

# Väntetider i teori och praktik

Marianne Hanning

Vad gör att det uppstår väntetider inom hälso- och sjukvården? Den genomgång av litteratur och aktuell forskning på området som sammanfattas i denna artikel visar att väntetider är ett synnerligen svår-fångat och mångfasetterat fenomen. En hel del studier har gjorts, men fortfarande finns kunskapsluckor att forska vidare kring.

(Texten är en översättning och bearbetning av kapitel 1 och 2 ur avhandlingen: Maximum Waiting-time Guarantee – a Remedy to Long Waiting Lists? Assessment of the Swedish Waiting-Time Guarantee Policy 1992-1996, Uppsala universitet, 2005.)

Marianne Hanning, hälsoekonom och PhD. Har arbetat med utvecklingsfrågor och uppföljning av hälso- och sjukvård under en lång följd av år. Var mellan 1998 och 2005 projektledare för Väntetider i Vården. Disputerade våren 2005 med en avhandling om effekterna av 1992-års vårdgaranti.

kontakt: marianne.hanning@skl.se

## Väntetider - den svenska hälso- och sjukvårdens akilleshä

Ett grundläggande krav som ställs på hälso- och sjukvården är att den ska vara lätt tillgänglig. Trots detta är det just tillgängligheten - och då främst långa väntetider - som är det förhållande i den svenska sjukvården som medborgarna är mest missnöjda med. I otaliga tidningsartiklar berättar patienter "sin historia" om hur länge de tvingats vänta på att få den vård de utlovats. Väntetiderna har därför kommit att framstå som det svenska sjukvårdssystemets akilleshä och väntetidsfrågan har starkt påverkat såväl den hälsopolitiska debatten som den förda politiken under de senaste decennierna.

Sverige är dock inte ensamt om

att ha problem med långa väntetider. Både Europarådet och OECD har uppmärksammat frågan. Inte minst i våra nordiska grannländer har väntetider också utgjort ett stort problem och väntetidsfrågan har sannolikt varit en av de starkaste drivkrafterna bakom att Norge och Danmark under de senaste åren genomfört omfattande reformer av sina hälso- och sjukvårdssystem. Även Storbritannien, Spanien, Nederländerna, Kanada, Australien, Nya Zeeland m.fl. länder har erfarenhet av att brottas med frågan om långa väntetider.

Frågans centrala betydelse för många länder har inneburit att forskningen kring tillgänglighet och vän-

tetider har vuxit starkt under senare år. Huvudspåren i denna forskning är olika teorier kring väntetidernas orsaker, redogörelser för väntetidernas omfattning och konsekvenser, samt utvärderingar av olika initiativ för att åtgärda problemen. Forskningen om väntetider i den svenska hälso- och sjukvården har dock varit relativt blygsam och sporadisk.

## Väntetid

### - en central kvalitetsfråga med många dimensioner och intressenter

Den svenska Hälso- och sjukvårdslagen anger att sjukvården skall ges till befolkningen efter behov och på lika villkor. Även i de fall då den bakomliggande sjukdomen är den samma och den behandling som skall ges är likvärdig, kan det individuella fallet vara av högst olika karaktär och angelägenhetsgrad. I vissa fall krävs ett mycket snabbt omhändertagande medan andra fall kan vänta kortare eller längre tid.

När en person söker vård är det läkaren eller annan medicinskt ansvarig personal som fattar beslut om på vilket sätt personen skall tas omhand och hur snabbt detta ska ske. Grunden för detta beslut är ”vetenskap och beprövad erfarenhet” samt en bedömning av vilka resurser som står till förfogande vid det aktuella tillfället eller kan beräknas finnas tillgängliga inom rimlig tid.

För *läkaren eller annan vårdansvarig* som har att ta hand om olika vårdbehov och som har kunskap om sjukdomsförlopp och risker, kan det te sig självklart att ”vänta och se” är det

bästa medicinska beslutet. För *patienten* som väntar är dock perspektivet ett annat och väntetiden kan skapa mycken oro och irritation. Detta missnöje kan i vissa fall stillas med ett bättre omhändertagande och information, men det kan också leda till att det riktas krav mot de ansvariga *politikerna* att ställa mer resurser till förfogande för att korta väntetiderna.

Väntetider har således en politisk dimension i form av resursallokering och prioritering, en medicinsk dimension då långa väntetider kan orsaka försämrad hälsa och livskvalitet samt en ekonomisk dimension eftersom de kan förorsaka kostnader för såväl vården, som patienten och samhället i allmänhet.

## Väntetid

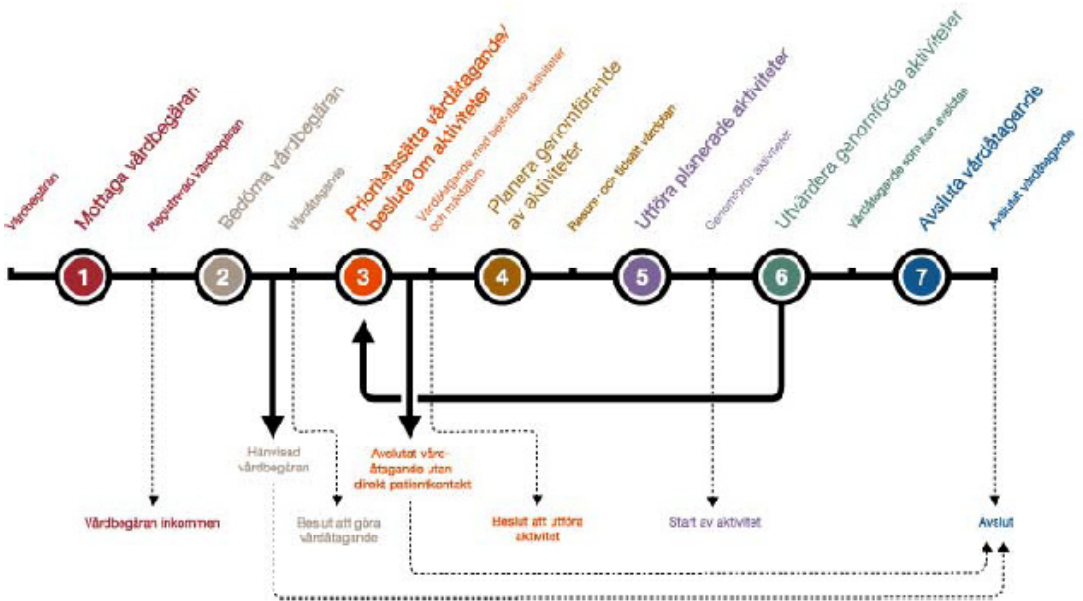
### - led i den administrativa vårdprocessen

All vård sker med utgångspunkt från en medicinsk beslutsprocess där ett uppfattat vårdbehov övergår till ett bestämt problem (diagnos) vilket sedan efter överprövning eventuellt blir föremål för vård och behandling. Det är kring denna kärnprocess som olika sjukvårdssystem har byggts upp för att administrera patientens väg genom vården. I den kedja av beslut som följer på en begäran om vård, dvs. från första kontakten till undersökning, diagnos och behandling, kommer väntetider i vissa fall utgöra mer eller mindre naturliga led.

Att betrakta vården som en process har också varit den grundläggande utgångspunkten för det nationella arbetet med att bygga upp ett system där patientens väg genom vården kan

följas tidsmässigt. Den modell över kärnprocessen som utvecklats i projektet Väntetider i Vården där olika

processsteg (och mätpunkter) definieras har fått namnet "Flödesmodellen" (Se figur 1).



Figur 1: Flödesmodellen (version 1.0)

### Det viktiga beslutet - vem ska sättas på väntelista och för hur lång tid?

Ett problem som uppmärksammats tidigt i diskussionen om väntetidsfrågan är att inte alla patienter som är registrerade på en väntelista är aktuella för operation (1). Förklaringen är att många av de sjukdomar som besväras av långa väntetider ofta utvecklas långsamt över tid för att vid en viss tidpunkt ge så stora besvär att nyttan med att operera är större än de risker och obehag som är förknippade med själva operationen. Idealt är då att patienten söker upp sjukvården vid denna tidpunkt och omgående kan få en operation. Inte alla patienter som uppsöker vården har dock uppnått denna "allvarlighetsgrad". Trots det kan de komma att sättas upp på vänte-

lista med motiveringen att de har uppnått den behandlingströskelnivå som gäller när det väl blir "deras tur".

En av de studier som genomförts i projektet Väntetider i Vården gällde hur olika läkare bedömde angelägenhetsgraden för 15 typiska remisser inom ortopedi (2). Resultatet av denna studie stödjer denna teori då det kunde visas att det förekom omfattande skillnader mellan remissbedömarna när det gällde vilka patienter som man var beredd att ta emot för ett besök liksom hur lång tid man ansåg att patienten kunde vänta på detta besök.

För många av de åtgärder som har besvärade väntetider gäller också att de har påverkats starkt av nya medicinska teknologier. Ett exempel är kataraktkirurgin. Där har utvecklingen

gått från att enbart behandla patienter som i princip helt mist sin syn till att numera ersätta linsen med en artificiell lins även vid en måttlig nedsättning av synskärpan. Andra exempel gäller utvecklingen inom anestesi som medverkat till att nya patientgrupper kan genomgå en operation, liksom den laparoskopiska tekniken som minskat såväl riskerna som kostnaden för en operation. Effekterna av den medicinsktekniska utvecklingen leder till att indikationerna oftast vidgas och vidgade indikationer leder till en ökad efterfrågan. Dessutom gäller för de allra flesta sjukdomar att ju mindre allvarliga symptomen är desto större blir ”rekryteringsbasen” i befolkningen och trycket på vårdens resurser blir än större (3,4).

### Balansen mellan efterfrågan och utbud avgör väntetiden

Köer och väntetider är ett mångfasetterat problem och vad som uppfattas som huvudorsaken till att de uppstår är en fråga om på vilken nivå problemet studeras och vilken teoretisk utgångspunkt man antar. Generellt torde dock gälla att väntetid är ett uttryck för att det med nuvarande efterfrågan är fler som vill ha en viss sjukvårdstjänst än de som med nuvarande utbud kan få den.

Enligt ekonomisk teori skulle ett sådant problem lösas genom en justering av priset tills det uppstår en balans mellan efterfrågan och utbud där markanden opererar effektivt. Eftersom sjukvård huvudsakligen inte styrs av prismekanismer, utan är starkt reglerad och finansierad via en tredje part, gäller andra styrmekanismer

inom denna sektor. Det finns dock de ekonomer som menar att inom ett offentligt finansierat sjukvårdssystem utan konkurrerande producenter kan väntetider ses som ett pris på en marknad (5).

Att efterfrågesidan reagerar på väntetider ungefär som ett pris är inte så svårt att förstå. Långa väntetider är avskräckande såväl för patienter som söker vård som för läkare som remitterar patienter för vård (6). Producenternas reaktion på väntetider som ett alternativ till ett pris är inte lika självklara. I en offentligt finansierad vård med budgetstyrning kommer sällan patienternas reaktion på väntetiderna att få någon avgörande betydelse för producenterna i meningen att långa väntetider leder till ett ökat utbud. Däremot reagerar finansörerna på väntetider som om det vore ett pris, dvs. långa väntetider ökar utbudet medan korta leder till nedskärningar. Detta förhållande har kommit att påverka producenterna genom att de i sin dubbla roll kan påverka efterfrågan, s.k. ”supplyer-induced demand”. Genom att t ex vidga indikationerna har väntetider kommit att användas i förhandlingsspelet om mera resurser i det budgetstyrda system som varit det traditionella sättet att fördela resurser mellan olika verksamheter inom offentligt finansierade sjukhus (7).

En annan teoretisk utgångspunkt som kan anläggas för att förklara varför väntetider uppstår är statistisk köteori. Även här gäller att efterfrågan är större än utbudet, men orsaken till köerna ligger i att efterfrågan är slumpmässig och inte kan styras tidsmässigt (8). Därmed uppstår sväng-

ningar i efterfrågan som det är svårt att helt parera med utbudet och under efterfrågetoppar kan det därför bildas köer och väntetider.

Ytterligare en infallsvinkel som ligger nära köteorin kommer från området "operational research" där man ser väntelistorna som en del i ett dynamiskt system bestående av olika flöden och 'lager' (9). Flödena är antalet patienter som efterfrågar vård vid varje given tidpunkt respektive antalet patienter som behandlas vid varje given tidpunkt. 'Lagret' blir då väntelistan som tenderar att öka när efterfrågan ökar eller minska om produktionen ökar. Väntelistan blir oförändrad i den situation där de båda flödena är lika stora. Med detta synsätt förs en tidsdimension in resonemanget och därmed blir det möjligt att beräkna vilken effekt ett ökat inflöde respektive utflöde kan komma att få på väntetiderna. Detta synsätt är också i de flesta fall utgångspunkt för de metoder som används i lokalt förbättringsarbete (Se artikel om projektet Bättre flyt - ett förbättringskoncept för kortare väntetider).

Nära detta resonemang om flöden ligger också mer processororienterade modeller där väntetider förklaras i termer av organisation, styrning och ledning. Komplicerade processer kan leda till att det uppstår flaskhalsar, tex om man lägger för mycket resurser på mottagningsverksamheten istället för att omfördela resurser till operationer. Slutsatsen blir således att det till syvende och sist är en fråga om att balansera utbud och efterfrågan.

## Konsekvenser av väntetider

Bland de studier som gjorts av väntetider är det många som inriktats på att undersöka vilka konsekvenser som en väntetid kan innebära för de drabbade patienterna och för sjukvården som system och det har gjorts flera litteraturoversikter över väntetidernas konsekvenser (10-13).

Den första konsekvensen kan tyckas uppenbar, nämligen att en lång väntetid påverkar hälsotillståndet negativt och leder till att resultatet av den vård som ges riskerar att bli sämre. Givetvis är det så att hälsan kan försämrans till följd av väntetiden och det finns studier som pekar på att detta skulle vara fallet (14). Samtidigt visar andra studier att väntetider inte i någon större utsträckning skulle ha medfört allvarliga medicinska konsekvenser i form av ökad sjuklighet, försämrad prognos eller för den delen ökad dödlighet (15,16). Förklaringen till detta skulle vara att sjukvården "sorterar" behoven så att denna typ av effekter inte uppstår. I de fall de medicinska riskerna skulle öka under väntetiden finns oftast möjligheter för patienten att bli omhändertagen akut, eller att bli omprioriterad (17).

Ett större problem är sannolikt att väntetiden innebär att den förbättring i livskvalitet och hälsotillstånd som en behandling innebär fördröjs. De flesta insatser som har långa väntetider är effektiva i meningen att de leder till betydande förbättringar av hälsotillståndet och livskvaliteten (18). Denna fördröjda effekt innebär också att många patienter upplever stor oro och ångslan under väntetiden (19). För den enskilde kan väntan på ope-

ration också innebära ett ökat behov av hjälpinsatser från såväl samhällets sida som från anhöriga. Andra effekter kan vara att behovet av läkemedel ökar likasom att patienten gör fler besök eller tar andra kontakter som skulle ha kunnat undvikas om väntetiden var kortare.

Långa väntetider kan också göra att patienten måste undersökas ytterligare en gång eftersom hälsoförhållanden kan ha förändrats under tiden. Omfattande väntelistor och väntetider kräver således resurser som skulle ha kunnat användas på ett mer effektivt sätt. Ett förhållande som mer sällan uppmärksammas är att långa väntetider och patienter som inte är nöjda, ofta leder till sämre arbetsklimat vilket i sin tur är negativt för såväl personal som patienter (11).

En annan negativ konsekvens av väntetider är naturligtvis att många patienter som står på väntelista inte kan utföra sina vanliga sysslor. För den del av befolkningen som arbetar innebär detta att många tvingas vara sjukskrivna under hela eller delar av väntetiden. Hur stort detta produktionsbortfall är, är svårt att beräkna eftersom det är svårt att skilja ut den del av sjukskrivningen som enbart har skapats av en onödigt lång väntetid. Dessutom är det inte alla sjukskrivna som kommer tillbaka i arbete efter operationen (20).

När väntetider uppmärksammas så är det på grund av de negativa konsekvenserna. Mer sällan talas det om att väntetider också kan ha positiva förtecken. Kopplat till vad som framgått av föregående avsnitt kan det från ett systemperspektiv vara lätt att se att

väntetider, som ju i grunden är tecken på att efterfrågan är större än utbudet vid en given tidpunkt, kan tjäna som regulator. Eftersom efterfrågan på vård inte är ett jämnt flöde utan kan variera betydligt över tid måste antingen organisationen vara mycket flexibel eller så krävs det att man upprätthåller en överkapacitet för att täcka in efterfrågetopparna. I en unik studie försökte Feldman (21) jämföra kostnaden för överkapacitet med kostnaden för väntetider och den slutats han drog var att den besparing som gjordes genom att godta vissa väntetider (och därmed undvika att ha överkapacitet) var mycket stor.

En viss väntetid kan också vara en fördel för patienterna som hinner tänka över och förbereda sig inför det ingrepp som ska ske. Det finns många studier som visar att bland de patienter som står på en väntelista är det mellan 20-30% och i vissa fall ända upp till 50 % som av olika anledningar inte längre är aktuella eller inte längre vill bli opererade (22,23). En viss väntetid kan också behövas för förberedelser av olika slag, inte minst om det kan komma att krävas rehabilitering eller eftervård (24).

Likaväl som väntetider kan förorsaka administrativa kostnader kan de leda till en mer effektiv vård i meningen att de beslut som fattats hinner överprövas. Det är inte alltid som den första bedömningen av ett behov visar sig vara riktigt. Tillståndet kan förändras över tid och det ingrepp som planerades kanske efter en tid inte visar sig vara nödvändigt eller det bästa alternativet. Väntetider gör det också möjligt att prioritera patienter



efter behov och därmed kan resurserna fördelas på ett mer jämlikt och effektivt sätt.

## Väntetider som prioriteringsinstrument

Att prioritera något betyder att sätta något före något annat. Att låta någon vänta är därför självklart ett sätt att prioritera. Därför är det naturligt att väntetider har kommit att bli en del av den växande forskningen kring prioritering av sjukvårdens resurser. I Sverige har dock denna koppling hittills varit svag då prioriteringsdebatten mest har fokuserats på de etiska grunder som prioriteringarna skall göras på, liksom på vilka sjukdomsgrupper och vårdbehov som ska prioriteras (27,28).

Väntetidernas betydelse som prioriteringsinstrument har dock kommit att bli alltmer uppenbart när de mer övergripande prioriteringsmodellerna skall omsättas i praktiken. Ett exempel är den modell för öppen prioritering som tagits fram för Västra Götalandsregionen. Utöver rangordningen enligt prioriteringsutredningens förslag och en angelägenhetsgradering finns en ”medicinsk acceptabel väntetid” med angivande av hur många veckor en visst vårdbehov ur medicinsk synpunkt kan tillåtas vänta (29).

Det traditionella sättet att uttrycka angelägenhetsgrad har varit mer implicit och uttryckts som dubbel förtur, förtur, ingen förtur. Hur den enskilde läkaren översatt behoven till dessa grupper har i mångt och mycket varit fördolt och har som tidigare visats (2) resulterat i stora skillnader i väntetider för patienter med samma behov.

När kraven på en rättvis och öppen prioritering ökat har det också vuxit fram olika idéer om hur en mer systematisk prioritering skulle kunna utformas (30). Edwards (31) menar t ex att ett rättvist sätt att ransonera vård med hjälp av väntelistor måste bygga på ett system där varje patient prioriteras utifrån ett ”poäng-system”. Systemet ska bygga på evidensbaserad kunskap om den medicinska angelägenhetsgraden och hänsyn skall tas till sådant som potentiell försämring i livskavitet eller hälsotillstånd. Liksom ska kostnadseffektiviteten i behandlingen vägas in.

Edwards var dock inte den första att väcka tanken på ett systematiskt sätt att uttrycka vårdbehovet. Redan 1976 påtalade Culyer and Cullis (32) behovet av ett strukturerat ”intagningsindex” där både medicinska och sociala kriterier ingick.

Under de senaste tio åren har dessa idéer om poängsystem utvecklats och blivit alltmer sofistikerade i det sätt på vilket de tas fram. I Nya Zeeland har ”poäng-system” kommit att utgöra grunden för de åtgärder som vidtagits mot långa väntetider (45). I England har olika poäng-system tillämpats (43) och i Kanada pågår liknande försök (46). Tanken på att tillämpa detta sätt att prioritera inom den elektiva vården har också funnits med i det nationella utvecklingsarbetet kring väntetider och inom ramen för Vårdgaranti05 har ett första arbete genomförts med gemensamma indikationer för prioritering av patienter inom en behandlingsgrupp (Se artikel om Vårdgaranti05).

## Sammanfattning

Väntetider till vård har över åren visat sig vara ett alltmer omfattande problem för många av västvärldens länder. Det är också ett svårfångat problem, och från ett ekonomiskt teoretiskt perspektiv kan väntetider till och med ses som "endemiska" inom system med offentlig finansiering och få direkta hinder för patienterna att söka vård. Att den grundläggande orsaken är en obalans mellan efterfrågan och utbud står klart. Vad som skapat och skapar denna obalans är dock inte lika givet. Befintliga studier kring orsaker till väntetider pekar på att problemet oftast är multifaktoriellt och att det sällan enbart finns en lösning för att åtgärda långa väntetider.

En genomgång av tänkbara konsekvenser av väntetider visar att dessa kan vara såväl positiva som negativa. Negativa i meningen att de kan leda till sämre resultat, ökat lidande, ökad administration och ökade kostnader för såväl samhälle som individ. De positiva konsekvenserna har de visat samma förtecken då en väntetid kan leda till ett mer effektivt utnyttjande av resurserna och en "säkerhetsmarginal" för såväl patient som vårdgivare. Vilken sida som överväger avgörs därför av väntetidens längd i kombination med angelägenhetsgraden, dvs. hur väl man lyckas prioritera mellan olika behov. Avgörande är också hur många som drabbas och i vilken utsträckning de själva och allmänheten i övrigt anser väntetiden vara ett acceptabelt "pris". Såväl Hurst och Sciciliani (10) som Harrison och New (12), konstaterar i sina kunskapsöversikter att trots att många studier av vänte-

tidernas konsekvenser och kostnader har gjorts finns det behov av fler studier för att få en mer grundläggande klarhet om problemets egentliga storlek.

## Referenser

1. Sanderson HF. What's in a waiting list? *BMJ* 1982 Nov 6;285:1368-69.
2. Löfvendahl S, Eckerlund I, Hanning M. Vad händer med remissen till ortopederna? *Läkartidningen*. 2002;99(17):1931-1939.
3. Taylor HR. Cataract: how much surgery do we have to do? Editorial. *Br J Ophthalmol*. 2000;84:1-2.
4. Socialstyrelsen. En behandlingsgaranti i hälso- och sjukvården: förutsättningar och konsekvenser. Stockholm: Socialstyrelsen 1999.
5. Linsay CM, Feigenbaum B. Rationing by waiting lists. *Am Econ Rev*. 1984;74(3):404-417.
6. Goddard JA, Malek M, Tavakoli M. An economic model of the market for hospital treatment for non-urgent conditions. *Health Econ*. 1995;4(1):44-55.
7. Iversen T. A theory of hospital waiting lists. *J Health Econ*. 1993;12(1):55-71.
8. Wahler HT, Iversen T. Köer som resultat av statistiska tillfälligheter. *Tidskrift Nor Laegeforen*. 1998;118:4742-4745.
9. Worthington DJ. Hospital Waiting lists management models. *J Oper Res Soc*. 42(10),833-843.
10. Siciliani L, Hurst J. Explaining Variations in Waiting Times for Non-emergency Surgery Across OECD Countries. *OECD Health Working Paper*, 2003.
11. McDonald P, Shortt S, Sanmartin C, Barer M, Lewis S, Sheps S. Waiting lists and Waiting times for health Care in Canada: More Management !! More Money?? *Health Canada*. 1998
12. Harrison A, New B. Access to elective care. What should really be done about waiting lists? London: Kings Fund; 2000.
13. Kjellberg J, Sorensen J, Herbild L. Ventelistre til elektiv behandling. Fredriksberg: DSI Institut for Sundhedsvaesen (Danish Institute for Health Care); 2004. DSI report 2004;07.
14. Hajat S, Fitzpatrick R, Morris R, Reeves B, Riggie M, Williams O, et al. Does waiting for total hip replacement matter? A prospective cohort study. *J Health Serv Res Policy*. 2002 Jan 7;1:19-25.
15. Nilsson AK, Lohmander LS. Age and waiting time as predictors of outcome after total hip replacement for osteoarthritis. *Rheumato-*



- logy 2002;41:1261-1266.
16. Cox JL, Petrie JF, Pollak PT, Johnstone DE. Managed delay for coronary artery bypass graft surgery: the experience at one Canadian center. *J Am Coll Cardio.* 1993;27:1365-1373.
  17. Naylor CD, Slaughter PM. A stitch in time: case for assessing the burden of delayed surgery. *Qual Health Care.* 1994;3:221-224.
  18. Derett S, Paul C, Morris JM. Waiting for elective surgery: effects on health related quality of life. *Int J Qual Health Care.* 1999 Feb;11(1):47-57.
  19. Bengtson A, Herlitz J, Karlsson T, Hjalmarson A. The epidemiology of a coronary waiting list: a description of all patients. *J Intern Med.* 1994;235:263-269.
  20. Rossvoll I, Benum P, Bredland TB, Solstad K, Arntzen E, Jørgensen S. Incapacity for work in elective orthopaedic surgery: A study of occurrence and the probability of returning to work after treatment. *J Epidemiol Community Health.* 1993;47:388-394.
  21. Feldman R. The cost of rationing medical care by insurance and by waiting. *Health Econ.* 1994;3:361-372.
  22. Yates J. *Why Are We Waiting? Analysis of Hospital Waiting Lists.* Oxford: Oxford University Press; 1987.
  23. Mobb GE, Pugh F, Peeling B. How long is your waiting list? Experience of a urological waiting list initiative. *J R Soc Med.* 1994;87:140-142.
  24. Street A, Duckett S. Are waiting lists inevitable? *Health Policy.* 1996;36:1-15.
  25. Hurst J, Siciliani L. Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A Comparison of Policies in Twelve OECD Countries. Paris: OECD; 2003. OECD Working Paper No 6.
  26. Sanmartin C. and the Steering Committee of the Western Canada Waiting List Project. Toward standard definitions for waiting times. *Health Manage Forum.* 2001:49-53
  27. Calltorp J. *Prioritering och beslutsprocess i sjukvårdsfrågor:(avhandling).* Uppsala: Uppsala Universitet; 1989.
  28. SOU. *Vårdens svåra val: Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen.* Stockholm: SOU; 1995. SOU 1995:5.
  29. Västra Götalandsregionen. *Mitt i Prioriteringsprocessen. Sektorsrådets pågående arbete med vertikala prioriteringar* Göteborg: Västra Götalandsregionen; 2002.
  30. Kipping R, Robert G, McLeod H, Clark J. *A review of priority scoring and slot systems for elective surgery.* Birmingham: Health Services Management Centre; 2002.
  31. Edwards RT. *From Implicit to Explicit Rationing by Waiting Lists. Development for Determining Health Gain Implications of Different Patient Selection Criteria.* (doctoral dissertation). York: University of York; 1996.
  32. Culyer AJ, Cullins JG. *Hospital Waiting Lists and the Supply and Demand for Inpatient Care.* York: Institute of Social and Economic Research; 1976.
  33. Hadhorn DC, Holmes AC. *The New Zealand Priority Criteria Project. Part 1: Overview.* *BMJ.* 1997;314:135-138.
  34. *Western Canada Waiting List Project. Moving Forward.* Final Report, February 28, 2005.

## Summary in English

### Waiting Times in Theory and Practice

The article is a revision of the two first chapters in the thesis "Maximum Waiting-time Guarantee – a Remedy to Long Waiting Lists? Assessment of the Swedish Waiting-Time Guarantee Policy 1992-1996.

keywords: Waiting lists, Health Policy, Evaluation