

I väntan på Närdå?

- Allmänhetens, patienternas och professionens syn på väntetider inom ortopedi

Sofia Löfvendahl

Denna artikel belyser några studier om allmänhetens, patienternas och professionens syn på väntetider. Frågan är om de policies som i vissa länder finns för hur länge patienterna maximalt ska behöva vänta motsvarar de krav och förväntningar som grupperna har på vad som är en rimlig väntetid. Att svara på denna fråga visar sig inte vara helt lätt. För det första finns det få studier som beskriver allmänhetens och professionens syn på väntetider. För det andra är studierna, inklusive de som handlar om patienternas inställning, mycket olika till sin karaktär. Bortser man från dessa svagheter antyder en sammanställning av resultaten att uppfattningen om vad som är en rimlig väntetid till besök respektive behandling ligger någonstans mellan tre och sex månader för svenskt vidkommande. I de utländska studierna verkar tiden som kan accepteras vara kortare jämfört med i Sverige. Artikeln är i huvudsak avgränsad till väntetider till besök eller behandling vid ortopedisk klinik på sjukhus.

Sofia Löfvendahl är ekonom och har ingått i projektsekretariatet för Väntetider i Vården där hon bl a ansvarat för två enkäter kring väntetider inom ortopedisk vård. För närvarande arbetar Sofia med medicinska indikationer inom Vårdgarantiprojektet som drivs av Sveriges Kommuner och Landsting.

Kontakt: sofialofvendahl@hotmail.com

Inledning

Enligt hälso- och sjukvårdslagen kännetecknas en god vård bl a av att den är lätt tillgänglig (2a§). En aspekt på tillgänglighet är den tid det tar att bli omhändertagen. Tiden kan antingen avse den direkta väntetiden i samband med besök, eller väntetiden för att få ett besök eller en behandling (1). Att vård ges inom rimlig tid, dvs att ingen patient ska behöva vänta oskälig tid på de vårdinsatser som han eller hon har behov av, kan alltså sägas vara ett viktigt kvalitetsmål för hälso- och sjukvården. Vad är då en rimlig väntetid och när kan väntetiden anses oskäligt lång? Samhällsdebatten visar

att olika aktörers uppfattningar inte alltid överensstämmer.

I denna artikel kommer ett urval studier som tar upp frågan om vad som är en acceptabel väntetid att presenteras. Inledningsvis ges några exempel på hur olika länder har valt att hantera problemet med långa väntetider. Mot bakgrund av detta övergår artikeln till att belysa allmänhetens och patienternas syn på väntetider. Professionens syn kommer också att belysas, och då specifikt utifrån en kanadensisk studie. Artikeln är i huvudsak avgränsad till väntetider till besök eller behandling vid ortopedisk klinik på sjukhus.

Policies för bättre tillgänglighet

Brister i tillgängligheten till hälso- och sjukvård har under årens lopp drivit fram olika policies inom området. Dessa policies speglar i de flesta fall en politisk ambition. OECD konstaterar i en studie av väntetider i 12 länder att *"there is no international agreement about what are 'excessive' waiting times but several countries have adopted maximum waiting time targets for elective services in recent years"* (2). Väntetidsgarantier är en av de vanligaste åtgärderna för att korta väntetider och huvudsyftet är att reglera väntetiderna så att ingen patient ska behöva vänta över en viss tid. Danmark, England, Finland, Spanien och Sverige är exempel på länder som introducerat denna typ av åtgärder.

I Sverige har tre månaders väntan varit målsättningen för de vårdgarantier som i olika utformning tillämpas sedan 1992 (3). Dagens vårdgaranti, som gäller från och med november 2005, stipulerar avseende vård vid sjukhus att patienterna ska få sitt besök eller sin behandling inom tre månader från beslut (4). Den finska vårdgarantin (5), som också trädde i kraft under 2005, föreskriver däremot att sjukhusen ska ordna en bedömning av vårdbehovet inom tre veckor från att remissen anlänt till sjukhuset, och vård som konstateras vara nödvändig ska inledas senast inom sex månader. Parallellt med vårdgarantier genomförs ofta andra initiativ för att förbättra tillgängligheten. I både Sverige, Norge och Danmark har t ex patienternas möjlighet att välja vårdgivare i andra landsting än hemlandstinget successivt utvidgats.

I England har man under lång tid arbetat med att försöka förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvården. Ett av de senare initiativen är den så kallade "NHS Improvement Plan" som startade under 2004 (6). Ett av målen i denna plan är att väntetiden från remiss till operation successivt ska minska för att vara högst 18 veckor år 2008.

Ett land utanför Europa som arbetar med att korta väntetiderna till hälso- och sjukvården är Nya Zeeland (7). Där är målet för närvarande att patienterna ska få ett första besök inom sex månader och behandling inom ytterligare sex månader om det konstateras att behov föreligger. På Nya Zeeland har man också introducerat en ny typ av bokningssystem och man hoppas att kunna övergå från att sätta upp patienter på väntelista till att direkt boka in patienter aktuella för besök eller behandling.

Dessa exempel visar att utformningen av väntetidsgarantier varierar mellan länder. Oavsett utformningen av en vårdgaranti är det viktigt att de tidsgränser som sätts upp motsvarar olika aktörers syn och förväntningar på hälso- och sjukvården. Detta för att långsiktigt bevara förtroendet för hälso- och sjukvården.

Vad tycker allmänheten?

Samtidigt som brister i tillgängligheten har lett fram till olika insatser på området har också kunskaperna om väntetider ökat, både när det gäller sambandet mellan väntetider och medicinskt utfall samt olika intressenters inställning till väntetider. Studier där allmänheten tillfrågas om vad de

tycker om väntetider finns det dock inte så många av.

En viss uppfattning om svenskarnas syn på väntetider går att få via Vårdbarometern, en rullande undersökning om svenskarnas erfarenheter av och attityder till hälso- och sjukvården. År 2005 tillfrågades 38 560 medborgare om vad de anser behöver förbättras inom hälso- och sjukvården. Väntetider framkom som den enskilt viktigaste faktorn. Drygt en tredjedel av de tillfrågade ansåg att väntetiderna behöver kortas (8). Motsvarande undersökningar från bl a England och Spanien har visat liknande resultat (2).

Går man över till studier som specifikt frågar om väntetider till besök och behandlingar hittar man inte heller många studier som utgår från allmänhetens horisont. År 1999 (9) gjordes dock en studie om befolkningens uppfattning om väntetider i olika länder. Ett urval om 1 000 personer i Australien, Kanada, Nya Zeeland, Storbritannien och USA tillfrågades om vad de ansåg vara en acceptabel väntetid för planerade operationer och i vilken utsträckning de var oroad över långa väntetider till icke-akut vård. Den väntetid som ansågs vara rimlig varierade mellan knappt en månad för USA till mellan tre och fyra månader för Storbritannien. Andelen som uppgav att de var mycket oroad över de långa väntetiderna var dock ungefär den samma; 12 procent i Storbritannien och 14 procent i USA. Mest oro fanns på Nya Zeeland där hela 38 procent angav att de var oroliga. Den väntetid som nya zeeländarna ansåg vara acceptabel var en till två månader.

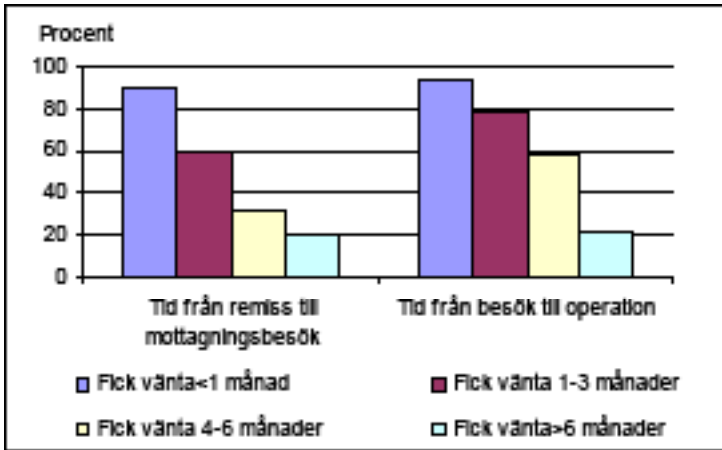
Ett inte helt ovanligt problem när allmänheten tillfrågas är dock att de synpunkter som uttrycks i stor utsträckning bygger på den bild av hälso- och sjukvården som förmedlas genom media och inte på faktiska erfarenheter från kontakter med hälso- och sjukvården.

Vad tycker patienterna?

Avseende patienters uppfattning om väntetider finns det flera intressanta studier, både från Sverige och från andra länder. Metoderna i dessa studier varierar dock. I vissa studier efterfrågas uppfattningen om väntetider i största allmänhet och i andra efterfrågas patienternas erfarenheter av kontakten med en speciell klinik.

I den svenska Vårdbarometern tillfrågas alla som uppgivit att de haft kontakt med vården om vad de anser om väntetiden. Det framgår dock inte vilken mottagning eller behandling patienter varit i kontakt med, men man skiljer mellan akut vård, vård på vårdcentral och vård på sjukhus. I en bearbetning av data från 2001-2002 framkommer att andelen patienter som ansåg väntetiden rimlig avtog med väntetidens längd, och att patienterna var något mer nöjda med sin väntetid till behandling jämfört med väntetiden till första besöket på sjukhus (figur 1).

I en svensk enkätstudie från 2005 (10) tillfrågades patienter som genomgått höftledsoperation, ryggoperation eller meniskoperation om väntetiden till operation. Resultaten visar att majoriteten ansåg att väntetiden var acceptabel. En knapp tredjedel ansåg att den var för lång och var tionde me-

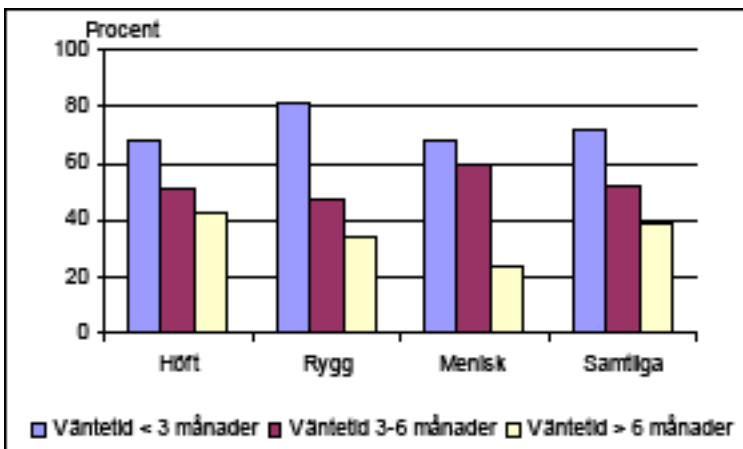


Figur 1. Andel patienter som ansåg att väntetiden hade varit rimlig, fördelade efter väntetid. Källa: Vårdbarometern 2001-2002.

nade att den var helt oacceptabel.

Inte helt oväntat var det patienternas faktiska väntetid som bäst förklarade skillnaderna i uppfattningen om väntetiden (figur 2). 72 procent av dem som hade väntat tre månader eller kortare ansåg att väntetiden var acceptabel. Bland dem som väntat över sex månader var 39 procent av

samma åsikt. Vidare visar resultaten att andelen patienter som fann sin väntetid acceptabel också berodde på vilken patientgrupp de tillhörde (figur 2). Likartade resultat om sambandet mellan väntetidens längd och patienternas uppfattning om väntetiden har redovisats tidigare, bl a i en dansk studie med höft- och knäartrospatienter,



Figur 2. Andel patienter som ansåg att väntetiden till operation var acceptabel fördelade efter väntetid. Källa: Löfvendahl et al 2005.

diskbråckpatienter samt ljumskbråckspatienter (11) samt i en kanadensisk studie med knäartrospatienter (12).

Vad säger då dessa resultat? Hur lång är en väntetid som är rimlig? Jämförs de olika patientgrupperna i den svenska studien (10) framkommer stora skillnader (tabell 1). Gruppen höftpatienter accepterade längre väntetider än både rygg- och meniskpatienter. Medianväntetiden i gruppen höftpatienter som ansåg väntetiden acceptabel var 4,8 månader. Motsvarande tid bland ryggpatienterna var tid 1,6 månader och bland meniskpatienterna 1,5 månader. I en kanadensisk studie från 1994 (13) tillfrågades en grupp knäartrospatienter om väntetiden. Resultaten visar att den genomsnittliga väntetiden från besök till operation var två månader i gruppen som ansåg väntetiden acceptabel (tabell 1).

De två riktade patientstudier som beskrivits här har använt sig av enkäter som patienterna fått efter operation. I den svenska studien fick patienterna enkäten tre månader efter operation. I den kanadensiska studien ingick patienter som vid studietillfället hade opererats upp till sju år tidigare. Ett problem med retrospektiva studier är dels att patienterna kan ha svårt att komma ihåg vad som hände längre tillbaka i tiden och dels att minnet kan färgas av det faktiska utfallet av själva operationen (14). I den svenska studien framgick t ex att de ryggpatienter som var allmänt missnöjda med operationsresultat också var mer missnöjda med väntetidens längd jämfört med övriga.

För att undvika de problem som är förenade med att fråga patienterna i ef-

terhand valde Llewellyn och medarbetare (14) att tillfråga ett urval höft- och knäpatienter om upplevelsen av att vänta under tiden de var uppsatta på väntelista till operation. Patienternas uppfattning om vad som är en rimlig väntetid skattades genom att de initialt fick välja mellan två hypotetiska alternativ: en månads väntetid förenad med en tvåprocentig risk för postoperativ dödlighet eller sex månaders väntetid förenad med en enprocentig risk för postoperativ dödlighet. Väntetiden i de båda alternativen skiftades därefter tills den enskilde patienten valde att överge sitt initiala alternativ. Resultatet visar att den acceptabla väntetiden till behandling varierade mellan en och 26 månader med ett genomsnitt på sju månader. Dessa väntetider är således betydligt längre än de som ansågs rimliga i den svenska respektive kanadensiska studien (10, 13).

Riktlinjer för väntetider i Kanada

Hittills har denna artikel berört studier om allmänhetens och patienternas attityder till väntetider. Övergår man till att studerar tillgängligheten ur professionens perspektiv finns det för svensk vidkommande, så vitt jag känner till, inga studier om vad läkare och annan sjukvårdspersonal generellt anser vara en rimlig väntetid till besök och behandling. Det bör dock nämnas att i Västra Götalandsregionen, där medicinska sektorsråd har utarbetat medicinska prioriteringar för olika specialiteter, ingår medicinsk acceptabel väntetid som en av variablerna, utifrån vilka den medicinska prioriteringen bestäms¹.

Tabell 1. Sammanställning över studier som visar patientgruppers uppfattning om längden på väntetiden (från beslut om behandling till operation) de finner acceptabel respektive oacceptabel. Väntetidens längd är uttryckt som median.

Studie	Patientgrupp	Längden på väntetiden (i månader) som olika patientgrupper uppfattar som acceptabel respektive oacceptabel	
		Acceptabel väntetid	Oacceptabel väntetid
Löfvendahl och medarbetare 2005	höft	4,8	7,0
	rygg	1,6	6,6
	menisk	1,5	2,5
Ho och medarbetare 1994	knä	2,0	8,0
Llewellyn och medarbetare 1998	höft- och knä	7,0	----

I Kanada finns det flera exempel på undersökningar om professionens inställning. I en undersökning från "Fraser Institute" (15) tillfrågades ett antal ortopedier om vad de, ur medicinsk synvinkel, anser är en rimlig väntetid till artroskirurgi (höft, knä, ankel och skuldra). Resultatet från undersökningen visade en genomsnittlig väntetid (median) på 7,3 veckor med ett intervall från fem till 12 veckor.

En annan kanadensisk studie där bl a professionens syn på väntetider studeras pågår inom Western Canada Waiting List Project (WCWL)(16). Studien syftar till att utarbeta riktlinjer för längsta acceptabla väntetider inom olika specialitetsområden (WCWL 2005). Det intressanta med detta arbete, och som gör det relevant för denna artikel, är att man som underlag för riktlinjerna har inhämtat både allmänhetens, patienternas och professionens synpunkter på väntetider. Bakgrunden till studien är bl a att det framförts synpunkter på att de politiska mål som sätts upp för vad som

ska betraktas som rimliga väntetider sällan har koppling till vad som ur medicinsk synvinkel är en rimlig väntetid (17). Initialt har man startat med att utarbeta riktlinjer för väntetider till höft- och knäledsartroplastik samt kataraktkirurgi, men ett mer långsiktigt syfte är att utveckla metoder som kan appliceras mer generellt.

För att ta reda på de målgruppernas uppfattning om vad som kan anses vara en rimlig väntetid till en höft- respektive knäoperation användes olika metoder. När det gäller professionen bedömde 20 olika läkare 32 fiktiva patientfall av olika angelägenhetsgrad. Vidare bedömde 16 läkare 233 patienter som stod på väntelista till operation. Dessa patienter fick också själva svara på frågan: "*in your view, what should the maximum acceptable waiting time be for you or a person like yourself waiting for (hip/knee) replacement surgery?*". För att ta reda på allmänhetens uppfattning användes en metod där sjukdomsscenario av olika svårighetsgrad inklusive väntetid beskrevs.

Respondenterna skulle sedan ange det alternativ som han eller hon upplevde som värst.

Resultaten från studien visar att samstämmigheten mellan bedömarna var störst för de mest prioriterade patienterna. Den största skillnaden mellan å ena sidan patienterna och professionen och å andra sidan allmänheten var att de två första grupperna var mer överens om väntetidernas längd jämfört med allmänheten. Allmänhetens uppfattning avvek radikalt genom att de accepterade mycket långa väntetider. Författarna menar att detta kan reflektera att den som inte är drabbad helt enkelt har högre toleransnivå för att vänta. En annan förklaring kan vara att olika metoder användes för att fånga de tre gruppernas uppfattning.

Utifrån de tre gruppernas uppfattningar om en rimlig väntetid och resultat från andra studier, har sedan förslag till "maximalt längsta acceptabla väntetider" för höft- och knäartrospatienter preciserats². Enligt förslaget ska den mest prioriterade patientgruppen inte behöva vänta längre än en månad på behandling. Den näst mest prioriterade gruppen kan vänta tre månader och de minst prioriterade patienterna kan vänta upp till fem månader. Dessa förslag ska enligt arbetsgruppen inom WCWL-projektet ses som ett första steg mot riktlinjer för väntetider eftersom förslagen ännu inte har testats ute i sjukvården. Hur eventuella riktlinjer ska implementeras i sjukvården ingick inte i WCWLs arbete.

Sammanfattande diskussion

Denna artikel har belyst några studier om allmänhetens, patienternas och professionens syn på väntetider. Frågan som ställdes initialt var om de policies som i vissa länder finns för hur länge patienterna maximalt ska behöva vänta motsvarar de krav och förväntningar som grupperna har på vad som är en rimlig väntetid.

Att svara på denna fråga visar sig inte vara helt lätt. För det första finns det få studier som beskriver allmänheten och professionens syn på väntetider. För det andra är studierna, inklusive de som handlar om patienternas inställning, mycket olika till sin karaktär. Detta gäller både urval och metod. Exempelvis är vissa studier inriktade mot väntetider till ortopedi i största allmänhet medan andra är inriktade mot att separat studera en eller flera specifika behandlingar. När det gäller patienternas uppfattning vet man att den kan påverkas av hur patienterna mår både före och efter operation.

Bortser man från dessa svagheter antyder en sammanställning av resultaten att uppfattningen om vad som är en rimlig väntetid till besök på ortopedisk mottagning respektive ortopedisk behandling ligger någonstans mellan tre och sex månader för svenskt vidkommande.

Resultaten från Vårdbarometern (8) visar att en majoritet av dem som hade väntat upp till tre månader på besök tyckte att väntetiden var helt i sin ordning. Motsvarande resultat framkom i studien av Löfvendahl och medarbetare (10). I den studien var det också möjligt att få fram den genomsnitt-

liga väntetiden för dem som ansåg väntetiden acceptabel, vilken var 3,5 månader med en spridning från 4,8 månader bland höftpatienterna till 1,5 månader bland meniskpatienterna.

I de utländska studierna verkar tiden som kan accepteras vara kortare jämfört med i Sverige. I studien av Ho och medarbetare (13) ansåg knäpatienterna att två månader var en acceptabel väntetid till behandling. Motsvarande tid bland de svenska höftpatienterna var 4,8 månader. För gruppen patienter som ansåg väntetiden oacceptabel var väntetiden i stort sett samma i de båda länderna (8,0 vs 7,2 månader). I studien från WCWL-projekten framkom en månad som rimlig väntetid till höft- och knäartroplastik för de mest prioriterade patienterna medan fem månader var acceptabelt för de lägst prioriterade patienterna.

Vad som är intressant att notera är att man i Kanada har differentierade väntetider mellan besvär av varierande angelägenhetsgrad och för olika specialiteter. Liknande differentiering finns på Nya Zeeland. Både Sverige och Finland har emellertid väntetidsgarantier som gäller planerad vård generellt, oberoende av angelägenhetsgrad. Resultaten från både den danska (11) och svenska studien (10) visar dock att olika patientgrupper skiljer sig väsentligt åt avseende uppfattning om acceptabel väntetid.

En avslutande reflektion är att det finns faktorer relaterade till väntetider, utöver stipulerade tidsgränser för hur länge patienterna ska vänta, som har betydelse för patienternas uppfattning om väntetiden. I några av studier om patienters syn på väntetider har det

framkommit att patienterna har förståelse för att det kan vara viss väntetid till besök och behandling, men man vill ha bättre information om hur länge man ska behöva vänta (18). Framförallt är det viktigt med ett bestämt datum för operation. En inte helt ovanlig situation när det är bestämt att patienten ska få behandling är att patienten inte får en tid inbokad utan istället allmän informeras om att det ”blir operation om ett par månader”. Denna ovisshet innebär att patienterna känner sig hindrade att planera, t ex semester, arbete och andra åtaganden (18). I den svenska enkätstudien (10) framkom att meniskpatienter som upplevde att de inte hade haft någon möjlighet att påverka operationsdatum, oberoende av hur lång tid de väntat, i högre utsträckning fann att väntetiden var oacceptabel. Det vore därför önskvärt att det fanns större möjlighet för läkaren och patienten att tillsammans, vid tillfället för beslut om behandling, bestämma tid för operation. I t ex Nya Zeeland har man börjat överge sina väntelistor till förmån för boknings-system. För de patienter där behandling är beslutad är ambitionen att en tid inom sex månader ska bokas in för patienten direkt.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Övergripande kvalitetsindikatorer inom hälso- och sjukvården - Socialstyrelsens förslag. Stockholm: Socialstyrelsen 2001.
2. Hurst J och 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.
3. Hanning M. Maximum Waiting-time Guarantee - a Remedy to Long Waiting Lists? Assessment of the Swedish Waiting-Time Guarantee Policy 1992-1996. (doctoral dissertation). Uppsala: Uppsala University; 2005.
4. Vårdgaranti 2005. Tillgänglig från: <http://www.skl.se/artikel.asp?C=3657&A=13616>
5. Social- och hälsovårdsministeriet. Patientens

- rättigheter. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet 2005 (broschyr 2005:5).
6. The NHS Improvement Plan. Putting People at the Heart of Public Services. DH Department of Health 2004 Tillgänglig från <http://www.dh.gov.uk>
 7. Hadorn DC, Holmes AC. The New Zealand priority criteria project. Part 1: Overview. *BMJ*. 1997 Jan 11;314(7074):131-4.
 8. Sveriges Kommuner och Landsting. Vårdbarometern. Stockholm. Tillgänglig från: <http://www.vardbarometern.nu/main.asp>
 9. Donelan K, et al. The Cost of Health System Change: Public Discontent in Five Nations. London: Commonwealth Fund; 1999.
 10. Lofvendahl S, Eckerlund I, Hansagi H, Malmqvist B, Resch S, Hanning M. Waiting for orthopaedic surgery: factors associated with waiting times and patients' opinion. *Int J Qual Health Care*. 2005 Apr;17(2):133-40.
 11. Christensen U, Rasmussen S. Konsekvenser af ventetid till operation. Köpenhamn: DIKE; 1998.
 12. Coyte PC, Wright JG, Hawker GA, Bombardier C, Dittus RS, Paul JE, Freund DA, Ho E. Waiting times for knee-replacement surgery in the United States and Ontario. *N Engl J Med*. 1994 Oct 20;331(16):1068-71.
 13. Ho E, Coyte PC, Bombardier C, Hawker G, Wright JG. Ontario patients' acceptance of waiting times for knee replacements. *J Rheumatol*. 1994 Nov;21(11):2101-5.
 14. Llewellyn-Thomas HA, Arshinoff R, Bell M, Williams JI, Naylor CD. In the queue for total joint replacement: patients' perspectives on waiting times. Ontario Hip and Knee Replacement Project Team. *J Eval Clin Pract*. 1998 Feb;4(1):63-74.
 15. Esmail N, Walker M. Waiting your turn: Hospital waiting lists in Canada (13th Edition). 2003. Vancouver, B.C., The Fraser Institute.
 16. Western Canada Waiting List Project (WCWL 2001). From Chaos to Order: Making Sense of Waiting Lists in Canada. Final report, March 31, 2001. Tillgänglig från: http://www.wcwl.org/library/final_reports/
 17. Western Canada Waiting List Project (WCWL 2). Moving Forward. Final report, Februari 28, 2005. Tillgänglig från: http://www.wcwl.org/library/final_reports_2/
 18. Derrett 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.

Noter

- 1 Läs mer på www.vgregion.se/vgrtemplates/Page_25173.aspx
- 2 För dig som mer ingående vill ta del av metoderna för att integrera resultaten från de olika källorna finns information om detta på www.wcwl.org

Summary in English

Views on waiting times - What do the public, the patients and the clinicians think about waiting times for orthopaedic surgery

In many countries, the issue of lengthy waiting times has prompted various initiatives to improve accessibility to health care. A common health policy action in fighting excessive waiting times is the adoption of maximum waiting time targets for elective services. Denmark, England, Finland, Spain and Sweden are countries that have introduced this kind of action in various forms. Irrespective of the design of the maximum waiting time guarantee, it is important that the stipulated time targets correspond to the expectations of the actors involved. This is crucial for maintaining long-term trust for the health-care system. The question is whether the maximum waiting time targets in effect in certain countries also are considered acceptable by the public, by the patients as well as the clinicians.

A review of the literature show that it is difficult to find a straight answer to this question. First, there are few studies from the perspective of the public and the clinicians. Second, many studies differ to a great extent with respect to study design and sampling. For example, some articles focus on waiting times to orthopaedic care in general while others study specific orthopaedic procedures. With these caveats in mind, the results indicate that a general acceptable waiting time for an orthopaedic visit or orthopaedic treatment in Sweden is somewhere between three and six months. This time range is well within the maximum waiting time target of three months stipulated in Sweden. In international studies, the acceptable waiting time seems to be somewhat shorter than in Sweden. In a Canadian study the patients found one month wait to an orthopaedic visit to be acceptable. The corresponding time to orthopaedic surgery was two months.

Keywords: acceptable waiting times, policies, public, patients, clinicians, orthopaedic surgery