Region Stockholm

Diarienummer
RS 2025-0980

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Bilaga 4: Fördjupad sammanställning, mål, risker och åtgärder, år 2025

Innehållsförteckning

1 Läsanvisning 3

2 Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet 4

2.1 Risk att nämnden har en ej hållbar kostnadsutveckling 4

2.2 Risk för fel i finansiell rapportering 5

3 Vården är säker, effektiv och har god kvalitet 7

3.1 Risk för störning i verksamhetskritiska IT-system och projekt på grund av oklara roller, samt brister i leverans från externa leverantörer 7

3.2 Risk för informationssäkerhetsincidenter 8

3.3 Risk att patienter inte får vård inom den tid som regionens vårdgaranti stipulerar 10

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 Risk att nämnden har en ej hållbar kostnadsutveckling

9097

Riskvärde
9

Sannolikhet
3

Konsekvens
3

Riskbeskrivning
Med anledning av de senaste årens höga kostnadsutvecklingstakt finns risk att det verksamhetsspecifika målet ” ett resultat i balans” för 2025 inte kan uppnås.

Konsekvens
Ett ekonomiskt underskott kan medföra att planerad verksamhet inte kan genomföras, både vad gäller budgetuppdrag och grunduppdrag.

Kommentar

Region Stockholm har haft utmanande ekonomiska förutsättningar de senaste åren. Kostnadsutvecklingen har varit hög inom flera av nämndens vårdområden. Hälso- och sjukvårdsnämnden bedömes inte ha förutsättningar för att nå en ekonomi i balans i verksamhetsplanen för 2025 (-210 miljoner kronor).

Det ekonomiska resultatet per 2025 uppgår till 310 miljoner kronor, vilket är 310 miljoner kronor högre än budget. Det motsvarar en avvikelse på 0,4 procent (i förhållande till hälso- och sjukvårdsnämndens budget exkluderat kostnader som avser primärvårdsnämndens ansvarsområden och som vidarefaktureras dit samt exkluderat kostnader som vidarefaktureras till Kommunalförbundet sjukvård och omsorg i Norrtälje).

För att säkerställa en ekonomi i balans, inom budget 2026 och inom den aviserade anslagsökningen för åren 2027–2028, krävs dock fortsatt återhållsamhet.

Kontroll	Status
Ekonomisk uppföljning i samband med bokslut	

Frekvens
Bokslut enligt tidplan för 2025, med särskilt fokus på tertial-, delårs- samt oktoberbokslut.

Beskrivning
Den ekonomiska uppföljningen sker löpande enligt fastställd process och frekvens. Prognos rapporteras i samband med tertial-, delårs- och oktoberbokslut. I samband med de större boksluten ska även åtgärdsplanen för en ekonomi i balans följas upp samt uppdateras.

Kommentar
Den ekonomiska uppföljningen i samband med bokslut fångar avvikelser på alla organisatoriska nivåer i förvaltningen och nämndens ekonomiska prognos byggs på det sättet upp underifrån. Under 2025 har förvaltningen fortsatt arbetet med att förbättra prognoserna för läkemedelskostnader samt statsbidrag.

Uppföljning av förvaltningens kvalitet i beskrivning av ekonomiska konsekvenser	

Frekvens
Uppföljning sker 1 gång/år utifrån ett urval av tjänsteutlåtanden.

Beskrivning
Kvalitetsuppföljning av förvaltningens tjänsteutlåtande.

Kommentar
Förvaltningen har under 2024 uppdaterat rutinbeskrivningen för hur ekonomiska konsekvensbeskrivningar ska beskrivas i tjänsteutlåtanden vid förändringar i vårdutbud, avtal med mera. Stickprover för att följa upp följsamheten till rutinbeskrivningen genomfördes en första gång på nämndärenden för november 2024. Ytterligare stickprover har genomförts på nämndärenden under 2025.

Sammanfattningsvis konstaterar förvaltningen, utifrån genomförda stickprover, att rutinbeskrivningen för ekonomiska konsekvensbeskrivningar i allt väsentligt följs. Endast undantagsfall har identifierats och används till vidare förbättringsarbete.

Åtgärd	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Hantera åtgärdsplan för en ekonomi i balans	2025-01-01	2025-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
Till verksamhetsplan 2025 biläggs en plan för vilka åtgärder som behöver vidtas för att klara resultatkraven för budgetåret och kommande planår. Åtgärderna följs upp i samband med rapportering vid prognosmånad (tertialrapport, delårsrapport och månadsrapport oktober) och kompletteras om ytterligare åtgärder krävs.

Kommentar
Åtgärdsplanen för en ekonomi i balans har följts löpande under året, med fördjupning i samband med tertial-, delår- samt årsbokslut.

2.2 Risk för fel i finansiell rapportering

134468

Riskvärde
6

Riskbeskrivning
Risk att den finansiella rapporteringen inte är väsentligt korrekt.

Sannolikhet
2

Konsekvens
Felaktig finansiell rapportering gör att intressenter får felaktig information om verksamheten. Det kan också medföra att beslut fattas på felaktiga grunder.

Konsekvens
3

Kommentar

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har initierat och genomfört samtliga insatser utifrån årets riskanalys avseende fel i den finansiella rapporteringen. Arbetet behöver dock fortsätta som en del av det ordinarie arbetet, med tanke på nämndens stora transaktionsvolymer. I de månatliga boksluten hanteras stora intäkts- och kostnadsbelopp under en kort tidsperiod. Upptäcks fel informerar hälso- och sjukvårdsförvaltningen om detta i bokslutsrapporten samt loggar eventuella systemfel som kan orsaka rapporteringsstörning. Arbetet med att säkra försystemens leveranser i samband med bokslut pågår.

Kontroll	Status
Kontroll av tidplaner och kapacitet för försystem/it-system	

Frekvens
Två kontroller: en inför nytt kalenderår och sedan en uppföljning inför hösten.

Beskrivning
Finansiell rapportering behöver synkroniseras mot tidplaner avseende it-systemens underhållsåtgärder. Likaså behöver kapaciteten i systemen matchas mot redovisningens allt större krav på ökade transaktionsmängder.

Kommentar
Pågående dialog mellan ekonomi- och it-funktionerna för att identifiera gemensamma beroenden, påverkansfaktorer och säkra kvalitativ leverans av ekonomiska processer.

För närvarande genomförs avstämning av tidplaner för bokslut gentemot planerade underhållsåtgärder och utvecklingsarbete för it-system.

Utökad kontroll av kostnadsfördelning mellan nämnderna

Frekvens
3 gånger per år.

Beskrivning
Vid de större boksluten ska en utökad kontroll av kostnadsfördelning mellan nämnderna utföras innan stängning. Kontrollen avser även manuella uppbokningar

Kommentar
Avstämning har skett vid tertialbokslut, delårsbokslut och årsbokslut avseende primärvårdens kostnader och förvaltningskostnader.

Under året har hälso- och sjukvårdsförvaltningen granskat utbildningskostnader och den schablon som tidigare har använts för fördelning mellan nämnderna. I samband med delårsbokslutet och årsbokslut 2025 bokas faktiska kostnader på respektive nämnd.

Åtgärd

	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Standardiserade checklistor för bokslutsavstämning	2025-01-01	2025-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
Utveckla standardiserade kontroller på övergripande nivå utifrån vanligt förekommande fel. Kan t.ex. avse uppbokningar utifrån Vårdfaktura, periodiseringar eller momsredovisning.

Kommentar
Utvecklingen av standardiserade kontroller är påbörjad och arbetet pågår. Fokus ligger i nuläget på momshanteringen, där rutiner stegvis förstärks genom planerade stickprov och systematiska kontroller. Arbetet fortsätter löpande och ambitionen är att utvidga checklistorna till fler områden.

	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Fortsätta utveckla och förtydliga ansvarsfördelningen mellan hälso- och sjukvårdsförvaltningen och serviceförvaltningen	2025-01-01	2025-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
Utgå från beslutade SLA-dokument 2024 och revidera utifrån oklarheter under 2025.

Kommentar
Arbetet med att uppdatera och vidare förtydliga 2025 års överenskomna SLA-dokument har påbörjats. Ett identifierat behov mellan serviceförvaltningen och hälso- och sjukvårdsförvaltningen är att tydligare få med hur systemen (ekonomisystem och försystem i ersättningskedjan) hanteras i redovisnings- och reskontratjänsterna.

3 Vården är säker, effektiv och har god kvalitet

3.1 Risk för störning i verksamhetskritiska IT-system och projekt på grund av oklara roller, samt brister i leverans från externa leverantörer

68897

Riskvärde	Riskbeskrivning
8	Risk för störningar i verksamhetskritiska system och projekt
Sannolikhet	**Konsekvens**
2	Incidenter som kan påverka de system som förvaltningen tillhandahåller inom regionen. Risk för icke-leverans och problem med
Konsekvens	kompetensförsörjning. Förseningar i leveranser och ökade kostnader samt risk för nedläggning av projekt.
4	

Kommentar

Ny organisation inom avdelningen Digitalisering och IT etablerad 1 februari 2025 vilket har inneburit tydligare roller och ansvar. Fortsatt arbete med portföljstyrning 2.0 vilket förväntas ge ökad effektivitet genom förbättrade möjligheter till prioritering av utvecklingsinitiativ. Arbete inom kvalitetssäkringsrådet påbörjat, där syftet är att förbättra möjligheter att säkerställa rätt information så att mer korrekta beslut kan tas inför att påbörja utvecklingsinitiativ. Etablerande av funktionen leverantörsstyrning innebär ökade möjligheter till uppföljning av kvalitet i leveranser och vid behov rätt eskalering av ärenden. Samverkansforum med serviceförvaltningen och andra leverantörer etableras på operativ, taktisk och strategisk nivå. Inom leverantörsstyrning är SLA-mätningar och processer viktiga medel för styrning av kvalitet och effektivitet.

Kontroll	Status
Regelbunden uppföljning av avtalen med it-leverantörerna	

Frekvens
Tertialvis

Beskrivning
Regelbundna avstämningar enligt avtalad samarbetsmodell med it-leverantörerna som samordnas av leverantörsansvarig med syfte att följa upp eventuella incidenter och nödvändiga åtgärder kopplade till dessa, samt uppföljning av leverans, avtal och upphandling.

Kommentar
Samverkansmodell etablerad för nya avtal. Äldre avtal ses över och kompletteras med samverkan på operativ, taktisk och strategisk nivå där det behövs. Detta sker gentemot serviceförvaltningen och externa leverantörer. Etablering sker av SLA-mätningar och uppföljning mot dessa. Sourcingstrategi tas fram för samtliga tjänster för att styra beslut i önskad riktning. Återkommande prioritering av utvecklingsinitiativ möjliggörs i och med Portföljstyrning 2.0.

Åtgärd	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Översyn av avtal med IT-leverantörer.	2025-01-01	2025-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
Tillse att framtida upphandlingar och avtalskonstruktioner med IT-leverantörer tar hänsyn till hälso- och sjukvårdsförvaltningens viktiga krav och behov.

Kommentar

Här är en tydlig sourcingstrategi viktig då det ökar möjligheten att ta rätt beslut om leverantör tidigt då nya behov uppkommer. För existerande avtal sker eskaleringar vid behov inom ramen för etablerad samverkansmodell. Avvikelser vid uppföljning mot SLAer triggar åtgärder för styrning mot kvalitet och effektivitet.

3.2 Risk för informationssäkerhetsincidenter

68734





Riskvärde	Riskbeskrivning
9	Risk att informationssäkerhetsincidenter inträffar på grund av brister i det systematiska informationssäkerhetsarbetet. Bristerna hittas inom t ex avsaknad av lokala styrande dokument och processer, uppföljning av leverantörer samt inom it-säkerhetsområdet.
Sannolikhet	**Konsekvens**
3	Risken kan leda till störningar i verksamheten, eller skada på person, ekonomi och materiella tillgångar. Det kan även leda till en förtroendeskada för organisationen och dess verksamhet.
Konsekvens	
3	

Kommentar

Under perioden har ett systematiskt arbete med it-säkerhetsrisker genomförts. Sårbarhetsskanningar har utförts på system öppna mot internet samt på servrarna. Kritiska sårbarheter som upptäckts har delvis åtgärdats av serviceförvaltningen och delvis kommunicerats till ansvariga förvaltare av systemen som ska ha åtgärdat dem. Inga nya styrande dokument har tagits fram. Revidering av befintliga dokument är påbörjat. En uppföljning av privata vårdgivare har genomförts. Det har skickats ut enkäter till tolv utvalda privata vårdgivare. Nio vårdgivare har svarat och resultaten från enkätsvaren kommer att analyseras och åtgärder kommer att föreslås samt följas upp. Uppföljningen av de privata vårdgivarna kommer att ingå i det systematiska informationssäkerhetsarbetet på hälso- och sjukvårdsförvaltningen och kommer att genomföras årsvis.

Kontroll	Status
Antal uppföljningar av vårdgivare som genomförts	

Frekvens
Tertialvis

Beskrivning
Antal uppföljningar av vårdgivare som genomförts

Kommentar
En uppföljning av privata vårdgivare har genomförts. Det har skickats ut tolv enkäter till tolv utvalda privata vårdgivare. Nio vårdgivare har svarat och resultaten från enkätsvaren kommer att analyseras och åtgärder kommer att föreslås samt följas upp. Uppföljningen av de privata vårdgivarna kommer att ingå i det systematiska informationssäkerhetsarbetet på hälso- och sjukvårdsförvaltningen och kommer att genomföras årsvis.

Kontrollera hur många styrdokument som tagits fram	

Frekvens
Tertialvis

Beskrivning
Kontrollera hur många styrandedokument som tagits fram

Kommentar
Inga nya styrande dokument har tagits fram. Revidering av befintliga dokument är påbörjat.

Antal genomförda IT-säkerhetsåtgärder.

Frekvens
Tertialvis

Beskrivning
Antal genomförda IT-säkerhetsåtgärder.

Kommentar
Under perioden har ett systematiskt arbete med it-säkerhetsrisker genomförts. Sårbarhetsskanningar har utförts på system öppna mot internet samt på servrarna. Kritiska sårbarheter som upptäckts har delvis åtgärdats av serviceförvaltningen och delvis kommunicerats till ansvariga förvaltare av systemen som ska ha åtgärdat dem.

Åtgärd

	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Ta fram styrdokument	2024-12-31	2025-12-30		

Åtgärdsbeskrivning
Ta fram 10 stycken olika styrande dokument för att komplettera ledningssystemet för informationssäkerhet. Bidrar till att minska risken för informationssäkerhetsincidenter.

Kommentar
De styrande dokument som enligt plan skulle tagits fram har behövt prioriteras ned och resurser istället lagts på framför allt olika rådgivningsinsatser. Rutin för hanteringsregler för hälso- och sjukvårdsförvaltningens information är dock påbörjad.

	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Avtalsuppföljning av vårdgivare	2025-01-01	2025-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
30 st uppföljningar av privata vårdgivare och deras arbete med informationssäkerhet.

Kommentar
En uppföljning av privata vårdgivare har genomförts. Det har skickats ut enkäter till tolv utvalda privata vårdgivare. Nio vårdgivare har svarat och resultaten från enkätsvaren kommer att analyseras och åtgärder kommer att föreslås samt följas upp. Uppföljningen av de privata vårdgivarna kommer att ingå i det systematiska informationssäkerhetsarbetet på hälso- och sjukvårdsförvaltningen och kommer att genomföras årsvis.

	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Genomföra IT-säkerhetsåtgärder	2025-01-01	2025-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
30 st kritiska sårbarheter ifrån genomförda sårbarhetsscanningar ska vara åtgärdade

Kommentar
Sårbarhetsskanningar har utförts på system öppna mot internet samt på servrarna. Kritiska sårbarheter som upptäckts har delvis åtgärdats av serviceförvaltningen och delvis kommunicerats till ansvariga förvaltare av systemen som ska ha åtgärdat dem.

3.3 Risk att patienter inte får vård inom den tid som regionens vårdgaranti stipulerar

68882

Riskvärde
12

Sannolikhet
4

Konsekvens
3

Riskbeskrivning

Pågående omställningar i flera delar av hälso- och sjukvårdssystemet samt det ekonomiska läget kan skapa svårigheter att upprätthålla tillgänglighet inom ramen för regionens vårdgaranti inom vissa vårdområden. När vård ska överföras mellan olika vårdgivare eller vårdnivåer uppstår alltid vissa risker.

Efter pandemin har tillgängligheten förbättrats, men nivåerna har ännu inte återgått till de som rådde före pandemin.

Flertalet faktorer påverkar tillgängligheten till vård så som bemanning, produktions- och kapacitetsplanering, ökade vårdbehov mm. Hälso- och sjukvårdsnämnden behöver därför ha ett samarbete i dessa frågor med Akutsjukhusnämnden och Karolinska Universitetssjukhuset.

Konsekvens

Konsekvenser om patienter inte får vård i tid kan innefatta exempelvis sämre livskvalitet, ökad risk att de som väntar länge får förvärrade tillstånd eller direkta/indirekta följdverkningar av utebliven behandling. Det finns också en ökad risk för ett mer omfattande vårdbehov eller att åkomman behöver hanteras akut. Även efterfrågan på annan vård för att lindra åkomma under väntan kan öka.

Tillgängligheten till vård kan begränsas om vårdgivare inom vårdval som beslutats att upphöra inom ramen för omställningsplanen, lämnar uppdraget innan nya vårdgivare är i full kapacitet. När åtgärder vidtas för att minska dessa risker skapas överlappande kapacitet, vilket i sin tur kan ge tillkommande omställningskostnader.

Kommentar

Tillgängligheten och väntetider till vården följs och analyseras kontinuerligt vid månadsuppföljning, bokslut och fördjupade analyser.
Utvecklingen av väntetider är generellt stabil men når fortsatt inte samma nivåer som innan pandemin. För första besök är andelen väntande inom vårdgarantitiden 30 dagar 1 procentenheter lägre 2025 jämfört med 2024, utfallet ligger under målsättning. För behandling har andelen väntande inom 90 dagar ökat med 2 procentenheter 2025 jämfört med 2024, vilket är i linje med målsättningen.
Flertalet faktorer påverkar tillgängligheten till vård så som bemanning, produktions- och kapacitetsplanering, ökade vårdbehov med mera.
Fördjupade analyser genomförts för området psykiatri. Förvaltningen har utvecklat ett specifikt uppföljningsunderlag för psykiatri som rapporteras till psykiatriutskottet.

Kontroll	Status
Kösituationen per vårdområde	

Frekvens
1 g/mån

Beskrivning
Ködata hämtas från CVR (centralt väntetidsregister)

Kommentar
Tillgängligheten och väntetider till vården analyseras varje månad och rapporteras till hälso- och sjukvårdsförvaltningens ledningsgrupp. För de områden där det ses en försämrad trend eller låga resultat tas det vidare till avtalsansvarig för vidare hantering i enlighet med beskrivna åtgärder.

Åtgärd

Åtgärd	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Strukturerad samordning mellan aktörer i hela vårdsystemet	2022-01-01	2025-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
Regelbundna mötesforum med olika vårdaktörer.

Kommentar

Under året har de regionägda akutsjukhusen och SLSO utvecklat sitt samarbete när det gäller omhändertagande av väntande patienter till mottagning och behandling på akutsjukhus. Inom ramen for produktionssamordningen träffas de regionägda vårdgivarna kontinuerligt för att säkra att kapaciteten används mest effektivt. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har löpande dialog med vårdgivarna gällande tillgänglighet och avstämning angående möjliga åtgärder. I de fall det beslutas att ändra vårdutbudet har förvaltningen dialog med berörda vårdgivare och hänsyn tas för att minska risken för ökad väntetid.

Åtgärd	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Regelbunden uppföljning och analys av tillgängligheten	2025-01-01	2025-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
-Statistikrapporter för löpande uppföljning av väntetider
-Uppföljande samtal med vårdgivare med långa väntetider
-Analys av väntetider i bokslut samt i analysrapport
Vårdkonsumtion och väntetider
-Fördjupade analyser av väntetider för specifika vårdområden vid
behov

Kommentar

Tillgängligheten och väntetider till vården analyseras varje månad och rapporteras till hälso- och sjukvårdsförvaltningens ledningsgrupp. För de områden där det ses en försämrad trend eller låga resultat tas det vidare till avtalsansvarig. I samband med uppföljningsmöten med vårdgivare uppmärksammas bristande tillgänglighet och åtgärder överenskoms. Uppföljning sker även utifrån nationell styrning genom förordning (2024:1252) om statsbidrag till regioner för stärkt tillgänglighet och ökad vårdkapacitet inom den specialiserade hälso- och sjukvården, överenskommelse mellan regeringen och SKR, ökad tillgänglighet till barn- och ungdomspsykiatrin 2025-2026 samt av regeringen beslutade engångsinsatser.
Systemövergripande analys av tillgänglighet sker i samband med boksluten (tre gånger per år) och i analysrapporten Vårdkonsumtion och väntetider (en gång per år). Inför rapporteringen sker förvaltningsgemensam analys och analysrapporten tas upp som informationsärende till hälso- och sjukvårdsnämnden och primärvårdsnämnden.
Fördjupade analyser har under året bland annat genomförts för området psykiatri. Förvaltningen har utvecklat ett specifikt uppföljningsunderlag för psykiatri som rapporteras till psykiatriutskottet.
Utvecklingsarbete fortgår med att få in data för väntande patienter i samma system som genomförda vårdkontakter. Vidareutveckling sker av statistikrapporter för tillgänglighet för att underlätta användande av dessa och med fokus på att höja kvalitet och täckningsgrad på väntetidsmätningar

Åtgärd	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Åtgärder för ökad tillgänglighet enligt HSN verksamhetsplan 2025	2025-01-01	2025-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
Åtgärder för ökad tillgänglighet beskrivs i HSN verksamhetsplan 2025.

Kommentar
Inför 2025 utökades beställningen till akutsjukhusen för att skapa förutsättningar att omhänderta det ökade vårdbehovet och tillgängligheten. Därutöver har beslut fattats i enlighet med det uppdrag som hälso- och sjukvårdsnämnden fick i budget 2025 som handlade om att korta köerna på akutsjukhus. Beslutet innebar att Karolinska universitetssjukhuset, som har flest väntande över vårdgarantin, får möjlighet till ersättning vid vårdproduktion över avtalad nivå inom sjukhusavtalet, vilket kommer stimulera till en förbättrad tillgänglighet. Åtgärder för ökad tillgänglighet genom avtal enligt LOV beskrivs under åtgärd *Analys av påverkan på tillgänglighet vid omställning.*

Analys av påverkan på tillgänglighet vid omställning	**Startdatum**	**Slutdatum**	**Status**	**Effekt av åtgärd**
	2025-01-01	2025-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
Analys av påverkan på tillgänglighet i underlag för beslut om omställning samt förslag på åtgärder med hänsyn till tillgänglighet och omställningskostnader.

Kommentar
I budget 2023 fick hälso- och sjukvårdsnämnden och primärvårdsnämnden i uppdrag att ta fram en omställningsplan för vårdval, detta som en del i viljeriktningen att göra vården mer behovsstyrd. I arbetet med omställningsplanen genomlystes samtliga vårdval utifrån ett antal utgångspunkter, bland annat icke-medicinskt motiverad vård, kostnadsutveckling, jämlikhet, tillgänglighet, geografisk spridning samt utbildning- och kompetensförsörjningsfrågor. Hälso- och sjukvårdsnämnden och primärvårdsnämnden fattade beslut om omställningsplanen i juni 2023. Prioriterat i arbetet har varit att säkerställa jämlik vård och identifiera och föreslå överkonsumtions- och kostnadsreducerande åtgärder samt öka förutsättningar för forskning, utveckling och utbildning samt långsiktig kompetensförsörjning i hela hälso- och sjukvårdssystemet.

Under 2025 har arbetet inneburit att färdigställa upphandling av specialiserad ögonsjukvård enligt LOU samt att upphandla specialiserad hudsjukvård enligt LOU. I upphandlingen av ögonsjukvården fattades tilldelningsbeslut i juni 2025. Tilldelningen är i december 2025 överprövad och förlängd avtalsspärr råder.

En strukturöversyn av den urologiska vården och prostatacancervården har genomförts och beslut fattades i hälso- och sjukvårdsnämnden i april 2025. Utifrån beslutet kommer en revidering av vårdvalet inledas under 2026. Den påbörjade revideringen av vårdval öron-, näs- och halssjukvård fortsätter 2026.

För att säkerställa vårdutbudet inom medicinsk gastroenterologi och hepatologi har en förnyad upphandling enligt LOU genomförts. Nya avtal är tecknade.

Förvaltningen har också under 2025 föreslagit avtalsutskottet ersättningshöjningar i vårdvalen Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) och Specialiserad gynekologi, Barnmorskemottagningar (BMM), Barn och ungdomsmedicinska mottagningar (BUMM) samt Specialiserad palliativ slutenvård (SPSV).

Revideringen av vårdval höft- och knäproteser är avslutad och nytt förfrågningsunderlag beslutades i avtalsutskottet i maj.

I syfte att upprätthålla vårdutbudet inom internmedicin och kirurgi utanför akutsjukhus fick hälso- och sjukvårdsdirektören i juni i uppdrag av hälso- och sjukvårdsnämnden att förlänga vårdavtalet med Ersta Diakonisällskap om öppen- och slutenvård inom internmedicin och kirurgi för perioden 1 januari 2026 till och med den 31 december 2029.

Arbetet med omställningen har skett stegvis för att kunna beakta viktiga perspektiv så som tillgänglighet i genomförandet. Förändringar har genomförts i nära dialog med vårdgivare, profession och patientföreträdare. Vid förändringar så som revideringar sker en analys av tillgänglighetens påverkan innan beslut fattas.