

Väntetider – den svenska hälso- och sjukvårdens akilleshä

Marianne Hanning

Marianne Hanning, PhD. E-post: marianne.hanning@telia.com

Långa väntetider är ett problem i den svenska hälso- och sjukvården. I denna artikel ges en översikt av hur väntetidsproblematiken hittills kommit att hanteras, speciellt vad avser uppbyggnaden av de mätningar som numera är etablerade. Vårdgarantier i olika tappningar har varit den dominerande insatsen för att komma till rätta med köerna. År 2000 lanserades en nationell väntetidsdatabas för att följa upp hur väntetiderna utvecklades. Sedan 2015 rapporteras väntetider på akutmottagningar i Nationella patientregistret. Samma år introducerades standardiserade vårdförlopp inom cancervården. Väntetider är en del av processen att ge vård, men också en fråga om balans mellan utbud och efterfrågan. Mätningar av väntetider är inte tillräckligt för att komma till rätta med långa väntetider, men väntetider kommer att vara ett fortsatt problem i svensk hälso- och sjukvård som kräver såväl uppföljning som särskilda insatser.

Long waiting times are an acknowledged problem in Swedish health care. This article provides an overview of the management of this complex issue, with a focus on the construction of currently employed measures of waiting time. To track these measures, a national webb-based data collection was implemented in 2000, and since 2015 waiting times at emergency departments have been reported to the National Patient Registry. Waiting times are part of the process of care provision, and are ultimately a question of balancing supply and demand. The main efforts to tackle the issue have come in the form of health care guarantees, while standardised care processes have been introduced for instance in cancer care. Measurement alone is not enough to tackle long waiting times, and addressing them requires both appropriate follow-up and interventions.

Inledning

Långa väntetider har ända sedan början av 1980-talet varit ett problem i den svenska hälso- och sjukvården. Väntetiderna har också varit föremål för omfattande nationella och lokala satsningar, men någon långsiktig lösning på problemet har varit svår att åstadkomma. I den senaste sammanställningen av öppna jämförelser i hälso- och sjukvården konstaterar Socialstyrelsen att vårdens medicinska resultat förbättrats, men att tillgängligheten till vård och behandling fortfarande utgör ett omfattande problem. Väntetiderna har försämrats och den andel som säger att de inte har tillgång till den vård de behöver har ökat [1].

I Björn Smedbys forskning intog studier av befolkningens vårdkonsumtion en central plats. När den första vårdgarantin skulle introduceras 1992 blev jag kontaktad av Björn, som visste att jag var intresserad av att fördjupa mig inom hälso- och sjukvårdsforskning. Han föreslog en utvärdering av vårdgarantireformen som ett passande ämne för en avhandling [2]. Jag antog förslaget och sedan dess har jag på olika sätt kommit att ägna mig åt att förstå komplexiteten i väntetidsfrågan. Mestadels har det inneburit att bygga upp nationella mätningar av väntetider, något som helt saknades i början av 1990-talet. Långa väntetider har också varit en central fråga inom politiken, vilket inneburit att jag genom mitt arbete på Socialstyrelsen under många år var projektledare för de regeringsuppdrag kring tillgänglighet och väntetider som myndigheten ansvarade för.

Väntetider - baksidan av medicinska framgångar

I slutet av 1980-talet växte köerna till vissa operationer kraftigt. Orsaken var framför allt stora medicinska framsteg som gjorde att allt fler patienter kunde behandlas framgångsrikt. Detta i kombination med en åldrande befolkning gjorde att efterfrågan inom vissa områden ökade. För att komma tillrätta med problemen beslutade regeringen 1987 om en särskild satsning på tre områden; gråstarrsoperation, kranskärlsoperation och höftledsplastik [3]. Satsningen innebar en överenskommelse mellan staten och landstingen om att underlätta för patienter att få vård utanför sitt eget landsting, för att på så sätt utnyttja ”ledig kapacitet”, samt att landstingen kunde söka medel för att öka antalet operationer inom de tre områdena. I den uppföljning av insatsen som Socialstyrelsen svarade för konstaterades att effekterna på väntetiderna i stort sett uteblivit trots att antalet operationer hade ökat på många håll i landet [4].

Vid denna tidpunkt var produktiviteten i den svenska hälso- och sjukvården också starkt ifrågasatt [5]. Trots stora resurstillskott till sektorn hade produktionen inte ökat nämnvärt. Staten och landstingen beslutade därför att genomföra ett gemensamt utvecklingsarbete; ”DAGMAR-50 — för ökad kapacitet och tillgänglighet”. Arbetet omfattade sex specialiteter, alla med kända väntetidsproblem. I

arbetet ingick bland annat öppna jämförelser av samtliga kliniker inom respektive specialitet vad gällde resurser och prestationer. Den övergripande slutsatsen i slutrapporten [6] var att varje specialitet hade sina egna problem och utmaningar, men gemensamt för alla var att variationerna i produktivitet var omfattande, vilket innebar att det var fullt möjligt att öka kapaciteten inom ramen för de befintliga resurserna och på så sätt förbättra tillgängligheten och minska köerna.

En garanti för maximala väntetider – ifrågasatt och i ständig förändring

Köerna fortsatte dock att växa och i valrörelsen inför riksdagsvalet 1991 kom väntetiderna att bli en av de mest diskuterade frågorna. Inspirerade av tories i England, som lanserat en ”Patients Charter”, lade den borgerliga oppositionen i Sverige fram ett förslag om en vårdgaranti med maximala väntetider. Förslaget fick en bred politisk uppslutning och i ett avtal mellan staten och landstingen beslutades att en nationell vårdgaranti skulle införas den 1 januari 1992. Sedan dess har årliga överenskommelser¹ i form av mer eller mindre omfattande garantier varit den åtgärd som den nationella politiken kretsat kring.

Den första garantin var begränsad till tolv ingrepp, vilka valts ut av en expertgrupp enligt särskilda kriterier². För dessa behandlingar skulle landstingen erbjuda behandling inom tre månader från det att ett beslut om sådan hade fattats. En utvärdering i slutet av året visade att reformen hade medverkat till kortare köer, varför en ny överenskommelse om en fortsättning slöts.

Vårdgarantireformen kom tidigt att ifrågasättas, dels på grund av begränsningen till vissa kirurgiska ingrepp, dels för att den inte ansågs ligga i linje med hälso- och sjukvårdslagets grundläggande princip om att vård ska ges till dem som har störst behov. Kritiken, inte minst från den då aktuella prioriteringsutredningen gällande undanträngning av de långvarigt sjuka, innebar att parterna enades om att från och med 1996 utvidga garantin till att också gälla primärvård och det *första besöket* hos specialist samt väntetiden till *samliga* behandlingar.

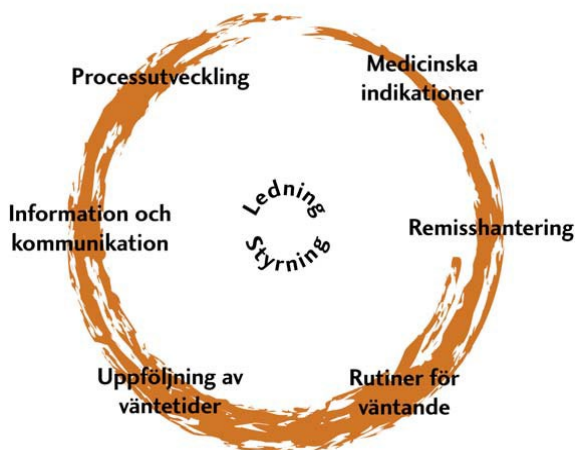
I slutet av 1995 inträffade emellertid en sjuksköterskestrejck som förvärrade köerna till planerad vård så pass mycket att de vid årsskiftet var längre än då garantin infördes [2]. I Dagmaravtalet för 1997 beslutade parterna därför att slopa garantin till behandlingar, men behålla den för specialistbesök samt kontakt och besök med primärvården. I Dagmaravtalet för 2005 gjordes en ny satsning

1. Vårdgarantier ingick i de så kallade Dagmaravtalen där staten och huvudmännen kom överens om de områden inom hälso- och sjukvården som skulle stimuleras med statliga medel. Det sista Dagmaravtalet slöts 2008 och efter detta har statens satsningar på tillgänglighet och väntetider inordnats i de årliga överenskommelserna om nationell kunskapsstyrning för en god vård.

2. Kriterierna var 1) ett omfattande problem, 2) behandlingsmetoderna var väl etablerade, 3) resultatet av behandlingen skulle vara mätbar samt 4) nyttoeffekten skulle vara hög.

tema

på tillgänglighet och väntetider [7]. Utöver en utvidgning av garantin till att åter omfatta behandlingar innehöll avtalet en bred satsning på ett antal utvecklingsområden (figur 1).



Figur 1: 2005-års vårdgaranti - insatser för att korta väntetider. Källa: Sveriges Kommuner och Regioner, 2005.

Sedan 2010 är vårdgarantin lagstadgad och ingår i såväl hälso- och sjukvårdslagen som patientlagen. Från den 1 januari 2019³ ändrades garantin igen så att patienter som vänder sig till primärvården har rätt till en *medicinsk bedömning* av en läkare eller annan legitimerad vårdpersonal inom tre dagar. Den garanti som tidigare gällde läkarbesök i primärvården inom sju dagar har därmed tagits bort.

Under perioden 2009-2014 ingick en så kallad "kömiljard" i vårdgarantiöverenskommelserna. Landstingen/regionerna kunde få del av miljarden i relation till hur väl de uppfyllde vårdgarantins tidsgränser. Kömiljarden innebar sannolikt att garantin blev mer accepterad inom vården och den ledde helt klart till att väntetiderna kom mer i fokus för ledning och styrning av vården. Kömiljarden kom dock att ifrågasättas utifrån jämlikhetsaspekter samt rimligheten i att de som klarade målsättningarna sämst fick minst stöd [8]. När S-MP regeringen tillträdde efter valet 2014, beslutade man att från 2015 "omvandla" kömiljarden till en professionsmiljard för ökat kapacitetsutnyttjande, bland annat genom satsningar på kompetensutveckling för olika personalgrupper.

3. Nu gällande nationell garanti omfattar; 0 dagar till kontakt i primärvården, 3 dagar till medicinsk bedömning i primärvård, 90 dagar från remiss till ett första läkarbesök i specialistvård och 90 dagar till behandling efter det att ett behandlingsbeslut fattats. Avvikelse kan förekomma i de olika regionerna.

I den så kallade Januariöverenskommelsen 2018⁴ ingick bland annat ett återinförande av kömiljarden, men nu i en uppdaterad form där hela vårdkedjan ingår och som särskilt tar hänsyn till kroniskt sjuka patienters behov. Den uppdaterade Kömiljarden är en del av den satsning på ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården som regeringen och SKR slutit avtal kring för 2019 och 2020 [9].

Utveckling av ett nationellt uppföljningssystem

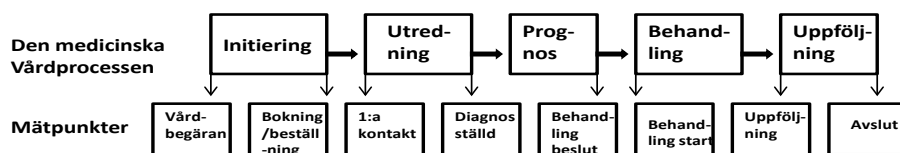
I den första vårdgarantiöverenskommelsen ingick att väntetiderna skulle följas upp. Eftersom det saknades nationella uppgifter om väntetider kom dessa uppföljningar att byggas på enkäter till klinikerna inom de områden som omfattades av garantin. I enkäterna skulle klinikerna ange antalet väntande, antalet genomförda operationer samt den förväntade väntetiden för nytillkommande oprioriterade patienter. Då det var oklart vilket underlag klinikerna byggde dessa uppgifter på blev uppföljningarna starkt ifrågasatta. Därför genomförde Landstingsförbundet vid årsskiftet 1994/1995 en enkät till huvudmännen där de skulle ange vilka data de hade tillgång till för att följa köer och väntetider [10].

Av enkäten framgick att de flesta landsting saknade ett samlat system för uppföljning av köer och väntetider och bara var femte klinik bedömdes ha ett någorlunda avancerat sätt att hantera administrationen och uppföljningen av sina väntelistor. Enkätresultatet kom att bli utgångspunkt för ett utvecklingsarbete vars syfte var att ta fram en ”kravspecifikation” för lokala köuppföljningssystem. Utredningen, som genomfördes av Landstingsförbundet tillsammans med Södra sjukvårdsregionen, presenterade 1997 ett förslag till ett sådant system (figur 2) [11]. Utgångspunkten för modellen var att uppföljningen av väntetider i hälso- och sjukvården ska byggas på den medicinska beslutsprocessen och ett antal mätpunkter som fångar de för väntetiderna viktigaste händelserna under ”patientens väg genom vården”. Förslaget kom sedan att bli underlag för ett fortsatt utvecklingsarbete med målsättningen att ta fram ett nationellt system för att mäta köer och väntetider i vården. Detta arbete, som gick under beteckningen ”Väntetider i vården”, kom att pågå fram till år 2005 [12].

Den övergripande målsättningen för mätningarna av väntetider var att:

”Det ska finnas en heltäckande tillförlitlig och aktuell information om hur långa väntetiderna är i den svenska hälso- och sjukvården. Informationen skall omfatta all vård och vara av en sådan art att patientens väg genom vården kan följas. Väntetiderna skall kunna relateras till vårdbehovet och dess allvarlighetsgrad. Olika intressenters behov av information om väntetider ska tillgodoses.”

4. Avtal om 73 punkter mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Miljöpartiet och Liberalerna inför regeringsbildningen efter valet 2018.



Figur 2: Modell för uppföljning av väntetider. Källa: [11].

Den nationella väntetidsdatabasen

Våren 2000 sjösattes den webbaserade väntetidsdatabasen ”www.vantetider.se”. Introduktionen hade föregåtts av två års intensivt arbete tillsammans med landstingen/regionerna. Inte minst gällde det att utveckla de patientadministrativa systemen som skulle vara grunden för inrapportering av data. En stor del av arbetet fick därför ägnas åt att ta fram gemensamma termer, begrepp och definitioner för de data som skulle rapporteras in [12].

Syftet med databasen var dels att ge såväl allmänheten som patienter och vårdgivare information om aktuella köer och väntetider, dels att vara ett underlag för uppföljning av vårdgarantin. Tanken var också att databasen skulle tjäna som underlag för att välja vårdgivare.

Databasen har vidareutvecklats över åren och den har kommit att fyllas med mer och mer data om väntetider i olika delar av vårdprocessen. I databasen finns numera även uppgifter om återbesök och ledtider för diagnostiska undersökningar. En följd av den förstärkta vårdgarantin är att databasens uppgifter om besöken i *primärvården* utökats till att omfatta även patienter med kroniska besvär liksom akuta besök [13]. SKR administrerar även databaser för uppgifter om överbeläggningar och ledtider för de standardiserade vårdförloppen (se nedan).

Väntetidsdatabasen är och har sedan tillkomsten år 2000 varit den huvudsakliga källan för att följa väntetiderna i till exempel ”öppna jämförelser”. Den har också varit ett centralt ”mätinstrument” i uppföljningen av vårdgarantin och fördelningen av Kömiljarderna⁵.

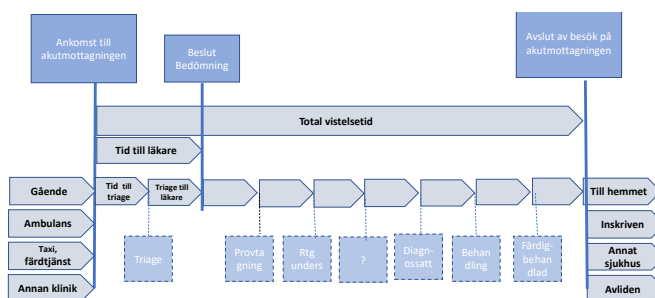
Väntetider på akuten

I valrörelsen 2009 dök problemet med långa väntetider i vården upp igen, men nu var det de långa väntetiderna på sjukhusens akutmottagningar som stod i fokus. Den dåvarande socialministern Göran Hägglund utlovade att ingen skulle behöva vänta mer än fyra timmar på akutmottagningarna. Även här var situationen den att det saknades data och Socialstyrelsen fick ett uppdrag att ta

5. Socialstyrelsen genomförde årliga uppföljningar av vårdgarantin mellan 2008 och 2017. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har mellan 2014 och 2017 genomfört tre utvärderingar av vårdgarantireformen.

fram en modell för hur en uppföljning av väntetiderna vid sjukhusens akutmottagningar skulle utformas.

Tillsammans med en expertgrupp utvecklade myndigheten en modell för mätningar av tid till första läkarkontakt och den totala vistelsetiden på mottagningarna (figur 3) [14]. Förslaget innebar också att mätningarna skulle ske i anslutning till myndighetens patientregister. I väntan på att landstingen/regionerna byggde upp sina vårdregister fick uppgifterna inledningsvis rapporteras in separat. Från och med 2015 blev vårdgivarna skyldiga att kontinuerligt rapportera in uppgifterna till det nationella patientregistret.

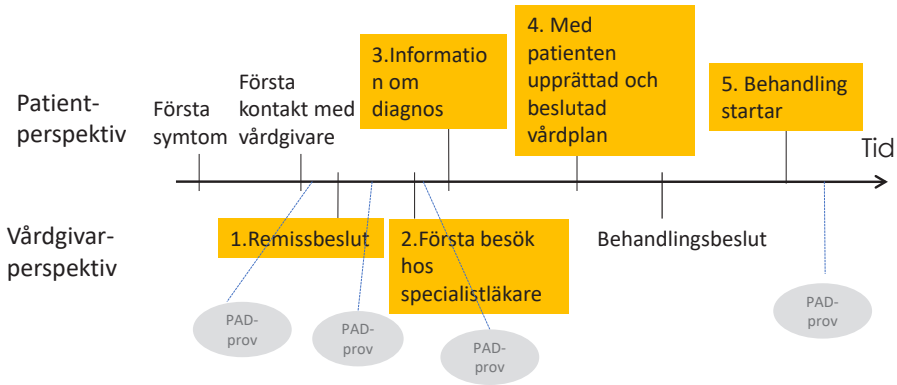


Figur 3: Modell över vårdflöde, vårdprocess samt väntetidsmätt för verksamheten vid sjukhusbundna akutmottagningar. Källa: Socialstyrelsen (14).

Väntetider i cancervården och standardiserade vårdförlopp

I betänkandet *En nationell cancerstrategi för framtiden* (SOU 2009:11) konstaterades att det saknas statistik över hur långa väntetiderna inom cancervården är. Socialstyrelsen fick därför år 2010 uppdraget att ”kartlägga ledtider inom cancervården samt föreslå hur de ska beskrivas och följas upp”. En kartläggning av patientregistrets respektive cancerregistrets möjligheter att följa cancerpatienternas väg genom vården visade att detta inte var en framkomlig väg [15]. Tillsammans med experter inom cancerområdet och SKL utarbetade myndigheten en modell för nationella väntetidsmätningar inom området (figur 4). Med modellen som grund genomförde Socialstyrelsen tillsammans med ett antal nationella kvalitetsregister inom cancervården årliga mätningar av väntetider mellan 2011 och 2015 [16-20].

Inte bara den svenska sjukvården har plågats av långa väntetider [21]. Vårdgarantier av olika slag har till exempel prövats i alla våra grannländer. De gemensamma problemen har också gjort att länderna inspirerats av varandras erfarenheter när det gäller olika åtgärder. Ett exempel är det danska systemet med ”pakkeforløp” eller standardiserade vårdförlopp (SVF) som det kommit att benämnas i Sverige [15].



Figur 4: Cancerpatientens väg genom vården – modell för att mäta väntetider Källa: (15).

SVF kom att bli en viktig del i den nationella satsningen ”Kortare väntetider i cancervården” [22] från 2015. SVF omfattar den del av vårdförloppet som börjar med en misstanke om cancer fram till att en behandling startar. I SVF beskrivs vilka utredningar och första behandlingar som ska göras inom en viss cancerdiagnos, samt vilka tidsgränser som gäller inom respektive diagnos, dels för hela förloppet, dels för de olika utredningsstegen (figur 5).



Figur 5: Modell för mätpunkter i de Standardiserade vårdförloppen. Källa: Sveriges Kommuner och Landsting, 2015.

Mellan 2015 och 2018 infördes sammanlagt 31 stycken SVF på cancerområdet. Modellen för att styra vården med SVF har fått en bred uppslutning [23] och SVF ingår också som en central del i den nya cancervårdsöverenskommelsen för åren 2020-2022 [24]. Vid SKR pågår också, som en del i den senaste satsningen på ökad tillgänglighet i vården ett utvecklingsarbete för att vidga tillämpningen till andra diagnoser och verksamhetsområden [9].

Jakten på ett ”ärendenummer”

Ett gemensamt drag i uppbyggnaden av de nationella väntetidsmätningarna har varit att med hjälp av olika mätpunkter binda samman vårdprocessens delar till en helhet. Ett problem som uppmärksammades redan i det inledande arbetet under 1990-talet var att det saknas en ”nyckel” som binder samman enskilda vårdförlopp. Den uppföljning av väntetider som väntetidsdatabasen hittills kunnat göra är till exempel begränsad till mätningar mellan olika steg i förloppen. Inte heller det personnummerbaserade patientregistret är uppbyggt så att enskilda ärenden kan följas.

Det är inte svårt att inse att en uppföljning som följer patienternas väg genom vården ger nya möjligheter att planera, följa upp och styra hälso- och sjukvårdens insatser. Därför har det i de olika regeringsuppdrag som Socialstyrelsens haft kring utveckling av uppföljningen av tillgängligheten i hälso- och sjukvården ingått att utreda möjligheterna att koppla samman händelser i ett vårdförlopp. I rapporten ”Patientens väg genom vården – system för uppföljning av väntetider i vården” [25] konstaterar myndigheten att: ”en nyckelfråga för att komma vidare i en uppföljning som bygger på vårdkedjor och processer är att det finns ett ”hälsoärende-id”, men att införa ett sådant ”id” är en komplicerad fråga med långtgående konsekvenser för vårddokumentationen och sjukvårdens IT-system”.

IT-utvecklingen har revolutionerat möjligheterna att hantera de stora datamängder som finns inom hälso- och sjukvården. Med detta följer också nya krav på de data som samlas in. Nationell informationsstruktur (NI) är ett arbete som syftar till att utveckla ett gemensamt ramverk för modeller för en strukturerad dokumentation av vårdens processer⁶. Ett centralt begrepp i NI är *individ Anpassad vårdprocess*. En möjlighet skulle därför vara att knyta ett ärendenummer till detta begrepp och enligt inventering av huvudmännens IT-system var det 2015 två system som har stöd för en individanpassad vårdprocess enligt NI:s modell. Planer för att införa stödfunktioner för att följa processer fanns också i flera andra landsting/regioner [26,27].

6. Sedan 2010 ansvarar Socialstyrelsen för förvaltning och vidareutveckling av NI

Många frågor återstår dock att besvara innan visionen om att följa hela vårdförlopp kan omsättas i praktiken. Liksom i all datainsamling är det viktigt att klargöra syftet. Olika aktörer har olika behov av data. Samtidigt finns det behov som är gemensamma och det är viktigt att detta arbete även i fortsättningen sker genom olika samarbeten mellan regionerna och staten, inte minst för att säkerställa att uppgifterna kan användas för jämförelser mellan olika vårdgivare [28].

Balansen mellan inflöde och utflöde avgör väntetiderna

Stora resurser har över åren satsats på att utveckla nationella system för att mäta väntetider och idag finns ett betydligt bättre underlag för att följa och redovisa väntetiderna i stora delar av vården. Att mäta och redovisa väntetider är visserligen en nödvändig förutsättning, men långt ifrån tillräckligt för att åstadkomma de förändringar som är nödvändiga för att rå på problemen med långa väntetider.

Vårdgarantier med eller utan koppling till särskilda medel, har varit det centrala styrinstrumentet för att korta väntetiderna i vården. Det finns en stor flexibilitet i systemet med årliga överenskommelser vilket framgår av att när garantin har ifrågasatts eller när negativa effekter påvisats, så har utformningen av garantin justerats. Resultatet har blivit att garantierna har kommit att omfatta en allt större del av vården.

Modellen med fastställda maximala väntetider är en form av målstyrning där politiken fastställer vad som är en "acceptabel nivå" för väntetiderna. De villkorsbaserade resurstillskotten som är kopplade till överenskommelserna är ytterligare styrmedel för att få regionerna att anpassa sin verksamhet efter dessa mål. Det kommer således an på regionerna att genomföra förändringar i verksamheten som gör att vårdgarantin uppfylls.

För att stödja regionernas förändringsarbeten kommer parterna i överenskommelserna också överens om gemensamma utvecklingsprojekt. Dessa arbeten har inneburit att kunskapen om väntetider och deras orsaker byggts upp. Som framgår av figur 4 är det inte endast en metod eller åtgärd som krävs för att åtgärda väntetiderna och förbättra tillgängligheten. Insatser behövs för att påverka såväl efterfrågan som produktionskapaciteten. Under senare år har det också visats att en mer utvecklad produktions- och kapacitetsplanering på den lokala nivån leder till en bättre balans i verksamheten, vilket i sin tur innebär en ökad tillgänglighet och kortare väntetider [29].

Erfarenheterna från arbetet med väntetider och tillgänglighet visar att det krävs ett aktivt ledarskap, tydliga mål och uthållighet för att nå framgång. Det gäller också att skapa en verksamhetskultur där korta väntetider är en viktig kvalitetsindikator [30].

Det är svårt att avgöra vilken effekt vårdgarantierna, mätningarna och de

särskilda utvecklingsprojekten haft på väntetiderna. Vi vet ju inte vad som hade hänt utan dessa insatser. Eftersom väntetider/ledtider till vård och behandling är en del av processen att ge vård kommer det alltid krävas insatser för att hantera dem. Den övergripande målsättningen för dessa insatser måste då vara att ge vård i rätt tid i förhållande till vårdbehovets angelägenhetsgrad.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2020 – sex frågor om vården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
2. Hanning, M. Maximum Waiting-Time Guarantee – a Remedy to Long Waiting lists? Assessment of the Swedish Waiting-Time Guarantee Policy 1992-1996. [avhandling]. Uppsala Universitet; 2005.
3. Prop. 1986/87:114. Särskild ersättning till sjukvårdshuvudmännen för att öka operationskapaciteten inom sjukvården.
4. Socialstyrelsen. Köer i sjukvården – slutlig redovisning och uppföljning av effekterna av statsbidraget. Stockholm: Socialstyrelsen; 1988. PM 1988:34.
5. Culyer AJ, et al. International review of the Swedish health care system. Stockholm: Studieförbundet Näringsliv och Samhälle; 1991.
6. Landstingsförbundet Språ Dagmar 50. Mer sjukvård för pengarna: en sammanfattning av Dagmar 50-arbetet. Stockholm: Språ; 1992. Språ-rapport; 329.
7. Sveriges Kommuner och Landsting. Överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om införande av en nationell vårdgaranti och en fortsatt satsning på förbättrad tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; Februari 2005.
8. Socialstyrelsen. Vårdgaranti och kömiljard – Uppföljning 2013. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
9. Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020 – Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. Regeringskansliet; 2019.
10. Hanning M. Vad vet sjukvården om köer och väntetider? Läkartidningen. 1996;93(24): 2360–2363.
11. Tillgängligheten i fokus – uppföljningssystem för köer och väntetider i vården. Landstingsförbundet och Södra samverkansnämnden i den södra sjukvårdsregionen. Stockholm; 1998.
12. Hanning, M (red). Väntetider i vården. Socialmedicinsk tidskrift. 2006;83(5–6).
13. Sveriges kommuner och regioner. <https://www.vantetider.se>
14. Socialstyrelsen. Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. Slutrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
15. Socialstyrelsen. I väntan på besked: väntetider inom cancervården – Kartläggning och förslag till mätmodell Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
16. Socialstyrelsen. Väntetider inom cancervården – från remiss till behandlingsstart. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
17. Socialstyrelsen. Väntetider inom cancervården – från remiss till diagnos och behandling. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.

tema

18. Socialstyrelsen. Väntetider i cancervården: väntetider från remiss till behandling i cancervården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
19. Socialstyrelsen. Väntetider i cancervården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
20. Socialstyrelsen. Väntetider i cancervården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
21. OECD. Waiting Times for Health Services. OECD Policy Studies; 2020.
22. Kortare väntetider i cancervården 2016. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Regeringskansliet; 2015.
23. Socialstyrelsen. Standardiserade vårdförlopp i cancervården. Sammanfattning och samlad bedömning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
24. Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2021. Överenskommelse mellan Staten och Sveriges Kommuner och Regioner. Regeringskansliet; 2019.
25. Socialstyrelsen. Patientens väg genom vården: system för uppföljning av väntetider i vården. Rapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
26. Socialstyrelsen. Hälsoärende och process-id: förutsättningar för en sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation kring individanpassade processer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
27. Socialstyrelsen. Att kunna följa patientens väg genom vården. Sätt att koppla samman vårdhändelser i patientens vårdprocess. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
28. Socialstyrelsen. Inledande arbete med att utveckla ett nationellt kodverk för kontaktorsak. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
29. Socialstyrelsen. Kapaciteten i sjukvården – att hantera kritiska lägen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
30. Socialstyrelsen. Uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet -Väntetider i akutsjukvården och fyra tematiska analyser. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.