

Förslag på ytterligare åtgärder för att korta vårdköerna

Delredovisning i uppdraget till Socialstyrelsen att
lämna förslag på ytterligare åtgärder för att korta
vårdköerna

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovspersonens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Artikelnummer: 2025-12-9983

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, december 2025

Innehåll

Sammanfattning	4
Bakgrund.....	6
Hälsa- och sjukvårdens arbete utgår från ett antal styrande principer	6
Uppdraget	8
Uppdragsbeskrivning	8
Angränsande uppdrag	8
Samverkan.....	9
Genomförande	11
Utgångspunkter för val av förslag.....	11
Arbetsätt och genomförande	12
Resultat	15
Socialstyrelsen föreslår tre åtgärder.....	15
Ytterligare bedömningsgrunder och avvägningar	22
Slutredovisning av uppdraget.....	24
Genomförda dialoger och kontakter	25
Referenser.....	26

Sammanfattning

Svensk hälso- och sjukvård håller hög kvalitet men det har länge funnits tillgänglighetsutmaningar. Det råder till exempel vårdplatsbrist och väntetiderna till planerad vård är långa. Tillgängligheten inom den specialiserade vården har under senare år varit föremål för flera statliga initiativ såsom statliga utredningar (*SOU 2025:62; S2024:05*), riktade stadsbidrag (*2024:1252; S2025/0041; S2025/01233*) och större myndighetsuppdrag (*S2024/01058; S2025/00971*).

Inom ramen för den pågående satsningen för att stärka tillgängligheten har utredningen *Behovsstyrd vård (S2024:05)* lämnat förslag på statliga engångsinsatser för att korta väntetiderna inom tre åtgärder: operation av höftledsprotos, framfall och grå starr. Socialstyrelsen betalar från och med 2025 ut statsbidrag kopplade till antalet genomförda operationer inom dessa områden.

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att analysera och föreslå ytterligare vårdområden eller åtgärder som kan ingå i den fortsatta satsningen för att korta vårdköerna. Myndigheten har genomfört urvalet utifrån de utgångspunkter som anges i uppdraget och kompletterat dessa med bedömningar av patientsäkerhet och risken för indikationsglidning.

I denna rapport föreslår Socialstyrelsen tre åtgärder som kan inkluderas i satsningen för att korta vårdköerna. Socialstyrelsen grundar ställningstagandet på en samlad analys av väntetidsstatistik, data från patientregistret, underlag från regioner och privata vårdgivare samt professionens bedömningar av medicinska förutsättningar och genomförbarhet.

De åtgärder som Socialstyrelsen föreslår kännetecknas av långa väntetider, att flera regioner ställer sig bakom att åtgärderna inkluderas i satsningen samt att privata vårdgivare uppger att de kan utöka kapaciteten. Åtgärderna är:

Knäprotesoperation

Personer som genomgår en knäprotesoperation har innan ingreppet ofta stora och långvariga besvär som begränsar dem i deras dagliga liv. Väntetiderna för knäprotesoperation är långa och skiljer sig mellan regionerna.

Sammanlagt 10 av 16 regioner lyfter knäprotesoperation som lämplig att ingå i den fortsatta satsningen för att korta köerna. Flera privata vårdgivare menar att de har möjlighet att öka antalet knäprotesoperationer med befintlig personal. Socialstyrelsens pilotprojekt från 2024/2025 visar att åtgärden kan passa för nationell vårdförmedling.

Operation av ljumskbråck

Ljumskbråck är vanligt, särskilt hos män, och förekommer hos både barn

och vuxna. Ljumsnbräck är ofta ofarligt men kan bli allvarligt om bräcket kläms in och inte kan tryckas tillbaka. Väntetiderna skiljer sig åt mellan regionerna, och ingen region lyckas omhänderta samtliga patienter inom vårdgarantin. I svar från regionerna har 5 av 16 angett operation av ljumsnbräck som lämplig att ingå i den fortsatta satsningen för att korta köerna. Flera privata vårdgivare lyfter att de kan öka antalet operationer av ljumsnbräck. Ljumsnbräckoperationer är en avgränsad, ofta okomplicerad, åtgärd som i regel genomförs inom dagkirurgi och ofta går relativt snabbt att utföra.

Koloskopiundersökning

Koloskopi är en undersökning för att upptäcka flera kroniska och allvarliga tillstånd som inflammatoriska tarmsjukdomar eller kolorektalcancer. Koloskopiundersökningar utgör en flaskhals inom cancerdiagnostiken och få regioner kan erbjuda patienter uppföljande undersökningar enligt de intervall som anges i nationella vårdförlopp. Långa väntetider leder till en reell risk för att cancerdiagnoser och behandling försenas. 4 av 16 regioner har lyft koloskopiundersökningar som lämpliga att ingå i den fortsatta satsningen för att korta köerna. Även privata vårdgivare lyfter att de har kapacitet att öka antalet koloskopiundersökningar. Socialstyrelsens pilotprojekt från 2024/2025 visar att åtgärden kan passa för nationell vårdförmedling.

I det fortsatta arbetet förbereder Socialstyrelsen att under 2026 fortsätta fördela statsbidragen för de tre åtgärder som ingår i den pågående satsningen. Myndigheten planerar även för att utveckla system och rutiner för en fortsatt uppföljning av de prestationsbaserade medlen inom ramen för den fortsatta satsningen. Denna del av uppdraget redovisas till Socialdepartementet senast den 31 mars 2026.

Bakgrund

Svensk hälso- och sjukvård håller hög kvalitet men det har länge funnits tillgänglighetsutmaningar. Det råder till exempel vårdplatsbrist (1) och väntetiderna är långa till planerad vård (2). Konsekvenserna berör både samhälle och vårdssystem samt kan leda till försämrade medicinska resultat och ökat lidande för patienten. Tillgängligheten inom den specialiserade vården har under senare år varit föremål för flera statliga initiativ såsom statliga utredningar (*SOU 2025:62; S2024:05*), riktade statsbidrag (*2024:1252; S2025/0041; S2025/01233*) och större myndighetsuppdrag (3, 4).

Det finns idag en pågående nationell satsning för att korta vårdköerna. Den första delen av satsningen togs fram inom den statliga utredningen om en ny och stärkt vårdgaranti inom den specialiserade vården *Behovsstyrd vård* (*S 2024:05*). Utredningen föreslog i januari 2025 statliga engångsinsatser för att korta väntetiderna till vården inom tre utvalda områden: höftledsprotes, framfall och grå starr (5).

Från och med 2025 fördelar Socialstyrelsen två statsbidrag kopplade till satsningen. Det ena bidraget ger regionerna möjlighet att rekquirera medel för att utveckla regionens vårdgarantifunktion samt erhålla ersättning per utförd operation (6). Det andra bidraget ger regionerna möjlighet att rekquirera medel baserat på de operationer som utgör en ökning av antalet genomförda operationer jämfört med det genomsnittliga av antalet genomförda operationer inom respektive diagnosområde under motsvarande period 2022 – 2024 (7).

I rapportens fortsatta delar används uttrycket *den pågående satsningen för att korta vårdköerna* som samlingsnamn för utredningen och de statliga engångsinsatser som genomförs utifrån den.

Hälso- och sjukvårdens arbete utgår från ett antal styrande principer

Hälso- och sjukvården utgår från ett antal grundprinciper som till exempel innefattar kunskapsstyrning, etiska principer, ekonomiska ramar och reglering. Dessa kan sägas utgöra styrande ramar för vården. Tillsammans formar de hur vården kan planeras och bedrivas, hur resurser ska användas, hur patienter prioriteras och hur kvalitet säkerställs i arbetet.

Kunskapsstyrning är en central del av hur vården organiseras och utförs, då den säkerställer att beslut och behandlingar baseras på aktuell forskning, evidens och beprövad erfarenhet. Nationella riktlinjer anger vilken behandling som rekommenderas i olika situationer, hur prioriteringar bör göras och vilken evidens som ligger till grund för besluten (8). Regionerna

utvecklar egna vårdprogram som anpassar nationella riktlinjer till den egna kontexten. Kliniska beslutsstöd och stöd inom försäkringsmedicin är andra exempel på kunskapsstyrning.

De tre etiska principerna som är reglerade i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ligger till grund för hur vården ska prioriteras mellan olika patientgrupper och behandlingar. Människovärdesprincipen¹ beskriver alla människors lika värde och lika rätt till vård, behovs- och solidaritetsprincipen² anger att de med störst behov ska prioriteras, och kostnadseffektivitetsprincipen³ att resurser ska användas på ett effektivt sätt i relation till nyttan i offentligt finansierad hälso- och sjukvård.

Vårdens resurser finansieras huvudsakligen av vårdens huvudmän (kommuner och regioner) men också statliga bidrag och riktade satsningar används för att stimulera utveckling inom olika prioriterade områden, till exempel kökortning.

Slutligen är lagstiftningen bindande för hälso- och sjukvårdens verksamheter att förhålla sig till. Ett exempel är vårdgarantin som reglerar inom vilka tidsgränser patienter ska få kontakt och medicinsk bedömning inom primärvården och vid behov besök eller åtgärd inom den specialiserade vården. Garantin ska säkerställa en rimlig väntetid och bidra till en mer jämlik tillgång till vård i hela landet. Den innebär även att regionerna ska erbjuda vård hos annan vårdgivare om den egna kapaciteten inte räcker till.⁴

¹ 3 kap. 1 § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen.

² 3 kap. 1 § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen.

³ 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen.

⁴ 9 kap. 1 och 2 §§ hälso- och sjukvårdslagen och 6 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

Uppdraget

Uppdragsbeskrivning

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att lämna förslag på ytterligare vårdområden eller åtgärder som ska ingå i regeringens satsning för att korta vårdköerna genom att öka produktionen inom utvalda områden under 2026. Uppdraget består av tre delar och omfattar:

- att förbereda för att under 2026 fortsätta att fördela medel för de vårdområden som omfattas av tidigare satsningar (höftledsprotés, framfall och grå starr),
- att analysera och lämna förslag på ytterligare två till tre vårdområden eller åtgärder inom den specialiserade hälso- och sjukvården som ska inkluderas i satsningen, och
- att förbereda system och rutiner för fortsatt uppföljning av prestationsbaserade medel inom ramen för den fortsatta satsningen

Socialstyrelsen ska 2025 lämna en delredovisning till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 12 december, och en slutredovisning senast den 31 mars 2026.

Angränsande uppdrag

Regeringen gav i maj 2024 Socialstyrelsen i uppdrag att stärka och följa upp hälso- och sjukvårdens tillgänglighet och kapacitet på regional och nationell nivå (S2024/01058) (3). Socialstyrelsen ska stödja regionerna i produktions- och kapacitetsstyrning, ta fram gemensamma definitioner och målnivåer för vårdplatser och beläggningsgrad samt följa utvecklingen av väntetider och tillgänglig kapacitet.

Genom förordningen (2024:1252) om statsbidrag till regioner för stärkt tillgänglighet och ökad vårdkapacitet inom den specialiserade sjukvården inför regeringen ett statsbidrag för stärkt tillgänglighet och ökad vårdkapacitet. Socialstyrelsen ansvarar för att fördela bidraget från 2025. Bidraget ska stödja regionernas arbete med att förbättra tillgängligheten, öka vårdkapaciteten och säkerställa en långsiktigt hållbar kompetensförsörjning.

Som ett led i regeringens inriktning mot att bättre använda samlad nationell vårdkapacitet påbörjades under 2024 utvecklingen av en nationell vårdförmedling. Nationell vårdförmedling innebär att patienter som riskerar att överskrida vårdgarantins tidsgränser ska erbjudas vård i en annan region eller hos annan vårdgivare när ledig kapacitet finns. Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten ansvarar för att utveckla och etablera funktionen (4).

Socialstyrelsen säkerställer samordning mellan detta uppdrag och myndighetens pågående arbeten inom tillgänglighet för att skapa en sammanhållen inriktning i myndighetens arbete med att stärka tillgängligheten.

Samverkan

Myndigheten har haft dialog med den statliga utredningen *Behovsstyrd vård (S2024:05) (9)*. Dialogen har säkerställt att Socialstyrelsens arbete ligger i linje med den pågående satsning för att korta vårdköerna och de bedömningar som utredningen redovisar.

Socialstyrelsen har även haft dialog med Hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverket tillsammans med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

Vidare har Socialstyrelsen tagit del av synpunkter från professionen genom kontakter med kliniskt verksamma och verksamhetsföreträdare. Dessa aktörer har beskrivit medicinska, organisatoriska och kapacitetsmässiga förutsättningar inom de områden som varit aktuella inom uppdraget.

Vidare har Socialstyrelsen samlat in skriftliga synpunkter och förslag på vilka vårdområden eller åtgärder som skulle kunna ingå i satsningen från regioner och privata vårdgivare. Slutligen har avstämning skett med medicinskt sakkunniga och företrädare från de nationella programområden (NPO) som berörs av de åtgärder som är föreslagna i denna rapport.

Möjliga risker som framkommit i den externa samverkan

I dialogerna med externa parter har Socialstyrelsen identifierat några utmaningar med de riktade satsningarna. Flera regioner uttrycker oro över att satsningarna inte kan ge tillräckligt stöd för att hantera de bakomliggande orsakerna till vårdköerna. Här nämns exempelvis tid för att bygga upp strukturer, kompetensförsörjning eller kapacitetsutbyggnad som långsiktigt krävs för att korta väntetiderna.

En annan farhåga är att riktade satsningar skulle kunna påverka den medicinska prioriteringen, vilket innebär en risk för avsteg från behovs- och solidaritetsprincipen. Konsekvenserna kan omfatta undanträngning av äldre patienter, patienter med flera samtidiga sjukdomar och patienter med en komplex vårdbild. Vidare lyfter regionerna risker kopplade till konkurrens mellan vårdplatser och operationsutrymme. De påtalar även risken att nyckelpersonal eller annan kapacitet omfördelas till åtgärder som omfattas av satsningen. Sammantaget kan detta leda till att vården förflyttas från behovsstyrning till efterfrågestyrning, vilket i sin tur kan skapa patientsäkerhetsmässiga utmaningar.

En mer långsiktig risk för systempåverkan som lyfts handlar om konsekvenserna av att flytta patientflöden från de verksamheter som bedriver utbildning av framtidens hälso- och sjukvårdspersonal. Flera av de tilltalade konstaterar att det är svårt att veta vid vilka patientvolymerna dessa risker blir reella problem, men man menar att detta är något som bör beaktas om ytterligare satsningar av liknande karaktär ska införas.

I de privata vårdgivarnas inspel till Socialstyrelsen beskrivs en annan utmaning. Trots avtal och befintlig kapacitet sker i många fall ingen aktiv vårdförmedling av patienter från regionerna och att de ser begränsade effekter av den pågående satsningen.

Möjligheter som framkommit i den externa samverkan

I Socialstyrelsens externa dialog framkommer även olika möjligheter att frigöra kapacitet och därmed bidra till kortare väntetider inom de områden som ingår i satsningen.

En central möjlighet rör vårdförmedling. Genom att införa eller förstärka strukturer för aktiv vidareförmedling av patienter kan regioner använda nationellt tillgänglig kapacitet mer effektivt. De privata vårdgivarna lyfter i dialogen med Socialstyrelsen att de har flera områden som idag har ledig kapacitet som inte kommer patienterna till del, trots gällande avtal.

I *Förslag på statliga engångsinsatser för att korta väntetider i vården* hoppades utredningen på att genomförande och uppföljning av satsningen för att korta väntetiderna skulle kunna ha ett lärande syfte. En satsning med tydligt avgränsad omfattning i tid och antal områden kan samtidigt minska risken för oönskade systemeffekter. Detta skapar möjlighet att pröva och utveckla arbetssätt, följa effekter och därefter omsätta erfarenheterna till bredare kapacitetsförstärkningar (5).

Vid kortsiktiga och riktade satsningar där delar av den önskade produktionsökningen är förväntad att ske inom upphandlad privat vård samt genom vårdförmedling, finns risk att den ökade produktionen kommer en friskare och mer lätttröglig patientpopulation till godo. Samtidigt som utredningen *Behovsstyrd vård (S 2024:05)* slog fast att en sådan effekt kan leda till att kapacitet frigörs på sjukhusen för att omhänderta patienter med större och mer komplexa vårdbehov (5).

Genomförande

Socialstyrelsen har i arbetet utgått från de utgångspunkter som regeringen angett i uppdraget samt tagit hänsyn till att hälso- och sjukvården har styrande principer som de alltid måste förhålla sig till (se avsnittet Bakgrund).

Utgångspunkterna har varit vägledande för myndighetens bedömningar och avgränsningar. Baserat på dessa kriterier har Socialstyrelsen följt en strukturerad urvalsprocess för att samla in, analysera och värdera underlag inför valet av förslag. Arbetet omfattar en kvantitativ analys av väntetider, en nationell insamling av synpunkter och förslag från regionerna och privata vårdgivare samt en fördjupad analys av de områden som uppfyller uppdragets krav.

Myndighetens slutsatser vilar därmed på spårbara data, aktörernas inspel och professionens medicinska bedömningar.

Utgångspunkter för val av förslag

Regeringen anger ett antal utgångspunkter som Socialstyrelsen ska beakta vid analysen av vilka vårdområden eller åtgärder som ska inkluderas i satsningen. Dessa utgångspunkter är följande:

- **Rådande väntetidsläge**
Socialstyrelsen har valt att utgå från de vårdområden eller åtgärder som uppvisar särskilt långa väntetider.
- **Möjlighet till kökortning genom ökad produktion**
Socialstyrelsen har valt att utgå från vårdområden eller åtgärder där det finns ledig kapacitet eller förutsättningar att snabbt öka produktionen utan omfattande omställningsbehov. Uppgifter om ledig kapacitet i vården saknas idag. I stället har regionernas och de privata vårdgivarnas förslag om vilka åtgärder som ska ingå i satsningen använts som en indikation om att ökad produktion skulle kunna vara möjlig.
- **Möjlighet till kökortning genom åtgärd i privat upphandlad vård**
Socialstyrelsen har valt att utgå från vårdområden eller åtgärder där även privata vårdgivare har möjlighet att åta sig ytterligare volymer av produktion.
- **Risken för undanträngningseffekter**
Socialstyrelsen har beaktat risken för undanträngningseffekter i den mån det är möjligt. I dagsläget saknas underlag för att kunna genomföra en fullständig bedömning.
- **Möjlighet att frigöra vårdplatser inom slutenvården då åtgärder kan genomföras i dagvård samt privata vårdgivare**
Socialstyrelsen har valt att utgå från de vårdområden eller åtgärder som

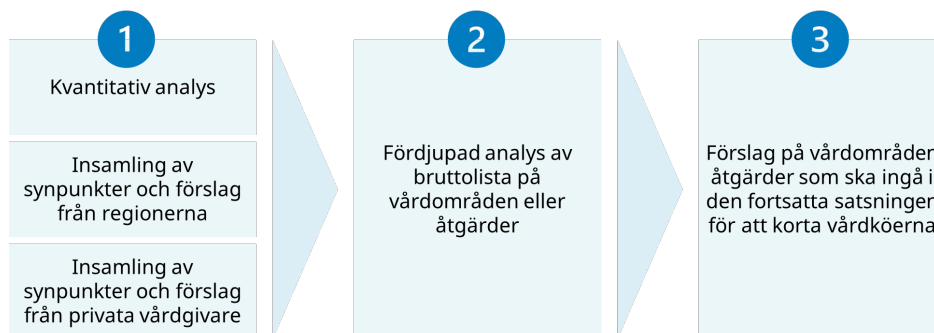
kan genomföras i dagkirurgi eller hos privata vårdgivare för att i möjligaste mån undvika att belasta den slutna vården.

- **Möjligheten till att bättre utnyttja befintlig vårdkapacitet på nationell nivå, exempelvis genom Nationell vårdförmedling**, där Socialstyrelsen valt att utgå från de vårdområden eller åtgärder som är lämpliga att förmedla mellan regioner och till annan vårdgivare.

Arbetssätt och genomförande

Socialstyrelsen har i uppdraget följt en strukturerad och stegvis process, se figur 1. Processen omfattar tre steg: identifiering av möjliga vårdområden eller åtgärder, fördjupad analys samt sammanvägning av underlag.

Figur 1: Arbetsprocess för framtagande av förslag på vårdområden eller åtgärder som ska ingå i satsningen för att korta vårdköerna



Steg 1: Identifiering av möjliga vårdområden eller åtgärder

I det första steget har Socialstyrelsen samlat in ett brett underlag för att identifiera vilka vårdområden eller åtgärder som kan ingå i satsningen.

Analysen baseras på data från väntetidsdatabasen samt skriftliga svar på en förfrågan till alla regioner samt Vårdföretagarna (se nedan beskrivet som a, b och c). Syftet med analysen i steg 1 har varit att identifiera möjliga vårdområden eller åtgärder som uppfyller uppdragets utgångspunkter och för att ta fram en bruttolista med kandidatområden för uppdraget.

a) Kvantitativ analys av väntetidsstatistik

Socialstyrelsen har analyserat väntetidsläget med data från Väntetidsdatabasen.⁵ Analysen har inkluderat måtten:

- antal och andel patienter som väntat över 90 dagar innan genomförd åtgärd/behandling,
- medelväntetid för patienter som fått åtgärd/behandling,

⁵ Data hämtat den 3 oktober 2025 via förfrågan till SKR.

- totalt antal väntade på operationer/åtgärder, samt
- totalt antal genomförda operationer/åtgärder per vårdutbud.

På grund av påverkan från flera regioners byten av vårdinformationssystem, har Socialstyrelsen valt att utgå från helårsdata för 2024.⁶

b) Insamling av synpunkter och förslag från regionerna

Socialstyrelsen har gjort en skriftlig förfrågan till samtliga regioner för att samla in synpunkter och förslag på vilka åtgärder som bör ingå i satsningen. Regionerna har även kunnat lämna förslag på åtgärder de anser olämpliga att inkludera. Totalt svarade 16 regioner på förfrågan.

c) Insamling av synpunkter och förslag från privata vårdgivare

Socialstyrelsen har gjort en skriftlig förfrågan till Vårdföretagarna för att inhämta underlag om ledig kapacitet och möjliga volymökningar hos privata vårdgivare. Organisationen har involverat berörda medlemsföretag för att lämna inspel.⁷

d) Bedömning av insamlade förslag mot uppdragets utgångspunkter

Socialstyrelsen gör en samlad bedömning av hur väl de insamlade förslagen under punkterna a) – c) överensstämmer med utgångspunkterna i regeringsuppdraget utifrån statistik, vårdförmedling och tillgänglighet, där berörda funktioner inom myndigheten bidrar med expertstöd i analysen.

Steg 2: Fördjupad analys av den samlade bruttolistan

Syftet i steg 2 har varit att identifiera de vårdområden eller åtgärder med störst potential att bidra till kortare väntetider.

Socialstyrelsen har analyserat bruttolistan från steg 1 utifrån två ytterligare perspektiv i form av patientsäkerhet samt risk för indikationsglidning:

- Socialstyrelsen har utgått från att vårdområdena eller åtgärderna ska bidra till att minska patienters lidande och risk för försämrade tillstånd under väntan. Eftersom föreslagna vårdområden eller åtgärder kan bli föremål för vårdförmedling har Socialstyrelsen även analyserat konsekvenserna av förflyttning ur ett patientsäkerhetsperspektiv.
- Centralt för de åtgärder som föreslås är att de har tydliga medicinska indikationer. Det minskar risken för så kallad indikationsglidning, det vill

⁶ Socialstyrelsen och myndigheten för vård- och omsorgsanalys har påtalat kvalitetsproblem i väntetidsdatabasen, som påverkar möjlig jämförbarhet mellan regioner och över tid. Det har exempelvis saknats dels extern validering av data, dels validering av täckningsgraden i den specialiserade vården och i primärvården. *Uppföljning och analys av överenskommelsen om ökad tillgänglighet*, Socialstyrelsen, 2020.

⁷ Vårdföretagarna är en bransch- och arbetsgivarorganisation inom Svenskt Näringsliv som företräder privata utförare inom vård och omsorg, bland annat inom specialistvård, primärvård, äldreomsorg samt individ- och familjeomsorg.

säga att behandlingar ges till patienter med lindrigare tillstånd än vad som är medicinskt motiverat.

Myndigheten har involverat interna och externa medicinskt sakkunniga specialister och forskare inom ortopedi, kirurgi, gastroenterologi och onkologi för att säkerställa att aktuell kunskap, gällande regelverk och professionella bedömningar ligger till grund för de genomförda analyserna.

Inom ramen för regeringsuppdraget *att utveckla och etablera arbetet med nationell vårdförmedling (S2025/00971)* skickade Socialstyrelsen under hösten 2025 ut en förfrågan till ett urval av NPO angående vilka områden som skulle kunna vara lämpliga för nationell vårdförmedling (4). Frågan ställdes till NPO Rörelseorganens sjukdomar, Kirurgi och plastikkirurgi, Hjärt- och kärlsjukdomar, Kvinnosjukdomar, Njur- och urinvägsjukdomar, Öron-, näs- och hals samt Endokrina sjukdomar. Totalt inkom förslag från 4 NPO under tiden som detta uppdrag genomfördes, vilka inkluderades i analysen till delredovisningen.

Socialstyrelsen har även genomfört en fördjupad kvantitativ analys med data från Patientregistret, där myndigheten har analyserat produktionsmätt, demografisk sammansättning och volymer av operationer/åtgärder i öppenvård respektive slutenvård. Analysen bygger på helårsdata för 2024.

Steg 3: Sammanvägning och slutsatser

Slutligen har Socialstyrelsen sammanvägt resultaten från steg 1 och 2. Sammanvägningen ligger till grund för förslagen på vårdområden eller åtgärder som presenteras i denna delredovisning.

Resultat

I detta kapitel redogör Socialstyrelsen för de tre åtgärderna som föreslås ingå i den fortsatta satsningen för att korta vårdköerna. För respektive åtgärd presenteras den samlade bedömningen för urvalet samt analysresultat. Sist i kapitlet redogör Socialstyrelsen för ytterligare bedömningsgrunder och avvägningar som legat till grund för den samlade analysen.

Socialstyrelsen föreslår tre åtgärder

Socialstyrelsens förslag på ytterligare åtgärder att inkludera i satsningen är:

- Knäprotesoperation
- Operation av ljumskbråck
- Koloskopiundersökning

Socialstyrelsen bedömer att åtgärderna uppfyller utgångspunkterna som specificerats i uppdraget, bland annat avseende långa väntetider, möjlighet till ökad produktion och utan att riskera betydande undanträngningseffekter. Risken för undanträngningseffekter har beaktats men inte kunnat bedömas då det inte finns nog med underlag för att göra en adekvat bedömning om eventuella undanträngningseffekter kan uppstå.

Ytterligare stöd för bedömningen kommer från att flera regioner har föreslagit knäprotesoperation, operation av ljumskbråck och koloskopiundersökning som svar på Socialstyrelsens förfrågan. Privata vårdgivare har också uppgett att det finns ledig kapacitet inom dessa områden.

I följande avsnitt presenteras en mer utförlig beskrivning av respektive åtgärd med motivering till varför de föreslås vara lämpliga att inkludera i satsningen.

Knäprotesoperation

Socialstyrelsen bedömning:

Socialstyrelsen bedömer att åtgärden uppfyller samtliga utgångspunkter i uppdraget, förutom ett. Väntetidsläget är ansträngt, med många patienter som väntar längre än 90 dagar. Trots att en stor andel av operationerna genomförs i sluten vård bedömer Socialstyrelsen att det finns förutsättningar att öka produktionen och därmed öka tillgängligheten. Socialstyrelsen har tidigare prövat vårdförmedling för åtgärden som också visar att det är ett lämpligt verktyg för att stärka tillgängligheten.

Om åtgärden och väntetidssituationen

Artros är den vanligaste orsaken till knäproteskirurgi (10).

Sjukdomsmekanismerna bakom artros är inte fullt klarlagda, men övervikt, ärftlighet, överbelastning och skada är kända riskfaktorer (11). Tillståndet är vanligare hos äldre och utgör den främsta orsaken till fysisk inaktivitet efter 65 års ålder(11, 12). För vården vid artros finns nationella riktlinjer framtagna och Socialstyrelsen har 2023 genomfört en nationell utvärdering av vården och följsamheten till de nationella riktlinjerna(11, 13).

Fler kvinnor (57 procent) opereras än män (43 procent) av totalt 19 808 unika patienter som erhållit knäprotesoperation 2024 enligt statistik från Patientregistret. Medelåldern vid ingreppet är 70 år. Behovet av knäproteskirurgi väntas öka i takt med att befolkningen blir äldre, har högre BMI och är mer stillasittande än tidigare (10).

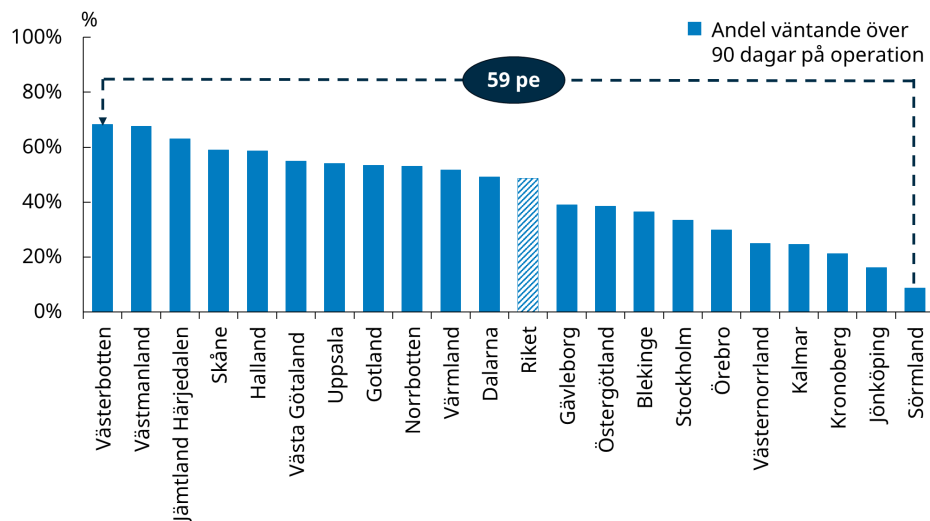
Knäprotesoperationer görs ofta under narkos och kräver i regel sluten vård på vårdavdelning (92 procent av operationerna genomfördes inom sluten vård år 2024). Den förväntade vårdtiden är förhållandevis kort (medianvårdtiden var år 2024 1 vård dygn) och efter operation behövs enbart uppföljningsbesök hos läkare om något oväntat tillstöter. Generellt är arbetsförmåga nedsatt under 3 – 6 månader med efterföljande sjukskrivning (14).

Under 2024 stod i genomsnitt 6 552 patienter i kö till knäprotesoperationer per månad, varav 49 procent väntat längre än 90 dagar. Totalt genomfördes 9 892 operationer inom vårdgarantin, där medelväntetiden var 157 dagar.⁸

Väntetiderna för knäprotesoperation är långa och andelen patienter som varje månad fortfarande väntar på vård och har väntat mer än 90 dagar skiljer sig åt mellan regionerna, mellan 9 och 68 procent, se figur 2. Ingen region hade möjlighet att omhänderta alla sina patienter inom vårdgarantins tidsgräns under 2024.

⁸ Vårdgarantin omfattar patienter som har rätt till besök och behandling inom fastställda tidsgränser, bland annat behandling eller operation inom 90 dagar från beslut om åtgärd. Vissa åtgärder och situationer omfattas inte av vårdgarantin, exempelvis egen vårdbegäran som inte prövats, utredningar utan behandlingsbeslut och åtgärder som faller utanför regionens ansvar. Patienter inom vårdgarantin får, som känt, inte alltid vård inom vårdgarantins tidsgräns varför det i detta fall är en medelvärstid över 90 dagar.

Figur 2: Genomsnittlig andel väntande över 90 dagar på knäprotesoperation per månad under 2024



Källa: Väntetidsdatabasen, SKR. Data avser helår 2024.

Underlag för Socialstyrelsens bedömning

Sammanlagt 10 av 16 regioner lyfter knäprotesoperation som lämplig att ingå i den fortsatta satsningen för att korta köerna, och ingen har lyft åtgärden som olämplig. Flera privata vårdgivare menar att de har möjlighet att öka produktionen inom operationstypen med befintlig personal, och att de även behandlar patienter med samsjuklighet upp till ASA-klass 3, vilket kan följas upp med hjälp av nationella kvalitetsregister.⁹

Socialstyrelsen har genomfört ett tidigare pilotprojekt inom ramen för Nationell vårdförmedling avseende knäprotesoperationer. Pilotprojektet visade att det finns potential att öka tillgängligheten för denna typ av åtgärd genom vårdförmedling. Det är angeläget att patienten får tillräckligt med stöd under vårdförmedlingsprocessen för att känna sig trygg, exempelvis under hemresan när det kan vara svårt med rörligheten (15). Därutöver har NPO rörelseorganens sjukdomar har inkommit med att operationen är lämplig för nationell vårdförmedling.

I den tidigare satsningen ingår redan en ortopedisk åtgärd, höftprotesoperation. I analysen har uppdraget övervägt om ytterligare en åtgärd inom samma vårdområde skulle kunna förstärka eventuella undanträngningseffekter. Medicinskt sakkunniga specialister och forskare inom ortopedi, den tidigare utredningen samt privata vårdgivare som Socialstyrelsen vidtalat i frågan ser inte denna risk som sannolik. De som vidtalats lyfter snarare risken för undanträngning av knäprotesoperationer

⁹ ASA-klassifikationen är en standard som används i svensk hälso- och sjukvård för att bedöma en patients allmänna medicinska risk inför anestesi och kirurgi, genom indelning i sex klasser baserat på sjukdomsbelastning och funktionsnivå.

efter att höftprotesoperationer inkluderats i satsningen, en risk som därmed sannolikt utjämnas genom att inkludera knäproteskirurgi i den fortsatta satsningen. Vidare nämns att det finns synergieffekter att hämta från de upparbetade processer som årets satsning genererat.

Operation av ljumskbråck

Socialstyrelsens bedömning:

Socialstyrelsen bedömer att åtgärden uppfyller samtliga utgångspunkter i uppdraget. Väntetidsläget är ansträngt och många patienter väntar längre än 90 dagar på ingreppet. Åtgärden är lämplig att inkludera i satsningen då det finns kapacitet för att öka produktionen. Åtgärden genomförs i regel som dagkirurgi, är avgränsad och ofta okomplicerad. Dessa faktorer gör att åtgärden är väl lämpad för nationell vårdförmedling, vilket kan stärka tillgängligheten.

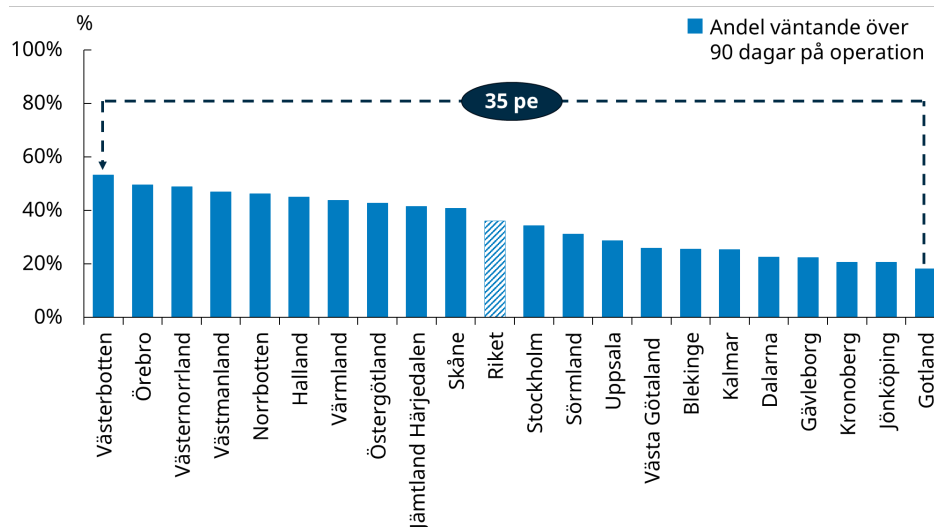
Om åtgärden och väntetidssituationen

Ljumskbråck innebär en utbuktning i bukväggen där tarm eller fett kan pressas ut. Tillståndet är ofta ofarligt men kan bli allvarligt om bråcket kläms in och inte kan tryckas tillbaka, vilket orsakar vävnadsdöd när blodflödet till området stoppas. Ljumskbråck försvinner inte av sig självt, utan kräver operation om tillståndet behöver åtgärdas. Ljumskbråck förekommer hos både barn och vuxna, där genomsnittsåldern är 61 år för operation. Hos barn är bråcket medfött och opereras alltid. Hos vuxna beror ljumskbråck på att vävnaden mellan huden och magens organ är försvagad. Kvinnor opereras nästan alltid, och står för 11 procent av operationerna, medan män opereras vid besvär eller risk för inklämning, och står för 89 procent av totalt 16 147 unika patienter som erhållit en operation för ljumskbråck år 2024 enligt statistik från patientregistret. Ingreppet kräver inga omfattande förberedelser, görs vanligen som dagkirurgi (79 procent av fallen) och tar cirka 60 minuter. Patienten kan oftast gå hem samma dag och eftervårdsbehovet är litet med en kortare sjukskrivningsperiod (16, 17).

Under 2024 stod i genomsnitt 4 009 patienter i kö till operation av ljumskbråck per månad, varav 36 procent väntat längre än 90 dagar. Totalt genomfördes 11 151 operationer inom vårdgarantin, där medelväntetiden var 81 dagar.

Väntetiderna skiljer sig åt mellan regionerna, där ingen under 2024 kunde omhänderta samtliga patienter inom vårdgarantin i genomsnitt per månad.

Figur 3: Genomsnittlig andel väntande över 90 dagar på operation av ljumskbräck per månad under 2024



Källa: Väntetidsdatabasen, SKR. Data avser helår 2024

Underlag för Socialstyrelsens bedömning

Sammanlagt 5 av 16 regioner lyfter operation av ljumskbräck som lämplig att ingå i den fortsatta satsningen för att korta köerna. Flera privata vårdgivare menar att de har möjlighet att öka produktionen inom operationstypen med befintlig personal.

Ljumskbräckoperationer är en avgränsad, ofta okomplicerad, åtgärd som generellt lämpar sig väl för nationell vårdförmedling. Åtgärden genomförs i regel inom dagkirurgi och går ofta relativt snabbt att utföra, vilket gör att patienten kan åka hem under samma dag. NPO kirurgi och plastikkirurgi bedömer att operationen är lämplig för nationell vårdförmedling.

Operation av ljumskbräck är den första åtgärden inom allmänkirurgin som föreslås ingå i satsningen för att korta vårdköerna. Detta vårdområde breddar därmed satsningen, vilket kan minska risken för att volymökningar inom ett särskilt område leder till undanträngningseffekter i andra delar av vården.

Koloskopiundersökningar

Socialstyrelsens bedömning:

Socialstyrelsen bedömer att åtgärden uppfyller uppdragets utgångspunkter. Väntetidsläget är ansträngt, med en hög andel patienter som väntar över 90 dagar på undersökning. Uppföljning av screeningprogrammet för kolorektalcancer visar att begränsad tillgång till åtgärden är en utmaning och har fördröjt en nationellt likvärdig tillämpning. Socialstyrelsen bedömer att åtgärden är lämplig att inkludera i satsningen då det bland annat finns kapacitet för att öka produktionen. Åtgärden genomförs ofta i dagvård och

kräver inte narkos vilket kan minska risken för undanträngningseffekter. Socialstyrelsen har tidigare prövat vårdförmedling för åtgärden och bedömer att det är ett ändamålsenligt verktyg för att stärka tillgängligheten inom området.

Om åtgärden och väntetidssituationen

Koloskopi är en undersökning av änd- och tjocktarmen som utförs av läkare eller specialistutbildad sjuksköterska. Undersökningen används för att upptäcka bland annat tarmfickor, polyper, sår, inflammatoriska tarmsjukdomar samt kolorektalcancer. Det krävs noggranna förberedelser inför undersökningen. Tarmen måste bland annat vara ren vilket uppnås med laxering dagen före. Koloskopi görs oftast som dagvård (91 procent) och patienten kan gå hem samma dag (18). År 2024 utfördes 84 678 koloskopier enligt inrapporteringen till Patientregistret och något fler kvinnor (52 procent) än män (48 procent) undersöktes. Genomsnittsåldern var 62 år.

Sedan 2014 ingår koloskopi i det nationella screeningprogrammet för kolorektalcancer för personer 60–74 år(19).¹⁰ En majoritet av regionerna erbjuder fortfarande inte screening fullt ut, även om alla startat screeningprogrammet. Tillgången till koloskopi är en utmaning som har fördröjt en nationellt likvärdig screening. Det bör noteras att en majoritet av all tjock- och ändtarmscancer idag diagnosticeras utanför screeningen (20). Koloskopiundersökning ingår också i det standardiserade vårdförloppet (SVF) för kolorektalcancer. Ungefär 30 000 patienter utreddes för misstanke om kolorektalcancer inom SVF år 2023, vilket är en markant ökning jämfört med tidigare år. Behovet av undersökningen är därmed stort, har ökat över tid, och beräknas öka ytterligare.

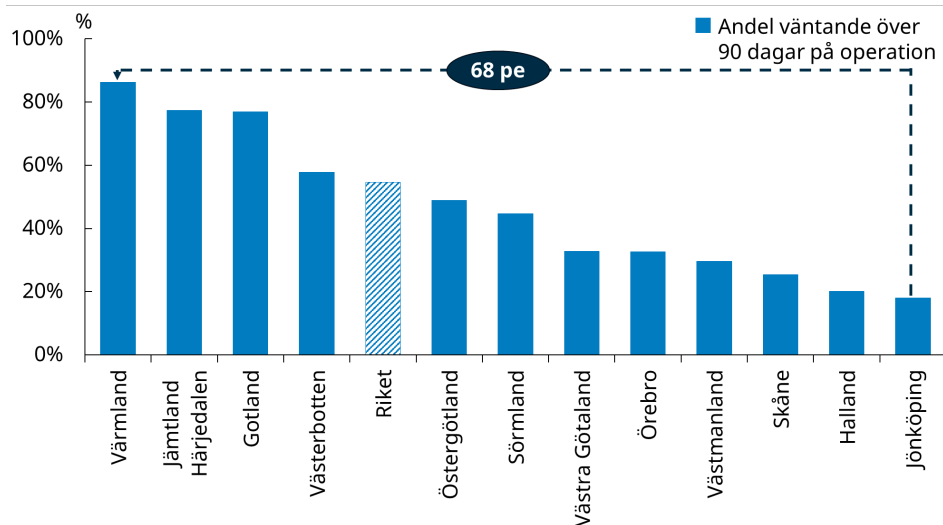
Det finns begränsad tillgång till väntetidsdata för koloskopier.¹¹ Under 2024 stod i genomsnitt 13 665 patienter i kö till undersökning per månad, varav 54 % väntat längre än 90 dagar. Totalt genomfördes 47 263 undersökningar inom vårdgarantin.

Väntetiderna för koloskopisundersökning är långa och andelen patienter som varje månad fortfarande väntar på vård och har väntat mer än 90 dagar skiljer sig åt mellan regionerna, mellan 18 och 86 procent. Det är således ingen region som under 2024 hade möjlighet att omhänderta alla sina patienter inom vårdgarantin.

¹⁰ Den rekommenderade screeningen för tjock- och ändtarmscancer stipulerar att regionerna ska erbjuda alla i åldrarna 60–74 år ett test av blod i avföringen vartannat år. I de fall hälso- och sjukvårdspersonal hittar spår av blod kallas patienten till vidare utredning med koloskopi.

¹¹ I väntetidsdatabasen är inrapporterade data avseende koloskopier begränsad. Till exempel ingår inte återbesök eftersom det inte ingår i vårdgarantin och flera regioner (totalt 9 stycken) rapporterar inte in data över koloskopier till väntetidsdatabasen.

Figur 4: Genomsnittlig andel väntande över 90 dagar på koloskopiundersökning per månad under 2024



Källa: Väntetidsdatabasen, SKR. Data avser helår 2024

Underlag för Socialstyrelsens bedömning

Sammanlagt 4 av 16 regioner lyfter koloskopiundersökning som lämplig att ingå i den fortsatta satsningen för att korta köerna. Flera privata vårdgivare menar att de har möjlighet att öka produktionen inom koloskopi med befintlig personal.

Socialstyrelsen har genomfört ett tidigare pilotprojekt inom ramen för Nationell vårdförmedling avseende koloskopiundersökningar. Pilotprojektet visade att det finns potential för att öka tillgängligheten inom området genom nationell vårdförmedling. Det är angeläget att rätt förutsättningar finns för att stödja patienten i vårdförmedlingsprocessen. Det kan till exempel handla om att erbjuda patienten övernattning inför undersökning så att patienten slipper resa efter påbörjad laxering. Om en koloskopi görs som en del av en cancerutredning för misstänkt kolorektalcancer, är även behovet av snabb och säker informationsöverföring stort. Om rätt förutsättningar och processer finns på plats är koloskopiundersökning väl lämpad för vårdförmedling(15).

Ytterligare bedömningsgrunder och avvägningar

Patientsäkerhet

De föreslagna åtgärderna har valts på basen av att de i hög grad uppfyller utgångspunkterna för uppdraget. I detta avsnitt redovisas en övergripande bedömning av förslagets påverkan på patientsäkerheten.

Patientsäkerhet definieras som skydd mot vårdskada i patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL.¹² Patientsäkerhet handlar alltså om att patienter inte ska skadas i samband med hälso- och sjukvårdande åtgärder. Patienten ska heller inte komma till skada på grund av att vården inte genomför de åtgärder som behövs med hänsyn till patientens tillstånd. En vårdskada är enligt PSL lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.¹³

Patientens lidande i väntan på vård

Väntetider i hälso- och sjukvården medför patientsäkerhetsrisker som varierar beroende på patientgrupp, vårdform och typ av åtgärd. För flera patientgrupper som väntar på kirurgisk åtgärd, som patienter med knäledsartros i väntan på protesoperation eller patienter med ljumskbräck med symtom som påverkar det dagliga livet, innebär fördröjd behandling framför allt ett förlängt lidande och fortsatt tillfällig funktionsnedsättning.

Vid en utredning, exempelvis koloskopi, kan väntan också innebära försenad diagnos och behandling av potentiellt allvarliga tillstånd. Om utredningen leder till fynd som kräver åtgärd innebär det dessutom att en ny väntan på vård påbörjas. Socialstyrelsen vill betona att vården behöver fånga upp och hantera resultatet av undersökningarna, så att ingen patient ska få besked som sedan inte leder till någon åtgärd. Väntetidens påverkan på risker i samband med åtgärden eller dess påverkan på behandlingsresultatet beror på patientens övriga hälsotillstånd. För patienter med omfattande samsjuklighet finns risk att ingreppet blir mer komplext, inte går att genomföra samt för sämre behandlingsresultat.

Sammanfattningsvis kan långa väntetider innebära förlängt lidande, minskad funktion, försenad diagnos och behandling, ökade medicinska risker och, i vissa fall, försämrade behandlingsmöjligheter. Kortare väntetider kan därmed bidra till ökad patientsäkerhet.

¹² 1 kap. 6 § PSL.

¹³ 1 kap. 5 § PSL.

Patientsäkerhet ur ett vårdförmedlingsperspektiv

Utökad vårdförmedling, där patienter i större utsträckning erbjuds behandling eller utredning hos annan vårdgivare eller på annan ort, kan innebära potentiella patientsäkerhetsrisker. Riskerna är i hög grad kopplade till övergångar mellan vårdgivare, informationsöverföring, förändrade kontaktvägar och organisatoriska rutiner. Erfarenheter från verksamheter som knäproteskirurgi, ljumskbråcksoperationer och koloskopi visar att risknivån varierar beroende på patientgrupp och typ av åtgärd. Socialstyrelsen bedömer att det är möjligt att reducera och hantera dessa risker genom att etablera och kontinuerligt utvärdera processer för informationsöverföring, samordning och medicinskt ansvar vid all typ av vårdförmedling.

Patientsäkerhet och indikationsglidning

Med indikation avses omständighet som utgör skäl för att vidta en viss åtgärd, det vill säga ett symptom eller ett tillstånd som motiverar en specifik medicinsk utredning eller behandling. Indikationsglidning syftar på förändrad praxis i vilka omständigheter som leder till en åtgärd, vilket bland annat kan leda till överbehandling. Vad som utgör en indikation baseras i grunden på den förväntade nyttan av exempelvis behandlingen vägt mot de risker den medför. Riskerna med en viss åtgärd är ofta konstanta medan nyttan, exempelvis i samband med kirurgi, bland annat beror på graden av symptom innan åtgärden. Om den förväntade nyttan på grund av indikationsglidning är låg eller saknas kvarstår fortfarande samma risk för skada. För de föreslagna åtgärderna knäprotesoperation, ljumskbråcksoperation och koloskopi är indikationerna tydligt beskrivna i nationella kunskapsstöd, vilket bedöms bidra till att minska dessa patientsäkerhetsrisker. Kunskapsstöden innehåller också specifika stöd för att undvika överbehandling, exempelvis Kloka kliniska val (14, 16, 17, 20, 21).

Slutredovisning av uppdraget

Inför slutredovisningen ska Socialstyrelsen förbereda system och rutiner för fortsatt uppföljning av prestationsbaserade medel inom ramen för den fortsatta satsningen. Myndigheten ska även förbereda för att under 2026 fortsätta fördela medel till de områden som omfattas av tidigare satsning (höftleds protes, framfall och grå starr). Syftet är att säkerställa en hållbar struktur för både uppföljning och fortsatt stimulans till förbättrad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.

Informationen och lärdomarna som Socialstyrelsen hittills har samlat in i arbetet kommer även att användas i det fortsatta arbetet med uppdraget. Socialstyrelsen kommer fortsatt att samverka med aktörerna inom hälso- och sjukvården. Uppdraget slutredovisas 31 mars 2026.

Genomförda dialoger och kontakter

Inom ramen för uppdraget har Socialstyrelsen fört dialog med följande aktörer:

Statliga utredningar:

Utredningen *Behovsstyrd vård (S2024:05)*

Nationella aktörsnätverk:

Hälso-och sjukvårdsdirektörsnätverket (SKR)

Privata vårdgivare:

Vårdföretagarna och därigenom Aleris, Capio, Carlanderska och Modigo.

Profession och vårdverksamheter, område för dialogen inom parentes:

Axel Ros, Futurum, Region Jönköpings län (kirurgi, patientsäkerhet)

Pelle Gustafson, Löf regionernas ömsesidiga försäkringsbolag (ortopedi, patientsäkerhet)

Peter Ahlström, Södersjukhuset, Region Stockholm (gastroenterologi)

Socialstyrelsens råd för etiska frågor:

Göran Collste, Linköpings universitet

Lars Sandman, Prioriteringscentrum Linköpings universitet

Anders Castor, Skånes universitetssjukhus

Referenser

1. Socialstyrelsen. Plats för vård – Förslag till en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser i hälso- och sjukvården. 2025.
2. Socialstyrelsen. Hur gör vi hälso- och sjukvården mer tillgänglig? [Internet]. 2025 [hämtad 2025-12-02]. Tillgänglig på: <https://www.socialstyrelsen.se/tillganglighet-i-halso-och-sjukvard/>.
3. Regeringen. Uppdrag att bidra till att stärka samt följa upp tillgängligheten och vårdkapaciteten på regional och nationell nivå S2024/01058 (delvis). 2024.
4. Regeringen. Uppdrag till Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten att utveckla och etablera arbetet med nationell vårdförmedling S2025/00971 (delvis). 2025.
5. Statens offentliga utredningar (SOU). Förslag på statliga engångsinsatser för att korta väntetider i vården - Promemoria av utredningen Behovsstyrd vård S2024:05. 2025.
6. Regeringen. Uppdrag till Socialstyrelsen att fördela, betala ut och följa upp medel för att korta värdköerna S2025/00401 (delvis). 2025.
7. Regeringen. Uppdrag till Socialstyrelsen att fördela, betala ut och följa upp ytterligare medel för att korta värdköerna S2025/01233 (delvis). 2025.
8. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer [Internet]. 2023 [hämtad 2025-12-02]. Tillgänglig på: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/>.
9. Regeringen. Dir. 2024:50 Bättre styrning för en tillgänglig och jämlik hälso- och sjukvård med god kontinuitet. 2024.
10. 1177 Vårdguiden. Knäledsartros - proteskirurgi [Internet]. 2025 [hämtad 2025-12-02]. Tillgänglig på: [Knäledsartros - proteskirurgi - 1177 för vårdpersonal](#)
11. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar - Reumatoid artrit, axial spondylartrit, psoriasisartrit, artros och osteoporos. 2021.
12. Internetmedicin. Artros, icke-kirurgisk behandling [Internet]. 2025 [hämtad 2025-12-02]. Tillgänglig på: [Artros, icke-kirurgisk behandling](#)
13. Socialstyrelsen. Utvärdering av vården vid artros. 2023.
14. Socialstyrelsen - Stöd inom försäkringsmedicin. Knäartros [Internet]. 2021 [hämtad 2025-12-02]. Tillgänglig på: [Knäartros – FMK](#)
15. Socialstyrelsen. Insatser som stödjer och stärker patienters möjlighet att få vård hos andra vårdgivare med kortare väntetider - Slutredovisning. 2025.
16. 1177 Vårdguiden. Ljumsckbräck [Internet]. 2022 [hämtad 2025-12-02]. Tillgänglig på: [Ljumsckbräck - 1177](#)
17. Socialstyrelsen - Stöd inom försäkringsmedicin. Ljumsckbräck, femoralbräck och navelbräck (opererats med öppen kirurgi eller laparoskopiskt) [Internet]. 2010 [hämtad 2025-12-02]. Tillgänglig på: [Ljumsckbräck, femoralbräck och navelbräck \(opererats med öppen kirurgi eller laparoskopiskt\) - FMK](#)
18. 1177 Vårdguiden. Koloskopi [Internet]. 2023 [hämtad 2025-12-02]. Tillgänglig på: [Koloskopi - 1177](#)
19. Socialstyrelsen. Screening för tjock- och ändtarmscancer - Rekommendation och bedömningsunderlag. 2014.

20. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer 2025: Screening för tjock- och ändtarmscancer, Rekommendation om att erbjuda screening, Remissversion. 2025.
21. Svenska Läkaresällskapet. Kloka Kliniska Val - för en förbättrad hälsa & sjukvård [Internet]. 2025 [hämtad 2025-12-02]. Tillgänglig på: [Kloka Kliniska Val – för en förbättrad hälsa och sjukvård - Kloka Kliniska Val](#)



Förslag på ytterligare åtgärder för att korta vårdköerna (artikelnr 2025-12-9983)
kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.