Region Stockholm

Diarienummer
RS 2024-0728

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Bilaga 2 Indikatorer, År 2025

ÅR 2025

Innehållsförteckning

1 Inriktningsmål, verksamhetsspecifika mål och indikatorer 3
1.1 Hälso- och sjukvården är behovsstyrd, jämlik och förebygger ohälsa..... 3
1.1.1 Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov 3
1.1.2 Vården är säker, effektiv och har god kvalitet..... 6
1.2 Verksamheten är långsiktigt hållbar och kostnadseffektiv..... 10
1.2.1 Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet 10
1.2.2 Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035..... 10
1.2.3 Region Stockholm har en socialt hållbar utveckling..... 13
1.3 Kompetensförsörjningen är långsiktig..... 14
1.3.1 Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare..... 14
1.3.2 Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare 14

1 Inriktningsmål, verksamhetsspecifika mål och indikatorer

1.1 Hälso- och sjukvården är behovsstyrd, jämlik och förebygger ohälsa

1.1.1 Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov

Indikator	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Andel väntande till behandling inom 90 dagar hos specialist *(Regionfullmäktige)*	78 %	76 %			Öka från år 2 024

Kommentar

Vårdgarantin i den specialiserade vården gäller vid ett nytt hälsoproblem och syftar till att patienten ska få vård inom en viss tid. Indikatorn mäter uppfyllelsen av vårdgarantin för behandling (inklusive operationer och andra åtgärder) hos specialist, genom att följa upp andelen patienter som väntar inom vårdgarantins tidsgräns 90 dagar räknat från beslut om behandling. Mätningen har pågått sedan 2006, dock har mätmetod och vårdutbud förändrats över tid. Från och med 2021 tillämpar Sveriges kommuner och regioner (SKR) en nationell uppföljningsmodell som inkluderar alla vårdkontakter och alla yrkeskategorier. Från 2015 hade andelen en svagt negativ utveckling, men var aldrig under 70 procent innan pandemin, när den planerade (elektiva) vården var pausad under perioder. Andelen verkar nu ha börjat återhämta sig och närma sig nivån före pandemin. Från och med delårsbokslutet 2023 genomfördes en urvalsförändring som innebär att neuropsykiatriska utredningar exkluderas och behandling inom barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) inkluderas.

Regionens mål är att andelen som väntar inom 90 dagar ska vara så hög som möjligt och för 2025 att den ska öka jämfört med 2024. Detta uppfylldes för 2025 då andelen väntande patienter som har väntat högst 90 dagar på behandling var 78 procent, jämfört med 76 procent 2024. Förbättringen är ett resultat av en ökad andel inom den somatiska vården.

För den somatiska vården totalt blev utfallet 81 procent 2025 jämfört med 77 procent 2024. Sjukhusen nådde 79 procent år 2025, vilket innebär en ökning på sju procentenheter jämfört med 72 procent 2024. Sjukhusen står för drygt hälften av antalet behandlingar och operationer vilket har påverkat det totala utfallet. Utanför sjukhusen var andelen 83 procent 2025 jämfört med 85 procent 2024. Där har andelen minskat något, dock är andelen fortfarande högre än på sjukhusen.

Variationen i andelen som väntar inom vårdgarantins gräns är stor mellan vårdgivare och vårdområden, liksom mellan olika typer av behandlingar, operationer och åtgärder. Skillnader i patientvolymer och registreringsförfarande kan också påverka andelen. Vidare är en begränsning med denna analys att data inte är heltäckande då vissa väntetider inte rapporteras in.

Under 2025 var det genomsnittliga totala antalet väntande per månad drygt 21 000 mot ca 21 300 under 2024. De tre vårdområden som hade störst antal väntande över 90 dagar sett till månadsgenomsnitt under helår 2025 var vuxenpsykiatri, ortopedi och ögonsjukvård. För vuxenpsykiatri minskade detta antal med drygt 100 och för ortopedi med drygt 300 från 2024 till 2025, medan antalet ökade med ca 200 för ögonsjukvård.

De tre vårdområden som under år 2025 hade störst förbättring jämfört med år 2024 sett till minskat antal väntande över 90 dagar (månadsgenomsnitt under helår) är kirurgi, ortopedi, och plastikkirurgi.

Det finns många faktorer som kan ha negativ inverkan på tillgängligheten för behandling. Som exempel kan nämnas ett högt söktryck, ett ökat inflöde av patienter, personalbrist och svårigheter med operationsplanering. Vidare kan förändringar inom vårdens struktur och organisation åtminstone initialt inverka negativt på tillgängligheten, till följd av temporära omställningseffekter innan de har implementerats fullt ut. En generell faktor som kan ligga bakom svårigheterna att uppfylla vårdgarantin för behandling är prioriteringen av de patienter som har störst behov av vård enligt behovsprincipen, vilket är rätt enligt hälso- och sjukvårdslagen men kan medföra att andra får vänta längre än vårdgarantin.

Indikator	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Inför 2025 utökades akutsjukhusens beställning för att skapa förutsättningar att omhänderta det ökade vårdbehovet och säkerställa tillgängligheten. Därutöver har beslut fattats i enlighet med det uppdrag som hälso- och sjukvårdsnämnden fick i budget 2025 och som handlade om att korta köerna på akutsjukhus. Beslutet innebar att Karolinska universitetssjukhuset, som hade flesta väntande över vårdgarantin, fick möjlighet till ersättning vid vårdproduktion över avtalad nivå inom sjukhusavtalet, vilket förväntade stimulera till en förbättrad tillgänglighet. Karolinska universitetssjukhuset har under 2025 ökat andelen patienter inom vårdgarantin till både första besök och behandling jämfört med föregående år. Omställningsplanens fokus är bland annat att säkerställa vård på rätt vårdnivå och därigenom öka tillgängligheten. Upphandling av specialiserad ögonsjukvård är avslutad och revidering av vårdval öron-, näs- och halssjukvård pågår. Inom de upphandlade områdena specialiserad kirurgi i öppen vård och rekonstruktiv plastikkirurgi har optioner utlösts i syfte att säkerställa tillräcklig kapacitet. Avtalen med akutsjukhusen innehåller en ersättningsmodell där målrelaterad ersättning för tillgänglighet utgör en del. För Capio S:t Görans sjukhus utgår vite vid bristande tillgänglighet. Syftet är att skapa incitament för att uppnå regionens mål för vårdgarantin. BUP SLSO har infört möjlighet att ge insatser vid behov utan slutresultat av diagnostisk utredning. Andra åtgärder inom BUP SLSO är ökad samverkan mellan habilitering och BUP samt ett ramavtal för avrop av neuropsykiatriska utredningar under en övergångsperiod.					
Andel väntande till första besök inom 30 dagar hos specialist *(Regionfullmäktige)*	56 %	57 %	■		>=70 %

Kommentar

Vårdgarantin i den specialiserade vården gäller vid ett nytt hälsoproblem och syftar till att patienten ska få vård inom en viss tid. Indikatorn mäter uppfyllelsen av vårdgarantin för första besök hos specialist, genom att följa upp andelen patienter som väntar inom vårdgarantins tidsgräns 30 dagar räknat från remissdatum. Mätningen har pågått sedan 2006, dock har mätmetod och vårdutbud varierat över tid. Från och med 2021 tillämpar Sveriges kommuner och regioner (SKR) en nationell uppföljningsmodell som inkluderar alla vårdkontakter och alla yrkeskategorier. Andelen har varit relativt stabil sedan 2015 och fram till pandemin då den planerade (elektiva) vården var pausad i omgångar och andelen väntande inom vårdgarantin minskade. I samband med pandemin pausades den regionala vårdgarantin 30 dagar från 2021 och ersattes med den nationella vårdgarantin 90 dagar, men återinfördes den 1 september 2022. Från och med delårsbokslutet 2023 förändrades urvalet till att även inkludera barnsjukvård.

Regionens mål är att andelen som väntar inom 30 dagar ska vara så hög som möjligt och under 2025 var målet minst 70 procent. Detta har inte uppfyllts då andelen väntande patienter som väntat högst 30 dagar på första besök var 56 procent. Andelen är i nivå med de 57 procent som uppnåddes 2024.

Sjukhusen nådde målet med ett genomsnittligt utfall på 74 procent för 2025, en förbättring med tre procentenheter jämfört med 71 procent samma period 2024. Utanför sjukhusen nåddes dock inte målet, där blev utfallet 54 procent liksom det blev 2024. Eftersom antalet besök är cirka fem gånger fler utanför sjukhusen än på sjukhusen, drar detta ner andelen totalt sett under målet.

Gällande psykiatri har tillgängligheten förbättrats inom vuxenpsykiatri, exempelvis för ätstörningsvården, men försämrats inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) vilket har större påverkan på totalen då antalet väntande har ökat inom BUP samtidigt som det har minskat inom vuxenpsykiatrin under en period av omorganisation och minskad inrapportering. Andelen väntande inom 30 dagar till första besök på BUP har minskat från 39 procent till 28 procent mellan 2024 och 2025. Den försämrade tillgängligheten inom BUP förklaras av ett fortsatt högt och ökande inflöde av patienter med neuropsykiatriska frågeställningar, för vilka köerna ökar. Detta sker trots att fler besök har genomförts och trots att man har träffat fler barn och ungdomar under 2025 jämfört med föregående år.

Variationen i andelen som väntar inom vårdgarantins gräns är stor mellan vårdgivare och vårdområden. Skillnader i patientvolymer och registreringsförfarande kan också påverka andelen. Vidare är en begränsning med denna analys att data inte är heltäckande då vissa väntetider inte rapporteras in.

Under 2025 var det totala antalet väntande i genomsnitt drygt 74 700 per månad mot drygt 68 000 under 2024. Ökningen har framför allt skett inom den somatiska vården utanför sjukhusen. De tre vårdområden som hade störst antal väntande över 30 dagar sett till månadsgenomsnitt under helår 2025 var öron-, näs-och halssjukvård, ögonsjukvård samt hudsjukvård. Utifrån detta mått har det för öron-, näs- och halssjukvården skett en ökning

Indikator	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
med över 2 100 fler väntande per månad från 2024 till 2025. För ögonsjukvården är motsvarande antal drygt 100 färre per månad och för hudsjukvård i princip oförändrat. De tre vårdområden som under år 2025 hade störst förbättring jämfört med år 2024 sett till minskat antal väntande över 30 dagar (månadsgenomsnitt under helår) är hjärtsjukvård, allergisjukvård och barnsjukvård. Det finns många faktorer som kan ha negativ påverkan på tillgängligheten för första besök. Som exempel kan nämnas ett högt söktryck, ett ökat inflöde av patienter och personalbrist. Vidare kan förändringar inom vårdens struktur och organisation åtminstone initialt inverka negativt på tillgängligheten innan de har implementerats fullt ut, till följd av temporära omställningseffekter. En generell faktor som kan ligga bakom svårigheterna att uppfylla vårdgarantin är prioriteringen av de patienter som har störst behov av vård enligt behovsprincipen, vilket är rätt enligt hälso- och sjukvårdslagen men kan medföra att andra får vänta längre än vårdgarantin. Inför 2025 utökades akutsjukhusens beställning för att skapa förutsättningar att omhänderta det ökade vårdbehovet och säkerställa tillgängligheten. Därutöver har beslut fattats i enlighet med det uppdrag som hälso- och sjukvårdsnämnden fick i budget 2025 och som handlade om att korta köerna på akutsjukhus. Beslutet innebar att Karolinska universitetssjukhuset, som hade flesta väntande över vårdgarantin, fick möjlighet till ersättning vid vårdproduktion över avtalad nivå inom sjukhusavtalet, vilket förväntade stimulera till en förbättrad tillgänglighet. Karolinska universitetssjukhuset har under 2025 ökat andelen patienter inom vårdgarantin till både första besök och behandling jämfört med föregående år. Omställningsplanens fokus är bland annat att säkerställa vård på rätt vårdnivå och därigenom öka tillgängligheten. Upphandling av specialiserad ögonsjukvård är avslutad och revidering av vårdval öron-, näs- och halssjukvård pågår. Inom vissa vårdval har det tillkommit nya vårdgivare till exempel vårdval specialiserad neurologi. I andra fall har antalet mottagningar blivit färre, till exempel vårdval specialiserad ögonsjukvård och vårdval specialiserad hudsjukvård. Inom de upphandlade områdena specialiserad kirurgi i öppen vård och rekonstruktiv plastikkirurgi har optioner utlösts i syfte att säkerställa tillräcklig kapacitet. Avtalen med de regionägda akutsjukhusen innehåller en ersättningsmodell där målrelaterad ersättning för tillgänglighet utgör en del. För Capio S:t Görans sjukhus utgår vite vid bristande tillgänglighet. Syftet är att skapa incitament för att uppnå regionens mål för vårdgarantin. BUP SLSO har etablerat specialiserade mottagningar som utreder och behandlar patienter med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning och arbetar för att nå upp till full bemanning och produktion. En effektivisering av arbetssätt inom funktionen En väg in har påbörjats i syfte att förbättra tillgängligheten till första besök.					
Väntetid till första läkarbedömning vid besök på akutmottagning *(Regionfullmäktige)*	51	56			Minska från år 2 024
Kommentar Syftet med att följa indikatorn medianväntetid till första läkarbedömning på akutmottagningarna är att stödja arbetet med att minska tiden till läkarbedömning eller undersökning av en patient på akutmottagningen, eftersom tiden är viktig för det fortsatta omhändertagandet både när det gäller kvalitet, säkerhet och total handläggningstid. Indikatorn har rapporterats sedan 2022. Indikatorns utfall för helåret januari till december 2025 är 51 minuter, vilket är en förbättring jämfört med 2024 då utfallet var 56. Indikatorns målvärde är att minska jämfört med föregående år vilket uppnås för 2025. Under året har alla sjukhus förbättrade resultat jämfört med föregående år, förutom Karolinska Solna och Capio S:t Görans sjukhus som båda har en marginell försämring med 1 minut. Störst förbättring har S:t Eriks ögonsjukhus med 37 minuter, vilket främst beror på förändrade arbetssätt. Tidigare undersöktes och preordinerades patienter innan läkarkontakten skedde, medan nu sker läkarkontakten tidigare och onödiga moment undviks därigenom. Även övriga akutsjukhus jobbar med akutflödesprocesserna för att förbättra väntetiderna på akutmottagningarna, bland annat arbetar Danderyds sjukhus med att implementera ett nytt arbetssätt med tidig läkarbedömning även kvällar och helger. Flera akutsjukhus arbetar med att stärka samarbetet med primärvården genom att bland annat implementera ett telefonnummer in till akuten för konsultation som bidrar till att färre patienter skickas till akutmottagningen i onödan och på det sättet minska söktrycket. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har en kontinuerlig uppföljning av akutsjukhusens tillgänglighet på akutmottagningarna samt en dialog gällande resultaten. Indikatorn är även en del av akutsjukhusens målrelaterade ersättning för kvalitet som rapporteras årligen.					

Indikator	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Total vistelsetid på akutmottagning *(Regionfullmäktige)*	255	254			Minska från år 2 024

Kommentar

Syftet med indikatorn är att följa medianväntetid på akutmottagningarna för att stödja arbetet med att minska vistelsetiderna vid akutmottagningarna. Det är första året som regionfullmäktige följer indikatorn.

Indikatorns utfall för januari till december 2025 är 255 minuter, vilket är en marginell försämring jämfört med samma period föregående år januari till december 2024 då utfallet var 254 minuter. Målet i budget är att det ska ske en minskning av den totala vistelsetiden jämfört med föregående år och utifrån resultatet kan det konstateras att målet inte uppnås för helåret 2025.

Södersjukhuset, Södertälje sjukhus, Danderyds sjukhus, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge har under helåret 2025 förbättrade vistelsetider jämfört med helåret 2024. Södertälje sjukhus har förbättrat vistelsetiden med 14 minuter under helåret 2025 jämfört med samma period 2024. En framgångsfaktor för bättre tillgänglighet på Södertälje sjukhus har varit samarbete inom hela patientflödet på sjukhuset. Flera akutsjukhus arbetar med att stärka samarbetet med primärvården genom att bland annat implementera ett telefonnummer in till akuten för konsultation som bidrar till att färre patienter skickas till akutmottagningen i onödan och på det sättet minska söktrycket.

Capio S:t Görans sjukhus, Karolinska Universitetssjukhuset Solna, S:t Eriks Ögonsjukhus har under helåret 2025 försämrade vistelsetider jämfört med helåret 2024.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har en kontinuerlig uppföljning av akutsjukhusens tillgänglighet på akutmottagningarna samt en dialog gällande resultaten.

1.1.2 Vården är säker, effektiv och har god kvalitet

Indikator	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Antal utskrivningsklara dagar till kommunen per vårdtillfälle *(Regionfullmäktige)*	Kan ej mätas	0,5			<=1,3

Kommentar

Under hösten 2025 har en översyn initierats gällande överföringen av data från Lifecare SP till VAL-databasen för länsövergripande statistik. Utredningen har visat att den statistik som visas i rapporten i nuläget inte är tillförlitlig. Felets omfattning och vilka konsekvenser det får är inte fastställt och mot bakgrund av detta görs bedömningen att analys av aktuell indikator inte kan utföras för helåret 2025. Det är sannolikt att analys och rapportering under 2026 också kan komma att påverkas.

Indikator	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Suicidriskbedömning av nya patienter inom psykiatrisk öppenvård *(Regionfullmäktige)*	85 %	85 %			82 %

Kommentar

Psykisk sjukdom är den starkaste riskfaktorn för självmordsbeteende. Beprövad erfarenhet pekar på att strukturerad suicidriskbedömning är en viktig del i det suicidpreventiva arbetet. Åtgärden har hög prioritet i nationella riktlinjer. Andel nya patienter som genomgått strukturerad och allsidig bedömning av suicidrisk.

Indikatorn följer andel nya patienter (13 år och äldre) inom specialistpsykiatrisk öppenvård som gjort minst två besök inom tre månader och där en strukturerad suicidriskbedömning gjorts senast vid det andra besöket. Indikatorn speglar en indikator från Socialstyrelsens nationella riktlinjer för ångest och depression och en variant av den finns även med i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Indikatorn rekommenderas i de nationella riktlinjerna ur både ett professions- och ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.

Indikatorn mäts utifrån föregående tolv månader (rullande 12) och resultatet för januari till december 2025 är 85 procent (28 259 individer) och innebär att resultatet är detsamma som samma period föregående år. Målvärdet

Indikator	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
på 82 procent är därmed uppnått år 2025. Resultatet för indikatorn går att bryta ned på olika vårdområden. Inom barn- och ungdomspsykiatrin ligger resultatet för perioden på 93 procent, inom vuxenpsykiatrin på 85 procent, inom beroendevården på 84 procent och inom ätstörningsvården på 62 procent. De vuxenpsykiatriska verksamheterna med driftstart i slutet av året omfattas inte i resultatet. Ätstörningsvårdens organisation och arbetssätt innebär att andelen patienter för vilka en suicidriskbedömning behöver genomföras är lägre än i övriga verksamheter. Detta på grund av att vissa av patienterna som får vård i verksamheten har sin ordinarie vårdkontakt inom annan psykiatrisk verksamhet och suicidriskbedömningen genomförs därför istället där. Skillnader i resultat mellan vårdgivare kan ha olika orsaker. Exempelvis att vårdgivare inte kommit igång med att rapportera KVÅ-koden för strukturerad suicidriskbedömning eller att mindre omfattande suicidriskbedömningar görs som inte helt lever upp till kraven för att sätta denna KVÅ-kod. Indikatorn används i avtalsuppföljningen och vid avvikande resultat förs dialog med aktuella vårdgivare.					
Akuta återinskrivningar inom 7 dagar inom slutenvården (för personer 80+) *(Nämnd)*	7,2 %	(6,2 %) 7,2 %		minska från år 2 024	

Kommentar

Syftet med indikatorn är att följa akuta oplanerade återinskrivningar för patienter 80 år och äldre. Indikatorn är ett mått på hur väl samverkan mellan olika vård- och omsorgsaktörer fungerar och används nationellt.

Målvärdet för 2025 var att minska utfallet av oplanerade återinskrivningar jämfört med år 2024. Andelen akut återinskrivna patienter inom 7 dagar för personer 80 år och äldre uppgick under januari-november till 7,2 procent. Skälet till att resultatet beräknas på resultat för januari-november är att data från december inte finns tillgänglig förrän i februari och inte kan räknas med i årets resultat. Från 1 januari 2025 gjordes förändringar i tidsperioden i datauttagningen som påverkar siffrorna och gör att resultatet inte är jämförbart med tidigare års rapporterade resultat. Vid nytt uttag av resultat för år 2024, enligt nya förändrade sättet att ta ut data, blir resultatet 7,2 procent för januari-november år 2024 (6,2 procent enligt tidigare datauttagsmodell). Målvärdet för 2025 att minska utfallet av oplanerade återinskrivningar jämfört med 2024 har inte uppnåtts då värdet är oförändrat jämfört med 2024 års resultat.

Utfallet varierar över året och kan skilja sig åt mellan kommunerna och olika verksamheter. Flera olika faktorer kan påverka resultatet, som till exempel följsamhet till rutinerna för utskrivning från slutenvården samt hur samverkan fungerar mellan olika vård- och omsorgsaktörer. Individuella behov och förutsättningar hos patienten kan även variera och påverka resultatet. Fortsatt arbete med processerna pågår för att öka samverkan mellan olika aktörer vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

Region Stockholm införde 2021 uppdraget geografiskt samordningsansvar för vårdcentralerna. Samordning av samverkan innebär bland annat att organisera och sammankalla till nätverksmöten med vård- och omsorgsgivarna. Samordningen ska gälla patientgrupper och processer som rör flera vård- och omsorgsgivare där samverkan förbättrar för patienterna. En förbättrad samverkan lokalt förväntas leda till färre akuta återinskrivningar för de äldre patienterna.

I december 2023 togs beslut om en länsgemensam handlingsplan för god och nära vård och omsorg i Stockholms län tillsammans med länets kommuner genom kommunalförbundet Storsthlm. Pågående aktiviteter utifrån de strategiska inriktningarna i handlingsplanen förväntas på sikt ge förutsättningar för en förbättrad samverkan i länet. En förbättrad samverkan mellan olika aktörer i samband med utskrivning från sjukhus skulle kunna påverka indikatorn positivt och därmed minska återinskrivning.

På grund av att december månads återinskrivningar inte kan tas med i årsbokslutet då den datan inte finns tillgänglig förrän i februari finns en möjlighet att utfallet under december skulle kunna påverka resultatet åt något håll. Risken anses dock liten då datauttag vid olika tillfällen under året gett liknande resultat.

Indikator	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Antibiotikaförskrivning (antalet uthämtade antibiotikarecept per 1000 invånare) *(Nämnd)*	259 per 1000 inv	271 per 1000 inv		Minska från år 2 024	

Kommentar

I regionerna mäts sedan 15 år uthämtade antibiotikarecept i förhållande till det nationella patientsäkerhetsmålet om max 250 uthämtade recept per 1 000 invånare och år. En ansvarsfull antibiotikaanvändning minskar risken för resistensutveckling och biverkningar.

I Region Stockholm hämtades det under 2025 ut 259 antibiotikarecept per 1 000 invånare. Detta kan jämföras med 271 antibiotikarecept per 1 000 invånare under 2024 och motsvarar en minskning med 4,5 procent. Resultatet innebär också att det regionala målet om en minskning av antibiotikaförskrivningen uppnås för helåret 2025 och nivån på förskrivningen har ytterligare närmat sig det nationella patientsäkerhetsmålet.

För Sverige som helhet hämtades det under 2025 ut 256 antibiotikarecept per 1 000 invånare. Nio av landets regioner uppnår patientsäkerhetsmålet och den ökning av uthämtade antibiotikarecept som sågs direkt efter pandemin har stannat av.

Under 2025 sågs en minskning av uthämtade antibiotikarecept för alla åldersgrupper, men den var särskilt stor för åldersgruppen 5–14 år. Där sågs en minskning med 23 procent. Det var framför allt recept med luftvägsantibiotika som minskade.

Region Stockholm arbetar särskilt med information om ansvarsfull antibiotikaförskrivning till förskrivare inom primärvård, geriatrik och särskilda boenden för äldre (SÄBO). I Sverige finns evidensbaserade behandlingsrekommendationer för vanliga infektioner i primärvård och följsamheten till dessa mäts kontinuerligt via indikatorer i Primärvårdskvalitet. Det finns fortsatt en hel del att göra för att förbättra kvaliteten på antibiotikaförskrivningen, som att alltid använda smalspektrumantibiotika då det är möjligt. Det hjälper till att bromsa resistensutvecklingen.

	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Mål värde	RF Målvärde
Förekomsten av vårdrelaterade infektioner *(Regionfullmäktige)*	4,2 %	4,4 %			<=4 %

Kommentar

Patientsäkerhet är ett högt prioriterat område i Region Stockholm. Målet är att inga patienter ska skadas i vården. Den vanligaste vårdskadan är vårdrelaterad infektion. Därför följs förekomsten av vårdrelaterade infektioner inom den slutna vården. Infektionsverktyget är en nationell tjänst som används för att registrera och följa upp vårdrelaterade infektioner som behandlas med antibiotika. Incidensmätningen visar hur många sådana infektioner som har inträffat inom den slutna vården under en viss tidsperiod. Resultatet anges som andelen vårdtillfällen med vårdrelaterad infektion av det totala antalet vårdtillfällen under perioden.

Det övergripande regionala målet för den somatiska vården är att högst 4,0 procent av vårdtillfällena ska ha en vårdrelaterad infektion år 2025. Målet har inte nåtts. Under 2025 var andelen 4,2 procent. Det är dock en minskning jämfört med 2024, då andelen var 4,4 procent. Mätningen för 2025 omfattade drygt 300 000 vårdtillfällen inom akut somatisk vård, geriatrik och palliativ vård. Totalt hade 4,2 procent av vårdtillfällena en vårdrelaterad infektion. Andelen var 3,9 procent för kvinnor och 4,7 procent för män.

Mätningarna visar att det finns flera områden som kan förbättras. De vanligaste vårdrelaterade infektionerna är postoperativa infektioner, lunginflammation och urinvägsinfektioner. Arbetet bör därför fokusera på att förebygga dessa. För att minska förekomsten av vårdrelaterade infektioner behöver varje vårdgivare analysera sina egna resultat. Förekomsten skiljer sig mellan verksamheter, liksom vilka typer av infektioner som är vanligast. Det beror till exempel på vårduppdraget och hur känsliga patientgrupperna är för infektioner. Det är därför viktigt att lyfta goda arbetssätt och sprida dem mellan verksamheter. Analysen visar också att det är viktigt att alla verksamheter kontrollerar och kvalitetssäkrar sina resultat enligt valideringsinstruktioner samt använder korrekta indikationer för antibiotikabehandling.

Region Stockholm har både styrande dokument och stödjande kunskapsunderlag för att minska vårdrelaterade infektioner. Vårdhygien Stockholm är delaktiga i arbetet genom att ge rådgivning och undervisning till vårdens medarbetare.

Indikator	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Andel av länets invånare som har ett stort förtroende för vården *(Nämnd)*	67 %	69 %		Öka från år 2 024	

Kommentar

Hälso- och sjukvårdsbarometern är en nationell undersökning som riktar sig till alla individer 18 år och äldre, folkbokförda i respektive region. Undersökningen har genomförts sedan 2016 och syftet är att fånga attityder, förväntningar och erfarenheter hos befolkningen. Insamlingen av svar sker uppdelat på två undersökningsperioder, vilka är april och maj respektive oktober och november. Under 2025 deltog nästan 13 000 stockholmare i Hälso- och sjukvårdsbarometern. Åldersgruppen 18–30 år är något underrepresenterad i enkäten, vilket kan ha viss påverkan på resultatet.

I jämförelse med resultatet för 2024 har andelen invånare i Region Stockholm med högt förtroende för hälso- och sjukvården minskat med 2 procentenheter, från 69 till 67 procent. Riket visar en liknande trend, men med en något större minskning (4 procentenheter). Region Stockholm når därför inte målet för 2025 om ett förbättrat resultat jämfört med 2024.

Förtroendet har minskat något i alla åldersintervaller, förutom hos 18–29 åringarna och 70–79 åringarna. Det går inte att förklara minskningen utifrån data från Hälso- och sjukvårdsbarometern då resultatet för övriga frågor antingen ligger stabilt eller har ökat i jämförelse med 2024.

Förtroendet för hälso- och sjukvården är högre bland män än bland kvinnor (71 procent jämfört med 64 procent). Förtroendet bland män är stabilt mellan 2024 och 2025, medan kvinnors förtroende minskar med tre procentenheter. Detta innebär att skillnaden i förtroende mellan kvinnor och män ökar. Likt tidigare år har invånare över 70 år mycket större förtroende för hälso- och sjukvården än yngre åldersgrupper.

I gruppen invånare som upplever att de har ett bra eller mycket bra hälsotillstånd ligger andelen med stort förtroende för hälso- och sjukvården stabilt mellan 2024 och 2025, 72 procent. Men bland invånare som upplever sig ha dåligt/mycket dåligt hälsotillstånd har förtroendet minskat, från 51 procent 2024 till 46 procent 2025. Förtroendet i den aktuella gruppen är nästan tillbaka på 2023 års nivåer, vilket tyder på att förbättringen mellan 2023 och 2024 var tillfällig.

I budget 2026 återfinns flera satsningar som kan påverka förtroendet för vården, exempelvis prioriteras vårdcentralerna för att fler invånare ska få en fast läkare, vilket är ett centralt verktyg för kontinuitet och tillgänglighet i nära vård. Budgetens målbild innehåller att stärka primärvården som navet i den nära vården, med större fokus på vård på rätt nivå och en vårdkedja som inkluderar vård i hemmet och behovsstyrda insatser.

Slutligen antas att en väl utbyggd, sammanhållen och nära primärvård som främjar hälsa och prioriterar dem med störst behov ger förutsättningar för jämlik vård, bättre hälsa och ett ökat förtroende för hälso- och sjukvårdssystemet.

Indikator	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Mål värde	RF Målvärde
Andel ST-utbildande enheter som har genomgått extern kvalitetsgranskning *(Nämnd)*	88 %	86 %		Öka från år 2 024	

Kommentar

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialistutbildning framgår att vårdgivare som utbildar ST-läkare ska låta granska sin ST-utbildning vart femte år. Det är ett krav från myndighetens sida att vårdgivarnas ST-utbildning granskas utifrån fastställda kvalitetsmått.

För att underlätta och säkerställa att granskningarna genomförs, finansierar hälso- och sjukvårdsförvaltningen sedan 2019 granskningar av vårdgivarnas ST-utbildning i Region Stockholm genom så kallade SPUR (Specialistutbildningsrådet) -granskningar. Syftet med SPUR-granskningen av läkarnas ST-utbildning är att ST-läkarna i Region Stockholm ska erbjudas en likartad, bra och jämn utbildning oavsett på vilken klinik eller vårdcentral utbildningen bedrivs. SPUR är en granskningsverksamhet där den egna professionen granskar kvaliteten på vårdgivarnas ST-utbildning. Kvalitetsgranskningen genomförs av utbildade inspektörer. LIPUS (Läkarnas Institut för Professionell Utveckling i Sjukvården) som är ett dotterbolag till Sveriges läkarförbund och ägs av läkarprofessionen, är ansvarig för SPUR-granskningarna. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen presenterar

Indikator	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
årligen siffror och sammanställningar över SPUR-granskningarna. Målvärdet är att utfallet ska öka från helåret 2024 som var att 86 procent av de ST-utbildande enheterna hade genomgått extern kvalitetsgranskning under de senaste fem åren. Resultatet för indikatorn helåret 2025 är 88 procent. Detta innebär att målvärdet för 2025 uppnås. Antalet enheter i regionen som har genomfört ST-SPUR har under ett antal år ökat och indikatorns resultat har succesivt förbättrats. En viktig anledning till det är Region Stockholms satsning på central finansiering av ST-SPUR. Av det totala antalet ST-utbildande enheter utgör vårdcentraler en knapp majoritet. Det totala antalet ST-utbildande enheter är cirka 360, varav 198 utgörs av vårdcentraler. Det kan förekomma att enheter som bedriver ST-utbildning i mindre omfattning inte identifierats och därför inte finns med i uppföljningen. Ett fortlöpande arbete pågår att identifiera samtliga ST-utbildande enheter. De externa kvalitetsgranskningarna fortsätter under 2026.					

1.2 Verksamheten är långsiktigt hållbar och kostnadseffektiv

1.2.1 Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet

Indikator	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Administrativa kostnader ska minska *(Regionfullmäktige)*	743 mkr	855 mkr		793 mkr	Enligt budget 2 025
Kommentar Som administrativa kostnader redovisas främst personalkostnader, vilka för år 2025 är 21 miljoner kronor lägre än budget. Övriga administrativa utgörs främst av kostnader från serviceförvaltningen avseende lokalhyra, IT-tjänster och teknisk förvaltning samt administrativa tjänster inom exempelvis redovisning och HR. Dessa kostnader är för perioden januari till augusti 28 miljoner kronor lägre än budget. Totala administrativa kostnader är för år 2025 49 miljoner kronor lägre än budget och indikatorn bedöms därmed uppnå sitt målvärde.					

1.2.2 Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till 2035

Indikator	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Mål värde	RF Målvärde
Minskning av utsläpp av växthusgaser jämfört med 2019 *(Regionfullmäktige)*	2 %				-29 %
Kommentar Syftet med indikatorn är att mäta växthusgaser i jämförelse med basår 2019 för att minska i den takt som behövs för att nå målet om klimatneutralitet till 2035. Målet för 2025 är att en minskning ska ha skett med 29 procent jämfört med 2019. Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) rapporterar utsläpp för växthusgaser för drivmedel och medicinska gaser för de privata vårdgivarna samt utsläpp för förvaltningens tjänsteresor. Total skillnad för HSN mot 2019 års utsläpp blir en ökning med 2 procent och målet har därmed inte nåtts för 2025. HSN rapporterar utsläpp från drivmedel för vårdrelaterade persontransporter som utförs av privata vårdgivare (scope 3) inom Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) och Ambulanshelikopter. Jämfört med 2019 har utsläppen för drivmedel ökat med 5 procent. Det är inom ASIH som utsläppen framför allt har ökat. En mindre ökning har även skett inom Ambulanshelikoptern som står för över hälften av utsläppen. En översyn av transportkraven inom ASIH är uppstartad under 2025 och revidering av förfrågningsunderlag sker under 2026. För ambulanshelikoptern utreds vilka möjligheter det finns att blanda in förnybart flygbränsle (SAF, Sustainable Aviation Fuel) och till vilka kostnader.					

Indikator	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Mål värde	RF Målvärde
Region Stockholms konsumtionsbaserade klimatpåverkan *(Regionfullmäktige)*	0 %	-11 %			-19 %

Kommentar

Under målet Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035 finns indikatorn gällande Region Stockholms konsumtionsbaserade klimatpåverkan. Syftet med indikatorn är att minska den konsumtionsbaserade klimatpåverkan som sker i Region Stockholms verksamheter utöver det som omfattas av indikator "Klimatpåverkan från utsläpp av växthusgaser jämfört med 2019", i vilken bland annat drivmedel och medicinska gaser ingår. Indikatorn består av en kvalitativ del samt en kvantitativ del. Den kvalitativa delen av indikatorn redovisas till regionledningskontoret i en särskild mall. För den kvantitativa delen rapporteras nedan aktiviteter som syftar till att minska de konsumtionsbaserade utsläppen. Redovisade områden för 2025 är desamma som för 2024 och framtagna utifrån områden som förvaltningen har rådighet över. Målvärdet för indikatorn är en minskning med 19% totalt för alla aktiviteter. För 2025, liksom tidigare år har utsläpp inte kunnat mätas för aktiviteterna och en minskning i enlighet med målnivå kan inte redovisas.

Fortsatt användning av pulverinhalatorer vid astma/KOL i förstahand, andelen sprayinhalatorer ska inte öka

Kategori: Inköpta varor

Läkemedel är ett område utöver tjänsteupphandlingar där hälso- och sjukvårdsnämnden har rådighet. Dock är det inte nämnden som gör förskrivningarna. Inom medicinering av patienter med astma och KOL används inhalatorer. Pulverinhalatorer har en lägre klimatpåverkan än sprayinhalatorer då de senare innehåller drivgaser. Pulverinhalatorer rekommenderas som första val i Kloka listan medan sprayinhalatorer enbart bör förskrivas till patienter som inte klarar att hantera pulverinhalator. För vissa patienter är det svårt att få i sig läkemedlet när det gäller pulverinhalatorer, därför behöver sprayinhalatorer förskrivas. Andelen sprayinhalatorer har mätts under 2023, 2024 och 2025. Mätningen innebär att andelen uthämtade sprayinhalatorer följs och jämförs med den totala mängden uthämtade inhalatorer (bägge typer). Målet är att förskrivning inte ska öka avseende sprayinhalatorer.

För år 2023 och 2024 blev utfallet gällande andelen uthämtade sprayinhalatorer 20 procent av den totala mängden uthämtade inhalatorer. Utfall för 2025 är på samma nivå, det vill säga 20 procent. Resultatet är 20 procent samtliga år, vilket innebär att ingen ökning har skett gällande uthämtning av sprayinhalatorer. Uppföljning av denna indikator kommer fortsatt att ske för att insatser ska kunna göras om tendens till ökning ses.

Minskad kassation av läkemedel på grund av kort hållbarhet

Kategori: Inköpta tjänster

Läkemedel är ett område utöver tjänsteupphandlingar där hälso- och sjukvårdsnämnden har rådighet. I avtalet avseende läkemedelsförsörjningen till regionens sjukhus anges att de läkemedel som levereras till vårdgivarna ska ha en viss hållbarhet (minst 3 månader), så att kassation inte uppstår. Inom regionens kategoristyrningsarbete är kategori läkemedel ett prioriterat område. Arbetet ska leda till regionsövergripande strategier, dvs långsiktigt och övergripande tillvägagångssätt för att uppnå mål. En viktig del i kategoriarbetet är att bidra till hållbarhetsstrategins genomförande. Inom kategoristyrningsarbetet inkluderas rekvisitionsläkemedel. Inom arbetet gällande kategoristyrning av läkemedel finns strategiska utvecklingsområden där minskad kassation av läkemedel är ett område.

Under 2024 och 2025 har en kartläggning genomförts inom ramen för kategori läkemedel för att undersöka i vilken utsträckning läkemedel kasseras på grund av att det har för kort hållbarhet när det når vårdgivaren. Kassation av läkemedel kan ske av flera skäl där är utgången hållbarhet är det vanligaste men en kartläggning behöver göras för att utröna grundorsaken, det vill säga hur mycket av kassationen beror på att det beställts för mycket, man har råkat beställa fel, har oreda i läkemedelsförråd eller leverans av läkemedel med för kort hållbarhet. Kartläggningen visade att det i mycket liten utsträckning kasseras läkemedel på grund av att hållbarheten är för kort när läkemedlet når vårdgivaren. Kassation har andra orsaker som inte är kopplade till upphandling och avtal och vårdgivarna arbetar vidare inom ramen för sina uppdrag för att minska kassationen. Kartläggningen är avslutad och utsläpp kan inte mätas för aktiviteten.

Indikator	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Mål värde	RF Målvärde
Styrning genom indikator för att främja ett aktivt arbete för att minska miljö- och klimatpåverkan från material- och produktanvändning samt stärka cirkulära flöden gällande Sankt Görans akutsjukhus *Kategori:* Inköpta tjänster Förvaltningen har fortsatt arbeta med miljöindikatorer för upphandlat akutsjukhus Capio Sankt Görans. Akutsjukhuset har en målrelaterad ersättning på 0,5 procent av den totala ersättningen kopplat till miljöindikatorer. En av indikatorerna för 2024 och 2025 är inriktad på att styra mot en minskad miljö- och klimatpåverkan från material- och produktanvändning samt stärka cirkulära flöden. Då området är relativt nytt sker inte styrningen mot en specifik målnivå för någon specifik produkt utan är utformad som en mer generell styrning mot aktiviteter som bidrar till den övergripande indikatorn. Det kan exempelvis handla om pilotprojekt eller omställning för; minskad användning av engångsmaterial, övergång till användning av flergångsmaterial, upphandling/inköp/avrop av produkter baserade på återvunna eller biobaserade material, öka förutsättningarna för återanvändning och återvinning. Capio Sankt Göran har redovisat 2024 års arbete 1 mars 2025 och en dialog och en bedömning är genomförd under 2025. För 2025 fortsätter ersättningen med samma mål och kommer att följas upp under 2026. För 2024 redovisar Capio Sankt Göran under indikatorn *att styra mot en minskad miljö- och klimatpåverkan från material- och produktanvändning samt stärka cirkulära flöden* ett ingrepp som avlägsnar knölar i bröstet (Vakuum Assisterad Excision, VAE) för att undvika operation. 30 procent av ingreppen har kunnat göras utan operation och besparingen är bland annat 2000 operationstimmar, 200 slutenvårdsplatser samt läkemedel och material som krävs under operationen. En minskning av utsläpp kan inte mätas för aktiviteten. **Kartläggning och identifiering av vårdområden med stor miljöpåverkan** Kategori: Inköpta tjänster Under 2025 har förvaltningen arbetat med att kartlägga dagens avtalskrav samt uppföljning och ta fram en mer ändamålsenlig styrning av privata vårdgivare via avtal för att hitta styrmedel som mer direkt verkar för att styra mot budgetmålet “Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035”. Vårdområden har börjat att identifierats där miljöpåverkan är större och arbete pågår att se över möjliga åtgärder som kan genomföras utan att öka administrationen för vårdgivare och förvaltning. Arbetet kommer att fortsätta under 2026. Aktiviteten lägger en grund för fortsatt arbete och en minskning kan inte mätas.					
Andel genomförda upphandlingar med relevanta hållbarhetskrav *(Regionfullmäktige)*	86 %	100 %	🟥		100 %
Kommentar Indikatorn mäter andelen upphandlingars om omfattas av LOU/LOV/LUF inom Region Stockholm där relevanta hållbarhetskrav har ställts så att målet om klimatneutralitet och ekologisk hållbarhet uppfylls till 2035. Indikatorn mäter hur stor andel av genomförda upphandlingar över tröskelvärdena som innehåller relevanta hållbarhetskrav. Tröskelvärdet är den beloppsgräns som avgör vilka upphandlingsregler som ska efterlevas enligt lagstiftningen. Upphandlingar över tröskelvärdet inkluderas i denna indikator. För att indikatorn ska anses uppfylld ska det ha ställts relevanta drivande miljökrav i 100 procent av genomförda upphandlingar där det finns skäl utifrån hållbarhetsrisker och -möjligheter att ställa relevanta miljökrav som driver mot målet om klimatneutralitet och ekologisk hållbarhet till 2035. Krav i nivå med lagstiftning anses inte drivande. Indikatorn har preciserats för 2025 jämfört med indikatorn för 2024, som även omfattade social hållbarhet. Definitionen av relevanta hållbarhetskrav är att miljökraven är drivande och aktivt bidrar till målet om klimatneutralitet och ekologisk hållbarhet till 2035. Miljökraven ska ha utgått från en analys av hållbarhetsrisker och -möjligheter. Kraven ska vara relevanta för upphandlingsobjektet och hantera identifierade miljörisker och -möjligheter. Utfallet för indikatorn helåret 2025 är inte jämförbar med det som mättes år 2024. Dels omfattas inte social hållbarhet i indikatorn för 2025 och dels har definitionen av indikatorn omformulerats avseende att miljökraven ska vara drivande och aktivt bidra till målet. Detta innebär en skärpning jämfört med för år 2024, då kraven enbart skulle vara relevanta avseende identifierade miljörisker för att målnivån för indikatorn skulle anses uppnådd.					

Indikator	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Mål värde	RF Målvärde
Nämnden har under 2025 annonserat sju upphandlingar enligt Lagen om offentlig upphandling (LOU)och genomfört en revidering av vårdval enligt Lagen om valfrihetssystem (LOV), där det bedömts relevant att ställa hållbarhetskrav. En upphandling omfattas av upphandlingssekretess och kan därför inte redovisas. Antalet upphandlingar/revideringar som redovisas är därför sju. Revideringar av vårdval enligt LOV som enbart har avsett ersättningshöjningar eller hantering av en begränsad, specifik fråga (t.ex.förändring av målgrupp) har exkluderats. I sex av totalt sju upphandlingar/revideringar har, utöver nedan nämnda generella skrivningar, även drivande miljökrav ställts utifrån vad som bedömts relevant inom respektive avtalsområde. Målvärdet för indikatorn har därmed inte uppfyllts för 2025.I upphandlingen där drivande miljökrav saknasavseende miljörisker ställs däremot drivande miljökrav avseendekrav om funktionalitet för att undvika felaktiga/onödiga beställningar av läkemedel, vilket innebär möjlighet till minskad kassation av läkemedel. I sex av sju av dessa upphandlingar och revideringar har hälso- och sjukvårdsförvaltningens avtalsmallar för vårdtjänster använts. I avtalsmallarna finns, utöver krav på att leverantören ska efterleva tillämpliga lagar, förordningar och myndighetsföreskrifter, också krav på att leverantörerna ska efterleva de för avtalet relevanta, och vid var tid gällande riktlinjer, regelverk och anvisningar som finns på Vårdgivarguiden och på Region Stockholms webbplats.I fem av dessa upphandlingar/revideringar omfattas krav på hållbara leveranskedjor utifrån den av regionen beslutade Uppförandekod för leverantörer. Den sjunde upphandlingen har inkluderat krav på hållbara leveranskedjor. Vid bedömning om drivande miljökrav ska ställas tas hänsyn till verksamhetens karaktär. Detta omfattar bland annat om uppdraget avser slutenvård eller öppenvård, om det innefattar förskrivning av läkemedel, om uppdraget innebär transporter samt vilken påverkan verksamheten bedöms ha på miljön. Miljörisker som har identifierats i upphandlingarna/revideringarna är inköp av engångsmaterial, avfall, läkemedelshantering, kemikaliehantering, kemikalier i produkter, miljöpåverkan från leverantör(ej hanterat). I den genomförda revideringen av vårdval enligt LOV ingår patientmåltider i uppdraget, och i avtalet ingår drivande miljökrav om ekologisk mat vilket ger möjlighet att bidra till biologisk mångfald. Under 2025 har arbete påbörjats med att se över de generella och specifika avtalskraven gällande miljömässig hållbarhet, liksom en översyn av förvaltningens vägledning avseende vilka krav som ska ställas utifrån typ av verksamhet som upphandlas. Ambitionen är att avsluta och implementera detta i avtalsmallarna under 2026.					

1.2.3 Region Stockholm har en socialt hållbar utveckling

Indikator	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Mål värde	RF Målvärde
Nämnden/bolaget har utifrån sitt uppdrag arbetat systematiskt med social hållbarhet *(Regionfullmäktige)*	Ja	Ja	●		Ja
Kommentar Indikatorn syftar till att stärka den sociala hållbarheten. Nämnder och bolag ska utifrån ett verksamhetsperspektiv beskriva sitt systematiska arbete och genomförda åtgärder för att proaktivt minska risken för diskriminering utifrån diskrimineringsgrunderna (kön, könsöverskridande identitet, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning, ålder). Indikatorn är uppfylld när verksamheten kan gå i god för att ett systematiskt arbete är uppbyggt inom samtliga sju diskrimineringsgrunder. Social hållbarhet har funnits med som indikator under flera år och då omfattat genomförda aktiviteter i enlighet med Region Stockholms styrande dokument inom social hållbarhet. Nuvarande indikator infördes 2024. Nämnden har ett systematiskt arbete och genomfört åtgärder för att proaktivt minska risken för diskriminering utifrån diskrimineringsgrunderna. Målvärdet för indikatorn har därmed uppfyllts för år 2025. Nämnden arbetar systematiskt med diskrimineringsgrunderna i den vårdutbudsprocess som tillämpas vid beställning av hälso- och sjukvård och tandvård. Regionens stödmaterial för konsekvensanalys avseende folkhälsa och social hållbarhet samt mall för barnkonsekvensanalys för de ärenden barn eller unga direkt eller indirekt berörs, är integrerade i vårdutbudsprocessen. Vid genomförande av konsekvensanalyser ingår att					

Indikator	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Mål värde	RF Målvärde
bedöma om det utifrån diskrimineringsgrunderna finns grupper som har behov som behöver beaktas i ärendet. Integrerat i vårdutbudsprocessen är även samverkan med pensionärsorganisationer, organisationer som företräder personer med funktionsnedsättning samt samverkan med de fem nationella minoriteterna. Under året har nämnden vidtagit flera åtgärder för att minska risken för diskriminering. Nämnden har färdigställt och lanserat det digitala bemötandestödet till hälso- och sjukvården och tandvården för att systematiskt arbeta för att motverka diskriminering utifrån samtliga diskrimineringsgrunder. För att stärka den sociala hållbarheten och motverka diskriminering av personer med funktionsnedsättning har nämnden infört funktionsrättskonsekvens i alla relevanta beslut. Revideringar har gjorts av mall för tjänsteutlåtande och tillhörande anvisningar. Vidare har revideringar gjorts för att förstärka en systematisk samverkan med förvaltningens samverkansforum, däribland samverkansrådet. I genomförandet av barnkonsekvensanalys ingår att beakta barn och ungas rätt till likvärdiga villkor och att inte bli diskriminerade. Nämnden har påbörjat arbetet med att genomföra barnkonsekvensanalyser i ärenden som särskilt berör barn och unga, och flera barnkonsekvensanalyser har genomförts.					

1.3 Kompetensförsörjningen är långsiktig

1.3.1 Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare

1.3.2 Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare

Indikator	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Andel sjukfrånvaro *(Regionfullmäktige)*	3,4 %	2,9 %			<6 %
Kommentar HSN uppnår målet för andel sjukfrånvaro för 2024 på 6,0 % med god marginal. Den totala sjukfrånvaron har ökat dock jämfört med föregående år och ett arbete kopplat till sjukfrånvaro planeras för 2026.					
Indikaot	**Utfall**	**Utfall fg år**	**Mål-uppfyllelse**	**Mål värde**	**RF Målvärde**
Totalindex HME *(Regionfullmäktige)*	77,7	79			>=80
Kommentar Totalindex HME för 2025 är 77,7 (delindex motivation=78,2, delindex ledarskap=83,3, delindex styrning=71,7). HSN når inte upp till målet på HME 80. Det är framförallt delindex styrning som sjunkit jämfört med föregående år.					