Region Stockholm

Diarienummer
RS 2025-1039

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Fördjupad sammanställning mål, risker och åtgärder

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 oegentligheter och välfärdsbrott 5

2.3 Risk för brister i hantering och redovisning av utbetalningar 7

3 Vården är säker, effektiv och har god kvalitet 10

3.1 Risk för störning i verksamhetskritiska it-system på grund av oklara roller 10

3.2 Risk för informationssäkerhetsincidenter 11

3.3 Risk att patienter inte får vård inom den tid som regionens vårdgaranti stipulerar 14

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
6
Sannolikhet
2
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.

Följande risker bedöms som höga för en ekonomi i balans:
- risk att akutsjukhusen producerar över samberedd nivå (100 %) samt
- risk för avvikelser i budgeterad nivå för statsbidragsintäkter och -kostnader.

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

Kommentar

Den löpande ekonomiska uppföljningen 2026 visar på ett resultat som varje månad överstiger budget och i samband med tertialrapporten prognostiserades resultatet överstiga det budgeterade nollresultatet vid årets slut. Kostnadsutvecklingstakten är dock förhållandevis hög och bedöms inte vara långsiktigt hållbar i relation till aviserad anslagsutveckling.

Kontroll	Status
Ekonomisk uppföljning i samband med bokslut	

Frekvens
Bokslut enligt tidplan för 2026, 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 eventuell åtgärdsplan 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

Kontroll	Status
det sättet upp underifrån. Inför år 2026 bedömdes nämndens budget vara i balans och resultatet för 2026 prognostiserades i tertialbokslutet bli högre än budgeterat nollresultat. Orsaker till detta analyseras löpande och redovisas i nämndens bokslutsrapporter.	

Åtgärd

Hantera åtgärdsplan för en ekonomi i balans	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
	2026-01-01	2026-12-31	○	–

Åtgärdsbeskrivning
Om nämnden redovisar en negativ prognos under 2026 behöver en åtgärdsplan arbetas fram. Åtgärderna ska därefter följas upp i samband med rapportering vid prognosmånad (tertialrapport, delårsrapport och månadsrapport oktober) och kompletteras om ytterligare åtgärder krävs.

Kommentar
Då nämndens budget bedömdes vara i balans inför år 2026 behövdes ingen åtgärdsplan tas fram. Prognostiserat resultat är fortsatt positivt och det har därför inte varit nödvändigt att ta fram någon åtgärdsplan för innevarande år, men i varje förslag till beslut beaktas klok hushållning av regionens resurser.

2.2 Risk för oegentligheter och välfärdsbrott

168367

Riskvärde
9
Sannolikhet
3
Konsekvens
3

Riskbeskrivning
Risk för oönskat beteende och/eller brottslighet i form av exempelvis korruption, bedrägerier, avtalsbrott och förtroendeskadliga ageranden.
Konsekvens
Om tillräckliga kontroller och åtgärder inte vidtas kan oegentligheter och välfärdsbrott förekomma. Detta kan leda till såväl ekonomisk skada som förtroendeskada för verksamheten.

Kommentar

Hälso- och sjukvårdsnämnden har en särskild funktion mot oegentligheter och välfärdsbrott i syfte att förebygga, upptäcka och förhindra sådana risker.

Kontroll	Status
Systematiskt arbete för att förebygga, upptäcka och förhindra välfärdsbrott	●

Frekvens
Tertialvis

Kontroll	Status

Beskrivning
Uppföljning av granskningar som genomförts i syfte att upptäcka oönskat beteende och/eller brottslighet.

Kommentar

Hälso- och sjukvårdsnämnden har sammanställt återkrav, förtida uppsägningar samt avslag på ansökningar inom vårdvalen för att över tid följa arbetet.

Åtgärd

	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Stärk förutsättningarna för att vidta åtgärder mot aktörer som begår välfärdsbrott och andra oegentligheter	2026-01-01	2026-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
Regionen bör i samverkan med andra regioner fortsätt utveckla samverkan i syfte att öka rättsväsendets förmåga att förstå och agera mot välfärdsbrottslighet samt fortsatt bidra till ökad kunskap.

Kommentar

Hälso- och sjukvårdsnämnden har dels arbetat med att utveckla avtalsskrivningar, dels arbetat med kunskapshöjande aktiviteter för medarbetare och dels stärkt samverkan med framför allt rättsvårdande myndigheter för att vidta åtgärder mot aktörer som begår välfärdsbrott.

	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Stärk regionens förutsättningar och förmåga att upptäcka oegentligheter	2026-01-01	2026-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
Regionen behöver fortsatt stärka samverkan och samordning med andra aktörer samt fortsätta att utveckla metoder och arbetssätt i den löpande avtalsuppföljningen.

Kommentar

Under perioden har hälso- och sjukvårdsnämnden fortsatt att stärka samverkan med framför allt Polismyndigheten. Samverkan syftar till att både upptäcka och agera mer samlat mot oegentligheter.

	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Stärk regionens grindvaktsfunktion	2026-01-01	2026-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
Regionen behöver fortsatt utveckla regionens ägar- och ledningsprövning inom ramen för LOU och LOV

Kommentar

Hälso- och sjukvårdsnämnden har fortsatt utveckla regionens förmåga att genom avtal stärka grindvaktsfunktionen.

2.3 Risk för brister i hantering och redovisning av utbetalningar

170185



Riskvärde
6
Sannolikhet
2
Konsekvens
3

Riskbeskrivning
På hälso- och sjukvårdsförvaltningen hanteras utbetalningar för utförd vård enligt avtal, överenskommelse och vårduppdrag genom ett antal olika försystem. Försystemen genererar underlag eller filer som sedan läses in i ekonomisystemet. I e-tjänsten Vårdfaktura skapas utbetalningsunderlag på cirka 2 miljarder kronor varje månad. Underlag för utbetalning skapas baserat på regionens olika ersättningsprinciper och utifrån de vårdkontakter som vårdgivarna själva rapporterat till samt registrerat i regionens system. Skulle felaktig information ha rapporterats och registrerats sker kontroller och rättning i efterhand.

Konsekvens
Fel i registrerad vård kan leda till att stora belopp utbetalas fel. Kontroller och rättning sker ofta i efterhand, men processen är administrativ kostsam och riskerar att nämnden ligger ute med pengar i onödan.

Kommentar

Åtgärder att minska risk för brister i hantering och redovisning av utbetalningar utgör en del av förvaltningens löpande arbete och av ordinarie processer för uppföljning. Under året har ett arbete inletts att dokumentera de rutiner som finns, i syfte att göra dessa tydligare och mer tillgängliga. Stickprovskontroller är tänkta att utföras, bl.a. för att säkerställa att rutiner följs.

Kontroll	Status
Stickprovskontroller	

Kontroll	Status

Frekvens
Minst två kontroller ska utföras under 2026.

Beskrivning
Genomföra övergripande stickprovskontroller för specifika försystem kopplat till ersättningskedjan. Utifrån resultatet ska vidare riskanalys genomföras och förslag till systematiserade kontroller tas fram.

Kommentar

Baserat på rapporteringen i delåret av åtgärden "Rutiner för kontroll av utbetalning i Vårdfaktura" kommer områden för stickprovsgranskning att tas fram. De interna kontroller som identifieras kommer stickprovsgranskas för att säkerställa att kontroller följs. Preliminär plan för urval av stickprov är på transaktioner från hela året 2026 i försystemet Vårdfaktura.

Åtgärd

Rutiner för kontroll av utbetalning i Vårdfaktura	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
	2026-01-01	2026-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
Ta fram rutiner för kontroll av nämndens utbetalningar och i anslutning till det förtydliga ansvar och roller. Åtgärden avser i första hand rutiner och ansvar för kontroll innan godkännande av utbetalning i tjänsten Vårdfaktura.

Kommentar

En förvaltningsövergripande rutin för kontroll av utbetalningar i Vårdfaktura är under bearbetning för att stärka den interna kontrollen och säkerställa korrekta utbetalningar. Genom införandet skapas en enhetlig och spårbar process för kontroll och godkännande av utbetalningar i Vårdfaktura.

3 Vården är säker, effektiv och har god kvalitet

3.1 Risk för störning i verksamhetskritiska it-system på grund av oklara roller

68897



Riskvärde
6
Sannolikhet
2
Konsekvens
3

Riskbeskrivning
Risk för störning i verksamhetskritiska it-system samt risk för försenade it-projekt uppstår på grund av oklara roller i relation till leverantörer.
Konsekvens
Risken orsakas av oklara roller i förhållande till it-leverantörer och konsekvensen blir störningar i it-system, försenade eller uteblivna leveranser till it-projekt, samt problem med kompetensförsörjning.

Kommentar

Portföljstyrning 2.0 i kraft från den 1 januari 2026 har inneburit ökad tydlighet inför beslut om utveckling. Ökade möjligheter till prioritering och effektivare styrning och uppföljning av initiativ. Arbete inom kvalitetssäkringsrådet igång med tydligare process för rekommendation till beslut kring initiativ. Samverkansmodell med de största leverantörerna implementerad, vilket har inneburit ökad möjlighet till styrning och att eventuella utmaningar fångas upp på ett tidigt stadium. Mängden eskaleringar från operativ till taktisk nivå har minskat. Genom Nämnd portföljstyrning, pågående etablering av ett systematiskt informations- och IT-säkerhetsarbete med tydligare roll och ansvarsfördelning samt införande av nytt systemstöd (IRIS) förebyggs risken för att incidenter ska inträffa, men minskar samtidigt konsekvensen av en inträffad incident genom tidig upptäckt och etablerade rutiner för hantering. Därav bedöms värdet för konsekvens kunna sänkas från 4 till 3 i samband med delårsrapporteringen.

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 implementerad för flera stora leveranser. Service Level Agreements (SLA) för requests (ändringsbegäran), incidenter och problem följs upp. Mängden eskaleringar har gått ned. Arbete med sourcingstrategi pågående och en första version beräknas vara framme i höst.

Åtgärd	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Översyn av avtal med it-leverantörer samt etablering av leverantörsstyrningsfunktion.	2026-01-01	2026-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
Översynen tillser att framtida upphandlingar och avtalskonstruktioner med it-leverantörer tar hänsyn till hälso- och sjukvårdsförvaltningens viktiga krav och behov. Genom att etablera en leverantörsstyrningsfunktion förbättras förutsättningarna för samarbete och avtalsuppföljning.

Kommentar

Arbete med sourcingstrategi pågår och en första version beräknas vara framme i höst. Regelbunden uppföljning mot Service Level Agreements (SLA:er) triggar åtgärd vid behov.

3.2 Risk för informationssäkerhetsincidenter

68734

Riskvärde
9
Sannolikhet
3
Konsekvens
3

Riskbeskrivning
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.
Konsekvens
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.

Kommentar

Regionledningskontoret ansvarar för regionövergripande policys och riktlinjer, och dessa finns på plats. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) behöver skapa lokala styrdokument som utgår från dessa policys och riktlinjer, som konkretiserar innehållet i riktlinjerna. För att underlätta för organisationen och få informationssäkerhet att genomsyra alla våra processer har HSF valt att införa ett ledningssystem för informationssäkerhet (LIS), baserat på ISO-standarden SS-ISO/IEC 27001:2017.

Kontroll	Status
Uppföljningar av vårdgivare som genomförts	

Frekvens
Tertialvis

Beskrivning
Antal uppföljningar av vårdgivare som genomförts

Kommentar
Det har inte skett några uppföljningar under delåret då utvärdering konstaterat att tidigare arbetssätt inte gav önskad effekt. Utvecklingsarbete pågår för att säkerställa en effektiv och ändamålsenlig uppföljning.

Antal genomförda it-säkerhetsåtgärder.	

Frekvens
Tertialvis

Beskrivning
Antal genomförda it-säkerhetsåtgärder.

Kommentar
Rutin för hantering av sårbarhetsscanningar håller på att tas fram.

Kontrollera hur många styrande dokument som tagits fram	

Frekvens
Tertialvis

Beskrivning
Kontrollera hur många styrande dokument som tagits fram

Kommentar
Handlingsplan för informationssäkerhet/IT-säkerhet och Dataskydd för år 2026-2027 är framtagen.

Åtgärd

Ta fram styrande dokument	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
	2026-01-01	2026-12-31		

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

Åtgärd

Kommentar

Handlingsplan för informationssäkerhet/IT-säkerhet och Dataskydd för år 2026-2027 är framtagen.

Avtalsuppföljning av vårdgivare	**Startdatum**	**Slutdatum**	**Status**	**Effekt av åtgärd**
	2026-01-01	2026-12-31		

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

Kommentar

Det har inte skett några uppföljningar under delåret. Ett arbete är påbörjat med att se över kraven i avtalsmallarna och utifrån det även se över uppföljningsprocessen. Förslaget är att detta ska ingå i vårdutbudsprocessen.

Genomföra it-säkerhetsåtgärder	**Startdatum**	**Slutdatum**	**Status**	**Effekt av åtgärd**
	2026-01-01	2026-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
30 st kritiska sårbarheter ifrån genomförda sårbarhetsscanningar ska vara åtgärdade

Kommentar

En rutin är under uppbyggnad som ska beskriva hanteringen av sårbarhetsskanningarna.

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 och regionen har på övergripande nivå en hög tillgänglighet i nationell jämförelse. Däremot ses fortsatt stora variationer mellan olika vårdområden. För första besök var andelen väntande inom 30 dagar 55 procent under januari–juli 2026, jämfört med 58 procent för motsvarande period 2025. Målet för 2026 att öka andelen har därmed inte uppnåtts för perioden. Minskningen har skett inom den somatiska vården (och det totala antalet väntande har ökat). För behandling var andelen väntande inom 90 dagar 79 procent under januari–juli 2026, jämfört med 78 procent under motsvarande period 2025. Målet för 2026 (80%) uppnås därmed inte för perioden totalt sett, dock nås målet inom den somatiska vården. Flertalet faktorer påverkar tillgängligheten till vård så som bemanning, produktions- och kapacitetsplanering, ökade vårdbehov med mera.

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	2026-01-01	2026-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
Regelbundna mötesforum med olika vårdaktörer.

Kommentar

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	2026-01-01	2026-12-31		

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.
Systemövergripande analys av tillgänglighet sker i samband med tertial-, delår- samt årsbokslut och i analysrapporten Vårdkonsumtion och väntetider (en gång per år). Utvecklingsarbete fortgår med att få in data för väntande patienter i samma system som genomförda vårdkontakter.

Åtgärd

Åtgärder för ökad tillgänglighet enligt HSN verksamhetsplan 2026	**Startdatum**	**Slutdatum**	**Status**	**Effekt av åtgärd**
	2026-01-01	2026-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
Åtgärder för ökad tillgänglighet beskrivs i HSN verksamhetsplan 2026.

Kommentar

Åtgärder för att öka tillgängligheten beskrivs i hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan 2026 under rubriken *Hälso- och sjukvården är behovsstyrd, jämlik och förebygger ohälsa*. Vid tertial-, delår- samt årsbokslut rapporterar nämnden på pågående och genomförda åtgärder för ökad tillgänglighet. Detta bidrar till ett kontinuerligt och strukturerat arbete med planering och återrapportering av åtgärder för ökad tillgänglighet.

Analys av påverkan på tillgänglighet vid omställning	**Startdatum**	**Slutdatum**	**Status**	**Effekt av åtgärd**
	2026-01-01	2026-12-31		

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

Kommentar

Kvarvarande arbete med omställningsplanen för vårdval, som beslutades i budget 2023, har fortsatt under 2026. Aktiviteter/åtgärder som har skett under perioden januari till augusti är att regionen för ögonsjukvården tecknat nya LOU-avtal med driftstart i oktober 2026. De nuvarande LOV-avtalen inom den specialiserade ögonsjukvården löper parallellt under hösten och som längst till januari 2027. Syftet är att minska risken för tillgänglighetsproblematik och att säkra patientöverföringen mellan gamla och nya vårdgivare.

I upphandlingen enligt LOU av specialiserad hudsjukvård fattades tilldelningsbeslut i april. Förvaltningsrätten avslog en inkommen överprövning. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har haft en dialog med de kommande LOU-vårdgivarna kring driftstart och ett patientsäkert övertagande av patienter från tidigare LOV-vårdgivare. Dialoger förs även med den regionägda vården inför övertagandet av vissa patientgrupper.

Därutöver har ersättningshöjningar beslutats om i följande vårdval: barnmorskemottagning, specialiserad urologi, specialiserad ortopedi och handkirurgi, specialiserad neurologi, specialiserad gynekologi, obstetrisk ultraljudsmottagning samt för specialiserad neurologisk rehabilitering efter vård på akutsjukhus. I delårsrapporten för HSN redovisas aktuella åtgärder under rubrikerna *Specialiserad somatisk vård utanför akutsjukhusen samt Vårdgaranti och tillgänglighet.*