsmiljö ... 7

3.2 Rekrytering ... 8

4 Vården är säker, effektiv och har god kvalitet ... 9

4.1 Organisation ... 9

4.2 Ledningssystemets tillgänglighet ... 10

4.3 Avvikelsehantering ... 10

4.4 Utbildningsskuld ... 11

5 Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare ... 13

5.1 Bemanningsstyrning och Kostnadskontroll ... 13

1 Läsanvisning

Detta är en fördjupad sammanställning av risker, åtgärder och kontroller samt hur dessa kopplar till målen för verksamheten. Nedan förklaras de olika nivåer som utgör bedömningen för riskernas nivå, kontrollernas status och åtgärdernas status och riskreducerande effekt.

Risknivå

- Mycket hög (röd) - Ej acceptabla risker. Åtgärder måste finnas för att sänka risknivån så långt det är möjligt. Avvikelser måste motiveras.
- Hög (orange) - Risker tolereras enbart då åtgärder eller kontroller inte är praktiskt genomförbara eller ekonomiskt försvarbara. Risker ska i dessa fall bevakas.
- Medelhög (gul) - Risker tolereras enbart om kostnader för åtgärder och kontroller överstiger nyttan. Risker ska i dessa fall bevakas.
- Låg (grön) - Risker accepteras generellt utan åtgärd men ska bevakas. Nödvändigt att visa att de bibehålls på denna nivå.
- Mycket låg (ljusgrön) - Risker accepteras utan åtgärd.

Åtgärder

Status beskriver hur väl arbetet med åtgärder följer åtgärdsplanen.

- Streck, ej påbörjad
- Grön, enligt plan
- Gul, merparten åtgärdat men vissa delar kvarstår
- Röd, åtgärd ej enligt plan

Effekt av åtgärd beskriver hur väl de åtgärder som genomförts har haft önskad riskreducerande effekt.

- Streck, ej bedömt
- Grön, bedöms ge önskad effekt
- Gul, att uppnå önskad effekt bedöms som osäkert
- Röd, bedöms inte få önskad effekt

Kontroller

Status beskriver om kontrollen är genomförd och om det finns avvikelser.

- Streck, kontrollen ej planerad att genomföras under perioden eller kommer att genomföras under kommande period/er.
- Grön, kontrollen är genomförd utan avvikelser
- Gul, kontrollen är genomförd med avvikelser
- Röd, kontrollen är inte genomförd

2 Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet

2.1 Ekonomi i balans

12838

Riskvärde
16

Sannolikhet
4

Konsekvens
4

Riskbeskrivning
Den ersättningsnivå som ambulanssjukvårdsförvaltningen får från HSF är baserade på de avtal som fanns när den prehospitala vården var upphandlad. Ingen hänsyn har tagits till ensamutförare och den utveckling som kan behöva ske i och med det. Ersättningen har även delats upp i en rörligt och en fast del, och detta nya arbetssätt är inte inarbetad i organisationen varför risken är stor att modellen inte fungerar i praktiken.

Konsekvens
En ekonomi i balans krävs för att klara uppdraget. Klarar förvaltningen inte uppdraget kan det i sig öka kostnaderna och försämra kompetensförsörjningen.

Kontroll	Status
Namn Ekonomistyrning	–

Frekvens
Varje månad görs ekonomiuppföljning.

Beskrivning
Status varje månad.

Kommentar

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Ekonomi i balans	2021-01-01	2026-12-31		–

Åtgärdsbeskrivning
Inom ordinarie verksamhet sker uppföljningar för att kontinuerligt göra kostnadsbedömningar och prioriteringar.

Kommentar

Åtgärd

2.2 Lokalförsörjning/etablering

	Riskvärde	Riskbeskrivning
118272	8	Regionfullmäktige har beslutat om strategisk plan av lokaler för ambulansstationer inom regionen. Uppdraget att om vem som ska verkställa planen har inte fattats.
	Sannolikhet	
	2	**Konsekvens**
	Konsekvens	Resultatet kan komma att påverkas, då finansiering inte är klar.
	4	

Kontroll	Status
Namn Lokalförsörjningsplan	

Frekvens
Tertial

Beskrivning
Kontroll att arbetet sker enligt Regionens lokalförsörjningsplan

Kommentar

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status
Styrgrupp för strategisk lokalförsörjningsplan	2024-08-29	2026-12-31	

Åtgärdsbeskrivning
Fortsatt samarbete med styrgruppen för strategisk lokalförsörjningsplan enligt beslut och intern förberedelse för kommande uppdrag.

Kommentar

Åtgärd

3 Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare

3.1 Arbetsmiljö

12856

Riskvärde
6

Sannolikhet
2

Konsekvens
3

Riskbeskrivning
Att inte tydliggöra mål, formulera en handlingsplan samt skapa uppföljning. Att inte identifiera och skapa indikatorer med en systematisk uppföljning.

Konsekvens
Arbetsmiljöproblem kan leda till försämrad hälsa, ökade kostnader samt försämrad kompetensförsörjning.

Kontroll **Status**

Namn
Arbetsmiljö

Frekvens
Uppföljning sker varje år

Beskrivning
Kontroll av följsamhet mot Regionens uppsatta mål och handlingsplan för arbetsmiljö.

Kommentar

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status
Arbetsmiljö	2018-09-01	2026-12-30	

Åtgärdsbeskrivning
Att arbeta utifrån regionens handlingsplan för arbetsmiljö.

Kommentar

3.2 Rekrytering

	Riskvärde	Riskbeskrivning
136535	9	Det finns risk att det inte finns tillräckligt med medarbetare att rekrytera för att upprätthålla driften på ett kostnadseffektivt sätt.
	Sannolikhet	**Konsekvens**
	3	Tillgängligheten blir påverkad om det inte finns tillräckligt med personal att driftsätta ambulanserna med. Kostnaderna blir högre om bemanning måste lösas med övertid och förskjuten arbetstid.
	Konsekvens	
	3	

Kontroll	Status
Namn Bemanningskontroll genom personalprognos	

Frekvens
Månad

Beskrivning
Ha en god överblick över rekryteringsbehovet genom systematisk kontroll och uppdatering av personalprognos över tid.

Kommentar

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status
Rekryteringsbehov	2025-01-01	2026-12-31	

Åtgärdsbeskrivning
Vara proaktiv i rekrytering och hela tiden kontrollera behov mot personalprognosen.

Kommentar

4 Vården är säker, effektiv och har god kvalitet

4.1 Organisation

118274

Riskvärde	Riskbeskrivning
4	Under 2024 och 2025 har flera verksamheter gått över till AISAB och det finns en risk att samordning inom verksamheten inte är optimal.
Sannolikhet	**Konsekvens**
2	När inte alla processer och verksamheter är på plats kan organisationen bli ineffektiv och otydlig, vilket kan leda till högre personalomsättning och missnöje bland personalen.
Konsekvens	
2	

Kontroll	Status
Namn Uppföljning av verksamhet	

Frekvens
Årligen

Beskrivning
Följa organisationsplan

Kommentar

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status
Organisationsutveckling	2025-01-01	2026-06-30	

Åtgärdsbeskrivning
Fortsatt arbete med att utveckla organisationen. Behovsanalys för att optimera organisation genom samordning och stöd.

Kommentar

4.2 Ledningssystemets tillgänglighet

136537

Riskvärde	Riskbeskrivning
6	I ledningssystemet, verksamhetens intranät AISABnet, finns webbsidor med styrande, redovisande och stödjande dokument inom vård och behandling. Det är ett komplement till behandlingsriktlinjerna i applikationen Prehospitalt kunskapsstöd. Det finns en patientrisk om dessa inte är tillgängliga för medarbetaren när behovet uppstår i det patientnära arbetet.
Sannolikhet	
2	
Konsekvens	**Konsekvens**
3	Om inte medarbetarna har tillgång till AISABnet kan det komma att påverka patienten.

Kontroll	Status
Namn Tillgång till ledningssystem	

Frekvens
Tertial

Beskrivning
Regelbundet kontrollera att alla medarbetare har tillgång till ledningssystemet och att det är uppdaterat med senaste version av olika dokument.

Kommentar

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status
Förstudie regiongemensamt intranät	2025-09-05	2026-12-31	

Kommentar

4.3 Avvikelsehantering

136538

Riskvärde	Riskbeskrivning
6	Det finns en risk att det ökade antalet vårdskador och avvikelser som registreras när verksamheten ökar i storlek, inte hinner tas om

	Sannolikhet	hand inom en rimlig tid.
	2	**Konsekvens**
	Konsekvens	Bristande återkoppling av avvikelser till medarbetare medför en risk att medarbetaren inte skriver avvikelser alls och att
	3	säkerhetskulturen därför påverkas negativt.

Kontroll **Status**

Namn
Antal öppna avvikelser och återkopplingstid till medarbetare

Frekvens
Månad

Beskrivning
Regelbundet gå igenom hur många öppna avvikelser som är registrerade i systemet, samt hur lång tid det tagit att återkoppla till medarbetaren.

Kommentar

Åtgärd

Namn	**Startdatum**	**Slutdatum**	**Status**
Avvikelsehantering	2025-01-01	2026-12-31	

Åtgärdsbeskrivning
Se över rutiner och process kring avvikelsehantering.

Kommentar

4.4 Utbildningsskuld

	Riskvärde	**Riskbeskrivning**
136539	8	Vid de övergångar som har skett under 2024 och 2025 har det visat sig att det finns en viss utbildningsskuld från tidigare vårdgivare.
	Sannolikhet	Det kan därmed uppstå risk för patientsäkerheten men även utökade kostnader för utbildning kommer påverka resultatet.

	2	**Konsekvens**
	Konsekvens	Svårt att hålla en ekonomi i balans och patienten kan påverkas.
	4	

Kontroll **Status**

Namn
Kontrollera utbildning på medarbetarnivå mot Heroma kompetens

Frekvens
Tertial

Beskrivning
Kontrollera och registrera vilka utbildningar som respektive medarbetare har gått i Heroma kompetens.

Kommentar

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status
Inventera medarbetares utbildningar vid medarbetarsamtal	2025-01-01	2026-12-31	

Kommentar

5 Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare

5.1 Bemanningsstyrning och Kostnadskontroll

12836

Riskvärde	Riskbeskrivning
16	Akuta vakanser löses ofta med övertid eller dubbel timtid, vilket är kostsamt och försämrar arbetsmiljön.
Sannolikhet	**Konsekvens**
4	Lönekostnaderna uppgår till ca 78% av AISABs kostnader. Att ha en bra kontroll och styrning av antalet tillgängliga timmar är viktig för
Konsekvens	tillgängligheten och för att ha en bra kostnadskontroll.
4	

Kontroll	Status
Namn Tillgängliga timmar	

Frekvens
Dagligen

Beskrivning
Kontroll av tillgängliga timmar dagligen och veckovis. Uppföljning sker löpande.

Kommentar

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status
Bemanning	2025-08-04	2026-12-31	

Åtgärdsbeskrivning
Startat upp fördjupad uppföljning om sommarens planering samt utredning om hållbar organisation och arbetsmiljö.

Kommentar