

Modell för kunskapsstyrning av överbeläggningar och utlokalisering av patienter

Slutrapport

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnr 2012-11-3

Publicerad www.socialstyrelsen.se, november 2012

Förord

I denna rapport presenterar Socialstyrelsen en nationell modell för kunskapsstyrning av överbeläggningar och utlokalisering av patienter. Socialstyrelsen har utarbetat modellen i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Modellen syftar till att ligga till grund för att följa upp och utvärdera samt utöva tillsyn över överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter. För detta syfte togs definitioner av begreppen samt indikatorer fram för uppföljning av överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter.

Projektledaren har varit Milan Knezevic. I arbetsgruppen har följande deltagit Margaretha Berglund Rödén, Ann Fagerlind, Christina Broman, Sven Oredsson, Peter Rönnerfalk, Eva Basilier, Claes-Håkan Björklund, Per-Henrik Nilsson, Michael Soop, Stefano Testi, Cecilia Dahlgren, Ralph Dahlgren, Johan Brisfjord och Pernilla Niia. Ansvarig enhetschef har varit Marie Lawrence.

Taina Bäckström

Ställföreträdande myndighetschef

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
<i>Bakgrund, syfte och genomförande</i>	9
<i>Modell för kunskapsstyrning av överbeläggningar och utlokalisering av patienter</i>	11
Modellens processer och infrastruktur	11
Risker med att införa modellen	12
Förvaltning av modellen	12
<i>Modellens processer</i>	13
Ta fram bästa tillgängliga kunskap	13
Stöd till implementering	13
Styra, följa upp och förbättra – regionalt och lokalt	14
Följa upp och utvärdera på nationell nivå samt utöva tillsyn	14
<i>Modellens förutsättning – en fungerande infrastruktur</i>	16
Gemensam terminologi utgår från ett patientsäkerhetsperspektiv	16
Indikatorer – överbeläggning, utlokaliserad patient och utskrivningsklar patient	19
Den nationella databasen	20
Reflektioner från två landsting utifrån de första mätningarna	21
<i>Kunskap om patientsäkerhetsrisker vid överbeläggningar och utlokalisering av patienter</i>	25
Analys av tillsynsärenden förtydligar sambandet mellan överbeläggningar och patientsäkerhet	25
Litteraturgenomgången visar att risker för vårdskador kan öka vid överbeläggningar	27
<i>Läget i landet innan de första enhetliga mätningarna</i>	28
Strävan mot en patientsäker beläggning påtagligt hos huvudmän	28
Ett par exempel på systematiska lösningar	31
<i>Antalet vårdplatser och belägningsgraden</i>	35
Antalet vårdplatser	35
Belägningsgraden	36
<i>Referenser</i>	37
<i>Bilaga 1: Projektorganisation</i>	38

<i>Bilaga 2: Remissinstanser och remissvar</i>	<i>40</i>
<i>Bilaga 3: Begreppsdiagram</i>	<i>44</i>
<i>Bilaga 4: Indikatorbeskrivningarna</i>	<i>46</i>
<i>Bilaga 5: Litteraturgenomgång</i>	<i>49</i>
<i>Bilaga 6: Andra länders uppföljning av överbeläggningar</i>	<i>70</i>

Sammanfattning

Vården behöver kontinuerlig tillgång till bästa tillgängliga kunskap om orsakerna till, riskerna med och åtgärderna för att minska överbeläggningar och utlokalisering av patienter. För att öka den kunskapen och därmed bidra till en säkrare hälso- och sjukvård har Socialstyrelsen i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) tagit fram en modell för kunskapsstyrning av överbeläggningar och utlokalisering av patienter. Syftet med modellen är att genom kunskapsimplementering bidra till en optimal planering av vårdplatser på landets sjukhus och till en säkrare hälso- och sjukvård.

Modellen utgår från den nationella modellen för kunskapsstyrning och baseras på en gemensam infrastruktur. Den består av gemensam terminologi, indikatorer och en nationell databas. För att skapa en gemensam terminologi har ett dussin begrepp som rör vårdplatser och som finns i Socialstyrelsens termbank fått nya vidgade definitioner med en klar koppling till patientsäkerhet. Dessutom har Socialstyrelsen och SKL tagit fram och definierat två nya begrepp utifrån patientsäkerhetsperspektivet:

- *Överbeläggning* definieras som en händelse när en inskriven patient vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats, vilket är en vårdplats i sluten vård med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö.
- *Utlokaliserad patient* definieras som en inskriven patient som vårdas på en annan vårdenheter än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten.

Dessa begrepp har varit grunden för att ta fram tre nya indikatorer för att mäta effekter av och orsaker till bristen på vårdplatser på svenska sjukhus:

- överbeläggning
- utlokaliserad patient
- utskrivningsklar patient.

Avsikten med de två första indikatorerna, *överbeläggning* och *utlokaliserad patient*, är att mäta händelser när en patient inte är inskriven på en disponibel vårdplats, och mäter således effekterna av bristen på vårdplatser. Den tredje indikatorn, *utskrivningsklar patient*, visar å andra sidan hur många vårdplatser som upptas av patienter som borde vara utskrivna vid tidpunkten när mätningen gjordes. Den mäter således en av orsakerna som kan leda till brist på vårdplatser. Alla indikatorer beräknas per 100 disponibla vårdplatser vilket möjliggör jämförelser och analys mellan sjukhus och landsting.

Kartläggningen av den tillgängliga vetenskapliga litteraturen visar att en rad vårdskador kan uppkomma vid överbeläggningar och vid utlokalisering av patienter. Exempel på sådana vårdskador är

- vårdrelaterade infektioner
- otillräcklig smärtlindring och felmedicinering
- försenad behandling eller medicinering
- ökad dödlighet för vissa tillstånd
- minskad nöjdhet med vården hos patienter och med arbetsmiljö hos personalen.

En kvalitativ analys av Socialstyrelsens egna tillsynsändanden har bland annat identifierat ett antal faktorer vid överbeläggningar och utlokaliseringar som innebär patientsäkerhetsrisker. Dessa faktorer är

- att överbeläggningar betraktas som ett normaltillstånd
- bristande samsyn om patientens vård, otydlig ansvarsfördelning, otillräckliga rutiner och ofullständig dokumentation
- bristfällig muntlig och skriftlig kommunikation
- brister i lokaler, utrustning och medicinsk kompetens
- stress och otrygg arbetsmiljö.

Under hösten 2012 har alla landsting börjat mäta och rapportera överbeläggningar och utlokalisering av patienter till en nationell databas. De rapporterade mätningarna kommer att valideras mot de fastställda definitionerna och indikatorerna innan jämförande nationella uppföljningar och utvärderingar kommer att presenteras. Detta planeras ske i slutet av 2013.

Socialstyrelsen och SKL ska fortsätta samordna sitt arbete och förvalta modellen i syfte att stödja huvudmän att uppnå en ändamålsenlig och effektiv styrning av vårdplatser.

Bakgrund, syfte och genomförande

Socialstyrelsen har i sina granskningar av vården upprepade gånger pekat på problemet med överbeläggningar. Utgångspunkten för projektet har varit dessa granskningar som har identifierat olika typer av brister som uppstår när patienter får vårdplatser som inte uppfyller deras vårdbehov. Bristerna gäller bland annat fysisk anpassning, medicinsk utrustning, bemanning och kompetens hos vårdpersonal. Vid ett möte mellan Socialstyrelsen och SKL i juni 2010 beslutades det om att starta ett projekt för uppföljning och utvärdering av överbeläggningar och utlokalisering av patienter.

Syftet med projektet har varit att innan utgången av år 2012 utarbeta en modell för kontinuerlig uppföljning och utvärdering av överbeläggningar och utlokalisering av patienter och dess effekter på patientsäkerheten och vårdkvaliteten på lokal, regional och nationell nivå samt att underlätta Socialstyrelsens tillsyn av landets sjukhus.

Projektet påbörjades i januari 2011 av Socialstyrelsen i samarbete med SKL. Sedan starten har Socialstyrelsen och SKL genomfört en rad aktiviteter i syfte att uppnå projektets mål. Dessa aktiviteter är:

- En analys av ett urval tillsynsärenden som gäller överbeläggning och utlokalisering av patienter för att öka kunskapen om riskerna med överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter.
- En kartläggning av vetenskapliga artiklar om sambandet mellan överbeläggningar och vårdskador.
- En sammanställning av andra länders erfarenheter av att följa upp överbeläggningar på nationell och regional nivå samt sjukhusnivå.
- En lägesbeskrivning av förekomst, uppföljning och hantering av överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter på landets sjukhus och landsting samt en översikt av de begrepp som används lokalt.
- Fastställande av nya och justering av befintliga definitioner av begrepp inom områdena vårdplatser, överbeläggningar och utlokaliseringar som ingår i Socialstyrelsens termbank.
- Publicering av lämpliga indikatorer som gäller trender kring förändringar av antal vårdplats och beläggning av sjukhus i en vårdkonsumtionsbilaga för öppna jämförelser 2011.
- Justering av de fem närliggande begreppen *inskrivning*, *utskrivning*, *öppen*, *sluten* och *hemsjukvård* som ingår i Socialstyrelsens termbank.
- Framtagande av tre nya indikatorer: *överbeläggning*, *utlokalisering* och *utskrivningsklar patient*.
- Framtagande av en modell för att följa upp och utvärdera samt utföra tillsyn av överbeläggningar och utlokalisering av patienter.

- Skapande av en nationell databas på SKL där sjukhusen regelbundet ska rapportera indikatorernas utfall.

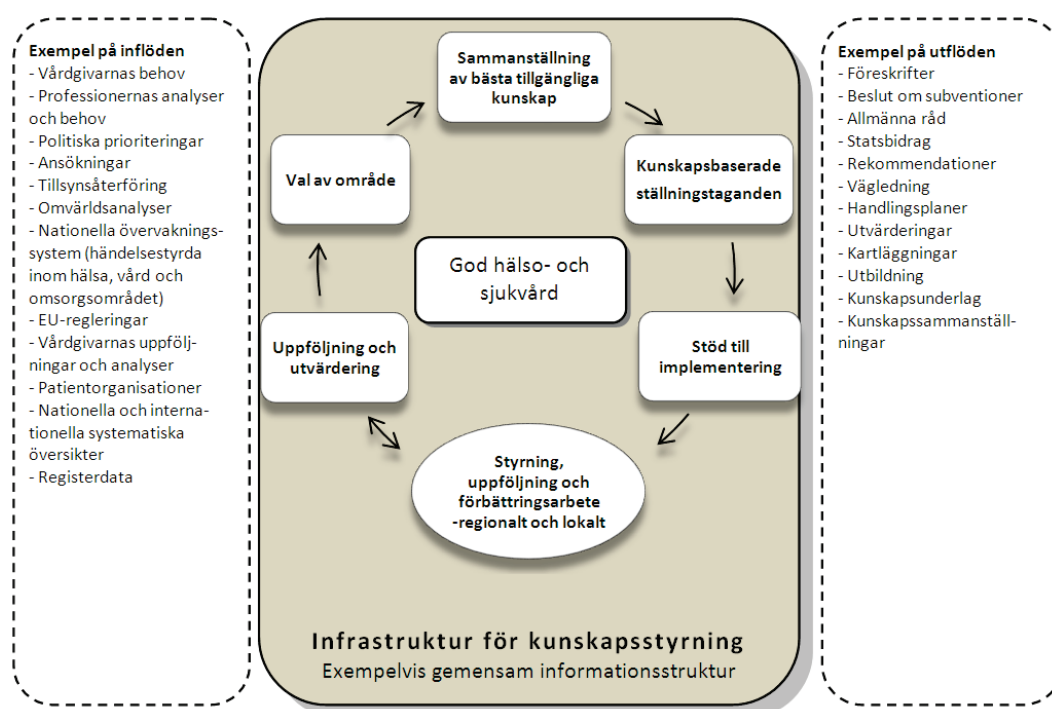
Under hösten 2012 har landets samtliga sjukhus startat mätningarna enligt Socialstyrelsens definitioner och alla landsting och regioner har börjat rapportera data till den nationella databasen.

För mer information om projektets organisation, se bilaga 1.

Modell för kunskapsstyrning av överbeläggningar och utlokalisering av patienter

Modellen för kunskapsstyrning av överbeläggningar och utlokalisering av patienter utgår från den nationella modellen för kunskapsstyrning [1]. Den visar även kopplingen till styrning, uppföljning och förbättringsarbete på regional och lokal nivå. Det yttersta målet med kunskapsstyrningen är en god hälso- och sjukvård. Den presenteras grafiskt i figur 1.

Figur 1. Nationell modell för kunskapsstyrning.



Modellens processer och infrastruktur

Den modell för kunskapsstyrning av överbeläggningar och utlokalisering av patienter som presenteras beskriver både processen och infrastrukturen för kunskapsstyrning i enlighet med den nationella modellen för kunskapsstyrning.

Processer

Modellens processer omfattar kunskapsproduktion (sammanställning av bästa tillgängliga kunskap samt kunskapsbaserade ställningstaganden), stöd till implementering, regional och lokal styrning, uppföljning och förbättringsarbete.

ringsarbete och slutligen uppföljning och utvärdering på nationell nivå som också inkluderar tillsyn.

Infrastruktur

Modellens infrastruktur omfattar de grundläggande förutsättningar som krävs för en fungerande kunskapsstyrning avseende *överbeläggningar och utlokalisering av patienter*. Modellens infrastruktur består bland annat av

- gemensam terminologi
- indikatorerna *överbeläggning*, *utlokalisering* och *utskrivningsklar patient*
- en nationell databas.

Det viktigaste målet med Socialstyrelsens och SKL:s arbete har varit att bygga upp och sätta igång infrastrukturens beståndsdelar. Modellens processer och infrastruktur beskrivs mer detaljerat i de två nästkommande kapitlen.

Risker med att införa modellen

Överbeläggningar och utlokaliseringar uppstår när patienter inte kan erbjudas en disponibel vårdplats, det vill säga en vårdplats som säkerställer patientsäkerheten. Grundproblemet är således att patienter inte får tillgång till säkra vårdplatser. Följden blir att de vårdas på mindre säkra vårdplatser och då uppstår överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter. Andelen överbeläggningar och utlokaliserade patienter i förhållande till disponibla vårdplatser kan ses som ett mått på bristen på disponibla vårdplatser.

Med införandet av mätningar kommer fokus på överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter att öka. Detta kan medföra att överbeläggningar och utlokaliseringar börjar uppfattas som ett separat problem från problemet med tillgången på disponibla vårdplatser. I stället för att man vidtar åtgärder för att öka antalet disponibla vårdplatser kan detta medföra att man vidtar åtgärder för att minska antalet överbeläggningar och utlokaliseringar till varje pris. Detta kan leda till att patienter som behöver sjukhusvård inte bereds vårdplats, vilket kan innebära en större patientsäkerhetsrisk än vad till exempel en överbeläggning skulle ha medfört.

Förvaltning av modellen

Socialstyrelsen och SKL förvaltar modellen. Socialstyrelsen ansvarar för utveckling av termer och indikatorer, sammanställning av bästa tillgängliga kunskap, kunskapsbaserade ställningstaganden, stöd till implementering, uppföljning och utvärdering på nationell nivå och tillsyn. SKL ansvarar för den nationella databasen samt att stödja huvudmännens styrning, uppföljning och förändringsarbete lokalt och regionalt.

Modellen bör ses över med jämna intervall så att den hålls uppdaterad.

Modellens processer

Enligt modellen består processen för kunskapsstyrning av överbeläggningar och utlokalisering av patienter av följande steg:

- Ta fram bästa tillgängliga kunskap (sammanställning av bästa tillgängliga kunskap samt kunskapsbaserade ställningstaganden).
- Ge stöd till implementering av kunskapen.
- Styra, följa upp och förbättra arbetet – regionalt och lokalt.
- Följa upp och utvärdera på nationell nivå samt utöva tillsyn.

Ta fram bästa tillgängliga kunskap

Modellen utgår ifrån att överbeläggningar och utlokalisering av patienter kan medföra patientsäkerhetsrisker. Ett viktigt mål med kunskapssammanställningarna är att beskriva detta samband och ge kunskap om hur riskerna kan undvikas eller minskas. Även kunskapen om vårdflöde och optimering av vårdprocesser är en viktig del av kunskapsunderlaget.

Arbetet med att sammanställa den bästa tillgängliga kunskapen om hur man kan undvika överbeläggningar och utlokalisering av patienter utan negativa konsekvenser för patientsäkerheten består på nationell nivå av genomgångar och bedömningar av till exempel befintliga systematiska översikter (nationella och internationella), enskilda studier, andra forskningsresultat och beprövad erfarenhet.

I kapitlet Kunskap om patientsäkerhetsrisker vid överbeläggningar och utlokalisering av patienter, längre fram i rapporten presenterar Socialstyrelsen en sammanställning av befintlig kunskap om risker med överbeläggningar och utlokalisering av patienter som är gjord inom ramen för projektet.

Stöd till implementering

Vårdgivaren har i uppdrag att implementera bästa tillgängliga kunskap och kunskapsgrundande ställningstaganden i verksamheten. Behovet av stöd till implementering har tydliggjorts under de senaste åren.

Detta bekräftas av en kartläggning av läget i landet för överbeläggningar och utlokalisering av patienter som presenteras längre fram i rapporten. Enligt kartläggningen bör stödet till implementeringen omfatta både kunskapssammanställningarna och den framtagna infrastrukturen, exempelvis nya begrepp och indikatorer. Stödet till implementering bör målgruppsanpassas och Socialstyrelsen kan exempelvis anordna nationella eller regionala seminarier med företrädare för beslutsfattare och politiker.

Styra, följa upp och förbättra – regionalt och lokalt

Enligt modellen producerar Socialstyrelsen bästa tillgängliga kunskap om orsaker till, risker med och ändamålsenliga åtgärder för att minska överbeläggningar och utlokalisering av patienter som stöd för vårdgivarna i deras uppdrag. Ansvar för styrning, förbättringsarbete, övergripande prioriteringar och för regionala och lokala uppföljningar ligger på vårdgivarna. Hur arbetet sker varierar mellan regionerna och landstingen, framförallt beroende på egna erfarenheter med vårdplatsoptimering men också med övrigt utvecklingsarbete, styrning och andra lokala faktorer. Exempel på lokalt och regionalt förbättringsarbete är olika projekt av vårföloptimering, omfördelning av vårdplatser, samverkan med kommuner kring utskrivningsklara patienter, etc.

Följa upp och utvärdera på nationell nivå samt utöva tillsyn

Socialstyrelsen ansvarar för att följa upp och utvärdera på nationell nivå samt utöva tillsyn¹ av överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter.

Uppföljning på nationell nivå

Målet med nationell uppföljning av överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter är att driva på utvecklingen av patientsäkerheten på landets sjukhus genom att bidra med ny kunskap på området. Dessa uppföljningar kan starta först efter att valida data om förhållandena på landets sjukhus blir tillgängliga i den nationella databasen. Socialstyrelsen uppskattar att detta kan bli möjligt tidigast under hösten 2013, det vill säga efter att data har samlats in under minst ett år. Socialstyrelsen anser att det blir mest effektivt om dessa uppföljningar genomförs och presenteras inom de etablerade eller redan fastställda formerna för uppföljning och utvärdering, det vill säga

- öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet
- den årliga lägesrapporten på patientsäkerhetsområdet.

Utvärdering på nationell nivå

De första utvärderingarna kan sannolikt genomföras först efter de ovan nämnda uppföljningarna. Utvärderingarna bör omfatta både en analys av utvecklingen på området och en analys av de förväntade och eventuellt önskade effekterna. För att upprätthålla god kunskap inom området är det viktigt att genomföra utvärderingarna med jämna tidsintervall.

¹ Här avser vi endast uppföljning och utvärdering på nationell nivå samt tillsyn som sker på Socialstyrelsen. Eventuella andra uppföljningar och utvärderingar på nationell nivå inom området ingår inte i modellen.

Tillsyn

Socialstyrelsen har tagit fram en tillsynsplan för åren 2013–2014. Planen innehåller en analys av patientsäkerhetsrisker som bygger på tillsynens samlade erfarenheter, bland annat på sakområdet akut somatisk sjukvård [2]. Analysen visar att överbeläggningar och utlokalisering av patienter ofta är en bakomliggande orsak till stora patientsäkerhetsrisker och vårdskador. Socialstyrelsen har även uppmärksammat dessa i den kunskapssammanställning och i den analys av tillsynsärenden som är gjord inom ramen för detta projekt. I enlighet med tillsynsplanen avser Socialstyrelsen att utöva tillsyn av ledningssystem kopplade till egenkontroll och med utgångspunkt i den enskilde patienten eller vård- och omsorgstagaren och den risk för vårdskada som han eller hon utsätts för.

Socialstyrelsen riktar tillsynens insatser dit den gör störst nytta. I tillsynen använder Socialstyrelsen flera olika informationskällor som grund för att identifiera, planera och genomföra olika tillsynsaktiviteter med utgångspunkt i risker. En informationskälla är inkomna ärenden från enskilda personer, en annan är anmälningar från anmälningsansvariga i olika vårdverksamheter där vården själva anmäler missförhållanden. Media utgör ytterligare en informationskälla som rapporterar om olika missförhållanden och händelser i vården. Socialstyrelsen avser även att använda statistikproduktionen för överbeläggningar och utlokalisering av patienter, som nu finns tillgänglig via SKL, som ytterligare en viktig informationskälla för att planera och utöva tillsynsinsatser. Kvalitetssäkringen av datauppgifterna som produceras måste kontinuerligt utvecklas och data bör analyseras med viss försiktighet. På sikt ska dataproduktionen emellertid kunna utgöra en mer viktig och säker informationskälla för tillsyn.

Modellens förutsättning – en fungerande infrastruktur

Den infrastruktur som är basen för modellen utgörs av

- gemensam terminologi
- indikatorerna *överbeläggning*, *utlokalisering* och *utskrivningsklar patient*
- en nationell databas.

Gemensam terminologi utgår från ett patientsäkerhetsperspektiv

En av de viktigaste förutsättningarna för modellen är en gemensam terminologi för överbeläggningar och utlokalisering av patienter. Därför har Socialstyrelsen redan under projektets första år tagit fram två nya begrepp och omdefinierat ett antal befintliga begrepp.

Uttrycken *överbeläggningar* och *utlokalisering av patienter* används ofta, både av allmänheten och i olika sammanhang inom hälso- och sjukvården. Innan projektstarten anordnade Socialstyrelsen ett nationellt seminarium på temat överbeläggningar, och den visade att landsting och sjukhus har olika uppfattningar om begreppens innebörd och att vissa huvudmän även har tagit fram egna definitioner. Socialstyrelsens termbank har inte heller innehållit några definitioner av begreppen som användare i vården kunnat relatera till. Termbanken innehöll däremot vissa närliggande begrepp, exempelvis begrepp avseende olika typer av vårdplatser, men de hade en administrativ innebörd.

Enligt en lägesbeskrivning av överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter på landets sjukhus och landsting som SKL gjorde under våren 2011 och som presenteras längre fram i rapporten framkom från de tillfrågade ett starkt behov av gemensamma begrepp inom området. Enligt lägesbeskrivningen kände 35 av 46 tillfrågade sjukhus till Socialstyrelsens definitioner av begreppen inom området vårdplatser men de tolkar och använder dem på olika sätt. För att beskriva en överbeläggning relaterar 50 procent till begreppet *disponibel vårdplats* och 50 procent till begreppet *fastställd vårdplats*. Enligt undersökningen gäller bland de tillfrågade sjukhusen en starkare samsyn kring definitionen av *utlokaliserad patient*.

Terminologiarbetet

Målet med terminologiarbetet är att olika intressenter ska lägga samma innebörd i de enskilda begreppen och använda de rekommenderade termerna på ett enhetligt sätt. En tvärdisciplinär arbetsgrupp har haft uppdraget att bedöma behovet av begrepp på områdena vårdplatser, överbeläggning och

utlokalisering av patienter samt att ta fram nya och eventuellt revidera befintliga begrepp. Arbetsgruppen bestod av medlemmar från Socialstyrelsens projektgrupp, landstingen, SKL och Arbetsmiljöverket, se bilaga 1. Gruppen följde den metod för terminologiarbete som Socialstyrelsen använder [3].

Uppdraget genomfördes i två omgångar. I den första omgången identifierade gruppen åtta begrepp som var relevanta för områdena. Av dessa åtta begrepp var två nya och sex befintliga, av vilka fyra reviderades och två togs bort. I den andra omgången reviderade gruppen ytterligare fem befintliga begrepp eftersom de påverkades av det förra arbetet.

Positiv respons från remissinstanserna

Förslagen förankrades genom breda nationella remisser som avslutades den 1 november 2011 respektive 31 mars 2012. De synpunkter som kom in har lett till en del ändringar i förslagen. Alla remissinstanser finns listade i bilaga 3. Förslagen skickades ut till 153 remissinstanser. Av dessa hade 55 svarat i första omgången och 52 i andra, och ytterligare 12 respektive 8 hade meddelat att de avstår från att svara eller att de inte hade några synpunkter. De som svarade var främst landsting, regioner, kommuner och myndigheter. Varje remissinstans kunde svara genom att ta ställning för eller emot en term eller definition och kommentera sitt ställningstagande. Generellt gav remissinstanserna positiv återkoppling på de föreslagna termerna och definitionerna. Remissinstansernas ställningstagande visas i bilaga 2.

De fastställda definitionerna

Sammanlagt definierades två nya begrepp, nio omdefinierades och två togs bort. Definitioner och kommentarer för dessa elva termer som nu ingår i Socialstyrelsens termbank presenteras i tabell 1 nedan. Se också begreppsdiagram i bilaga 3.

Tabell 1: Slutgiltig termlista.

Term	Definition	Kommentar och användningsområde	Synonym	Källa
vårdplats	ligg- eller sittplats på vårdenhets som kan användas för vård och behandling			Reviderad termpost
disponibel vårdplats	vårdplats i slutenvård med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö			Reviderad termpost
fastställd vårdplats	vårdplats i slutenvård beslutad av huvudman	Fastställd vårdplats är en administrativ benämning och används i t.ex. budget- och planeringssammanhang.		Reviderad termpost
teknisk vårdplats	disponibel vårdplats på vårdenhets med särskilda resurser	Exempel: intensivvårdsp plats, förlossningsplats.		Reviderad termpost

Term	Definition	Kommentar och användningsområde	Synonym	Källa
utlokaliserad patient	inskriven patient som vårdas på annan vårdenhets än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten	Innebörden i begreppet "medicinskt ansvar" måste tolkas lokalt utifrån vårdgivarens organisatoriska förutsättningar. En patient räknas inte som utlokaliserad när det är medicinskt motiverat att vårda på annan vårdenhets, t.ex. kirurgisk vård på barnavdelning, isoleringsvård, vård på akutvårdsenhet och intensivvård.		Ny term post
överbeläggning	händelse när en inskriven patient vårdas på vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats			Ny term post
inskrivning i slutenvård	händelse när ett vårdtillfälle påbörjas och vårdplats i slutenvård ställs till patientens förfogande	Inskrivning kräver medicinsk bedömning av patientens tillstånd.		Reviderad term post
utskrivning från slutenvård	händelse när ett vårdtillfälle avslutas och vårdplats i slutenvård inte längre står till patientens förfogande	Utskrivning kräver medicinsk bedömning av patientens tillstånd.		Reviderad term post
slutenvård	hälso- och sjukvård när den ges till patient vars tillstånd kräver resurser som inte kan tillgodoses inom öppen vård eller hemsjukvård	Bedömningen av vilka tillstånd som kräver slutenvård varierar över landet. Slutenvård bedrivs dygnet runt och kräver inskrivning. För information om vad som ska inrapporteras till Socialstyrelsen, se webblänk till patientregistret: [http://www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/patientregistret]		Reviderad term post
öppen vård	hälso- och sjukvård när den ges till patient vars tillstånd medger att aktuell vårdinsats förväntas kunna avslutas inom ett begränsat antal timmar	Öppen vård bedrivs i allmänhet under dagtid. Vid behov av övernattnings leder det i regel till inskrivning i slutenvård. För information om vad som ska inrapporteras till Socialstyrelsen, se webblänk till patientregistret: [http://www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/patientregistret]		Reviderad term post
hemsjukvård	hälso- och sjukvård när den ges i patients bostad eller motsvarande och som är sammanhängande över tiden	Åtgärder/insatser ska ha föregåtts av vård- och omsorgsplanering. Hemsjukvård ges i såväl ordinärt som särskilt boende samt i daglig verksamhet och dagverksamhet. Skilj från öppen vård.		Reviderad term post

Indikatorer – överbeläggning, utlokaliserad patient och utskrivningsklar patient

Enligt den lägesbeskrivning som SKL gjorde under 2011 har landets regioner, landsting och sjukhus följt upp överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter lokalt med hjälp av egna indikatorer. I syfte att skapa jämförbarhet har gemensamma indikatorer inom området tagits fram. De viktigaste kraven på dessa indikatorer var att de skulle spegla patientsäkerhetsaspekter vid överbeläggningar och utlokalisering av patienter samt att de skulle vara enkla att fånga och helst registrerade i befintliga patientadministrativa system.

Förslagen på indikatorbeskrivningar har tagits fram av en arbetsgrupp för indikatorer för överbeläggningar och utlokalisering av patienter. Arbetsgruppen består av personer från Socialstyrelsen, SKL och ett antal landsting och regioner. Förslagen på indikatorbeskrivningen har därefter fastställts efter en remissrunda. Av sammanlagt 134 externa och interna remitter har 19 lämnat synpunkter på förslaget och så gott som samtliga har tillstyrkt arbetsgruppens förslag.

Avsikten med de första två indikatorerna, *överbeläggning* och *utlokaliserad patient*, är att mäta händelser när en patient inte är inskriven på en disponibel vårdplats. Summan av dessa två indikatorer visar hur många disponibla vårdplatser som saknades på ett sjukhus just vid den tidpunkt när mätningen gjordes. Under projektets gång har arbetsgruppen diskuterat att definiera ett begrepp som skulle innefatta den sammanlagda bristen på disponibla vårdplatser vid en tidpunkt på en vårdenhets eller på ett sjukhus. Socialstyrelsen ställningstagande är att innan ett sådant begrepp definieras är det nödvändigt att de framtagna indikatorerna används i vården under en period och att de utvärderas.

Den tredje indikatorn som togs fram, *utskrivningsklar patient*, visar hur många av de befintliga disponibla vårdplatserna som upptas av patienter som borde ha varit utskrivna vid den tidpunkt då mätningen gjordes. Denna indikator speglar därmed bara en, dock viktig, orsak till bristen på disponibla vårdplatser. Under nästa rubrik beskrivs dessa indikatorer. De fullständiga indikatorbeskrivningarna finns i bilaga 4.

Överbeläggning

Indikatorn *överbeläggning*, som baseras på de tidigare nämnda definitionerna, visar förhållandet mellan antalet överbeläggningar och antalet disponibla vårdplatser i slutenvård. Måttet definieras som antal överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser. Antalet överbeläggningar beräknas som differensen mellan antalet patienter inskrivna på en vårdenhets och antalet disponibla vårdplatser vid samma vårdenhets. Mätpunkten är fastställd till klockan 06.00.

Rapporteringen till databasen är planerad att ske månadsvis. Uppgifterna ska lämnas separat för somatisk och för psykiatrisk vård samt totalt för sjukhuset. Vid sammanställning av statistik på nationell nivå kommer resultaten att presenteras månadsvis per sjukhus, landsting och region samt separat för somatisk och för psykiatrisk vård och totalt för riket.

Utlokaliserad patient

Indikatorn *utlokaliserade patienter*, som också baseras på de tidigare nämnda definitionerna, visar förhållandet mellan antalet utlokaliserade patienter och antalet disponibla vårdplatser i slutenvård. Måttet definieras som antal utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser. Antalet utlokaliserade patienter beräknas genom att summera alla utlokaliserade patienter på alla slutenvårdsenheter på ett sjukhus varje dag. Mätpunkten är fastställd till klockan 06.00.

Rapporteringen till databasen sker på samma sätt som för indikatorn *överbeläggning*.

Utskrivningsklar patient

Indikatorn *utskrivningsklar patient*, som också baseras på definitionerna i termbanken, visar förhållandet mellan antalet utskrivningsklara patienter och antalet disponibla vårdplatser i slutenvård. Måttet definieras som antalet utskrivningsklara patienter per 100 disponibla vårdplatser. Antalet utskrivningsklara patienter beräknas genom att summera alla utskrivningsklara patienter på alla slutenvårdsenheter på ett sjukhus varje dag. Mätpunkten är fastställd till klockan 06.00.

Rapporteringen till databasen sker på samma sätt som för indikatorn *överbeläggning*.

Den nationella databasen

I 2012 års patientsäkerhetsöverenskommelse mellan staten och SKL kring satsning på ökad patientsäkerhet fastställs mål för överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter [4]. I överenskommelsen har detta specificerats till att 100 miljoner kronor kommer att fördelas till de landsting som senast den 30 september 2012 mäter antalet överbeläggningar och rapporterat in data till den nationella databasen. Landstingen ska mäta överbeläggningarna enligt de fastställda definitionerna på alla slutenvårdsavdelningar på alla sjukhus.

Indikatorerna baseras på dagliga mätningar men redovisas som andel per månad. Rapporteringen kan göras dagligen eller samlat för hela eller delar av månaden. Hela månaden ska dock vara rapporterad senast den femtonde månaden efter. Det innebär att landstingen senast den 15 oktober 2012 ska ha rapporterat de första dagliga mätningarna av överbeläggningar, utlokaliserade patienter och disponibla vårdplatser för hela september så att man kan beräkna ett mått för september.

Landstingen gör inrapporteringen på webben i ett befintligt rapporteringsverktyg för *Väntetider i vården* i en separat fil. Inrapporteringen bygger på att redovisningen av täljare (antalet överbeläggningar eller utskrivningsklara patienter) och nämnare (antalet disponibla vårdplatser) för respektive indikator sker separat per dag. Varje sjukhus och landsting eller region redovisar uppgifterna fördelat efter somatisk respektive psykiatrisk vård.

Under hösten har samtliga landsting och regioner infört regler och rutiner för denna mätning och samtliga har anmält samordnare och rapportörer för rapportering till databasen. Samtliga landsting och regioner har också re-

dovisat in mätetal med start den 1 september. Under hösten kommer dessa indikatorer att kvalitetssäkras och valideras så att de kan börja användas mer generellt under 2013. Detta kommer att möjliggöra ett vidare nationellt förbättringsarbete för att minska överbeläggningar och utlokaliserade patienter, vilket i sin tur ytterligare kommer att höja patientsäkerheten på sjukhusen.

Reflektioner från två landsting utifrån de första mätningarna

Sörmland – övergång till ny terminologi och samordnad rapportering

Det finns en positiv inställning bland både berörd personal och landstingets ledning till att registrera överläggningar och utlokaliserade patienter enligt de nya definitionerna. Patientsäkerhetsenheten ansvarar för att samordna beläggningsfrågorna i landstinget. Förtydligandet av ansvarsfrågan har underlättat arbetet och varit nödvändigt när frågorna om tolkning uppkommit.

Fortfarande saknas det ett system för automatisk hämtning av uppgifterna ur de nuvarande patientadministrativa systemen. Vårdenheterna rapporterar beläggningen manuellt i *Vårdplatslistan*, ett webbaserat rapporteringssystem. Mätningar registreras dagtid från klockan 06.00 av vårdplatskoordinatör på respektive sjukhus och listan uppdateras kontinuerligt. Patientsäkerhetsenheten sammanställer data och rapporterar i SKL:s databas Signe. När registreringen började framkom det att det fanns olikheter i tolkningen vid tillämpning av rutiner för mätning och registrering, både av begreppet *överbeläggning* och av begreppet *utlokaliserad patient*. I syfte att öka validiteten av registreringarna utarbetades dokumentet *Beläggningsrapportering – frågor och svar* med ytterligare specificering och exempel på hur definitionerna ska tillämpas i landstinget.

Ett exempel på tolkningssvårigheter är att begreppet *överbeläggningsmöjlighet*, ett lokalt etablerat begrepp, används på *Vårdplatslistan*. Det beskriver vårdplatser där patienter skrivs in när samtliga disponibla vårdplatser är belagda och motsvarar begreppet *extra vårdplats* som är struket ur Termbanken. På *Vårdplatslistan* finns angivet hur många överbeläggningsmöjligheter en avdelning har, det vill säga om det finns extra sängplatser. Vissa vårdenheter räknade i början inte avdelningen som överbelagd när en patient placerades i den extra sängplatsen, trots att antalet patienter översteg antalet disponibla vårdplatser.

Ett annat exempel är felaktig tolkning av begreppet *utlokaliserad patient*. Vissa avdelningar registrerade i början inte patienter som utlokaliserades från andra vårdenheter som de, enligt egen bedömning, kunde ta hand om. Detta trots att det saknades läkarkompetens på avdelningen. För att undvika sådana felaktiga tolkningar skapades en applikation (en så kallad popup-ruta) på *Vårdplatslistan* som underlättar för vårdpersonalen att bedöma vilka patientkategorier som kan vårdas på varje avdelning, se figur 2.

Figur 2. Vårdplatslistan, exempel på en applikation, Landstinget i Sörmland.

Sjukhuset Eskilstuna

Lediga vårdplatser = 17

☒ MSE ☐ KSK ☐ NLN Historik: Välj datum/tid Datum: 20

Avdelning/ Specialitet	Tel.nr	Lediga platser	Faktisk beläggning	Planerat intag inkl pat från perm	Disponibla vpl vard/helg	Öv mö var
17 Ort	05640	0	8	1	8/8	0
Intagningsorsaker: Akut verksamhet: 17 Ortopediska skador såsom höft- och fotledsfrakturer samt andra ortopediska åkommor. Planerad verksamhet: 18 Avdelningen bedriver även planerad operationsverksamhet såsom ryggkirurgi, höft- och knäoperationer. Special: 36 Om patienten är infekterad bör jourhavande ortoped överväga inf.kontakt för inläggning på avd 36 annars bör patienten placeras på AVA. Övrigt: 72 Vid akut platsbrist kan lättare medicinpatienter (exempelvis andningsbesvär och anemi) placeras här. 72 Som utlokaliserad patient räknas samtliga patienter som inte tillhör ortopedkliniken. 72						
81 Kir	03975	1	29	0	30/24	0

Utrymmet för felaktiga tolkningar minskas genom att denna informations-text om avdelningen är tillgänglig och utformad med hänsyn till både omvårdnadskompetens och medicinsk kompetens. Därmed ökar sannolikheten att data blir korrekta och jämförbara.

Behovet av stöd till vårdenheter bedöms vara hög under den närmaste perioden, särskilt vad gäller tillämpningen av den gemensamma terminologin. Målet är att under 2013 minimera det manuella arbetet i det patientadministrativa systemet.

Region Skåne – IT-stöd för rapportering och uppföljning

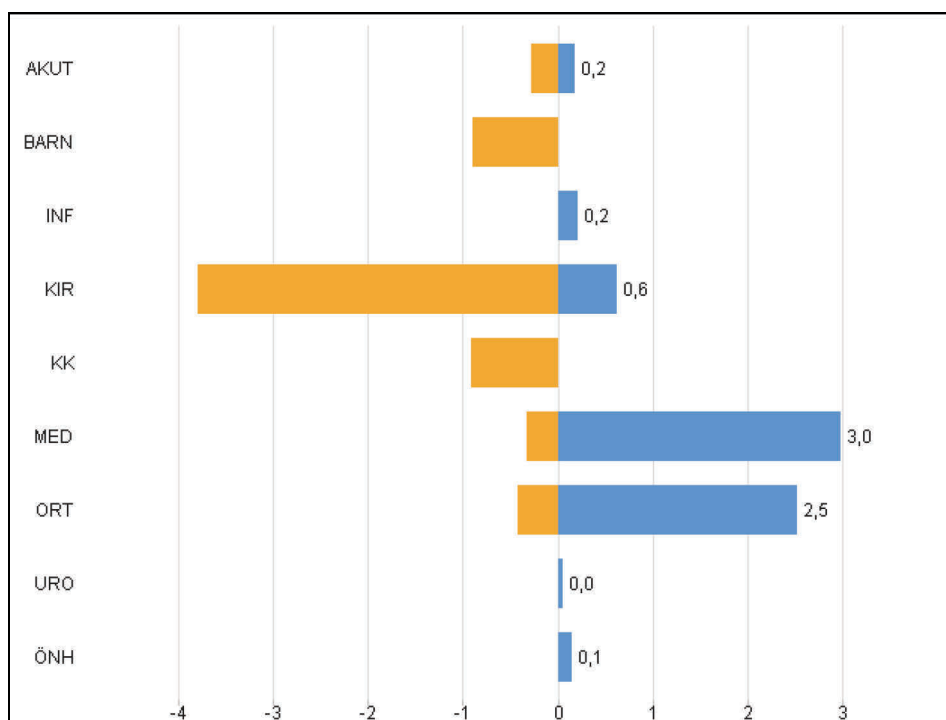
Våren 2011 genomfördes en vårdplatsutredning i Region Skåne. Den resulterade i en beräkning av det framtida vårdplatsbehovet samtidigt som man tog fram en 9-punktslista med förslag till åtgärder för att bättre utnyttja varje vårdplats. För att följa effekterna av vidtagna åtgärder utvecklades ett nytt IT-stöd i form av ett statistikverktyg. Applikationen hämtar data direkt från det patientadministrativa systemet (PASiS) och finns tillgänglig för regionens alla sjukhus via intranätet. Huvudsyftet med applikationen är att kontinuerlig ge en bild av situationen med överbeläggningar och utlokaliserade patienter, såväl på övergripande regionnivå som på sjukhus- och avdelningsnivå.

Applikationen har under våren 2012 anpassats till Termbankens nya definitioner och används nu för rapporteringen till den nationella databasen.

Varje sjukhus ansvarar för att antalet disponibla vårdplatser är korrekt i PA-SiS och att man använder definitionen av utlokaliserad patient.

Applikationen gör det också möjligt att analysera bakomliggande orsaker till överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter och kan vara ett stöd vid omfördelning av vårdplatser från specialiteter med låg beläggning till specialiteter med hög beläggning. Figur 3 visar hur man med hjälp av applikationen kan beskriva utlokaliserade patienter utifrån vilken avdelning eller specialitet som lämnar ifrån sig respektive tar emot utlokaliserade patienter. Figuren visar situationen för klinikerna på ett medelstort sjukhus under 12 månader. Av figuren framgår det att kirurgkliniken, kvinnokliniken och barnkliniken oftast tar emot utlokaliserade patienter och att medicinkliniken och ortopedkliniken oftast lämnar ifrån sig patienter. Data i figuren, som kan brytas ner till enskilda avdelningar och specifika tidsperioder, kan ligga till grund för beslut i sjukhusledningen om att omfördela vårdplatser mellan olika kliniker för att behov och tillgång ska överensstämma bättre.

Figur 3. Antal utlokaliserade patienter som varje klinik har lämnat ifrån sig (blå stapel) respektive tagit emot (orange stapel), årsgenomsnitt.



Applikationen kan visa beläggningen per timme i förhållande till antalet disponibla vårdplatser på en klinik eller avdelning. I flertalet fall uppstår då en topp på förmiddagen och en nedgång sent på eftermiddagen. Mätningarna visar i många fall en minskad beläggning under slutet av veckan och under helgen. Utifrån det mönstret kan ansvarig ledning besluta om omfördelning av vårdplatser mellan olika dagar i veckan så att man får bättre matchning mellan beläggning och antal vårdplatser. Detta kan till exempel innebära att antalet vårdplatser under veckans första dagar bör ökas medan de kan minskas mot slutet av veckan. Samma bild kan också visa betydelsen av

att fördela utskrivningarna jämnare över dygnet och att öka antalet utskrivningar under helgen.

En annan funktion i applikationen är att i ett och samma diagram presentera antalet överbeläggningar och antalet lediga vårdplatser vid samma tidpunkt. Applikationen visar att det i regel finns fler lediga vårdplatser än vad det finns överbeläggningar sett för hela regionen eller för ett helt sjukhus vid samma tidpunkt. Förklaringen är att det av medicinska skäl inte alltid går att utnyttja lediga platser på avdelningar utanför den klinik som har det medicinska ansvaret. Ett sjukhus som alltför ofta har fler överbeläggningar än lediga platser har alltför små marginaler, vilket i sin tur kan innebära att det utnyttjar vårdplatser ineffektivt.

Sammanfattningsvis kan sjukhusledning genom att bättre utnyttja befintliga vårdplatser minska risken för överbeläggning och utlokalisering. Ett IT-stöd av det slag som tagits fram i Region Skåne kan vara en hjälp för sådan optimering. Det är dock viktigt att understryka att alltför små marginaler innebär suboptimering och att sjukhusen bör eftersträva en beläggningsgrad på runt 90 procent.

Kunskap om patientsäkerhetsrisker vid överbeläggningar och utlokalisering av patienter

Ett viktigt mål för projektet har varit att sammanställa gällande kunskap om riskerna med överbeläggningar och utlokalisering av patienter samt undersöka om och i så fall på vilket sätt detta kan leda till vårdskador. Socialstyrelsen har genomfört två sammanställningar: en analys av sex tillsynsärenden som gäller överbeläggning och utlokalisering av patienter samt en kartläggning av vetenskapliga artiklar om sambandet mellan överbeläggningar och vårdskador, se bilaga 5. Vi har närmare beskrivit dessa två sammanställningar nedan.

Socialstyrelsen har även gjort en genomgång av andra länders erfarenheter av att följa upp överbeläggningar på nationell och regional nivå samt sjukhusnivå. Vi baserar den genomgången på en enkät som var riktad till de personer i 33 EU-länder, ansökarländer och EFTA-länder som är ansvariga för att rapportera landets icke-monetära hälso- och sjukvårdsstatistik till OECD, WHO och EU. Genomgången visar att systematiska uppföljningar på nationell nivå av överbeläggningar på sjukhus förekommer i liten omfattning i de svarande länderna. Vi redovisar ländernas egna beskrivningar i bilaga 6.

Analys av tillsynsärenden förtydligar sambandet mellan överbeläggningar och patientsäkerhet

Socialstyrelsens tillsyn har i ett antal ärenden konstaterat att överbeläggningar och utlokalisering av patienter har samband med patientsäkerhetsrisker och vårdskador, och att detta kan ha varit en bidragande orsak till patienters död. Vi valde att göra en granskning av ett urval av dessa ärenden för att få kunskap om varför överbeläggningar och utlokaliseringar leder till brister i vårdkvaliteten. Syftet med studien var att identifiera risker för patientsäkerheten vid överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter. Granskningen omfattade sex ärenden, ett från varje regional tillsynsenhet, för att inkludera alla sjukvårdsregioner i landet.

Normalisering av patientsäkerhetsrisker

På grund av den ständiga bristen på vårdplatser har vårdpersonalen accepterat situationen vilket betraktas nu som ett normaltillstånd. Detta kan leda till att patientsäkerhetsrisker inte alltid bedöms som avvikelser.

Brist på fasta rutiner vid utlokalisering av patienter

Osäkerheten hos personalen ökar när det inte finns tydliga rutiner för att identifiera vilka patienter som kan utlokaliseras, rutiner för bedömning och uppföljning av patientens vård samt återkoppling om patienten till den vård-enhet som har det medicinska ansvaret. Vanligt förekommande vid utlokali-sering av patienter var

- bristande samsyn om den enskilde patientens vård
- otydlig ansvarsfördelning för informationsöverföringen
- bristande rutiner för uppföljning och återkoppling om hur patien-ten ska vårdas
- bristande dokumentation om patienternas vård.

Bristande muntlig kommunikation vid utlokalisering

Kommunikationsbrister kring planeringen och genomförandet av undersök-ningar, åtgärder, omvårdnad med mera ökar oklarheterna om utformningen av vården för den enskilde patienten.

Bristfällig skriftlig kommunikation

Det saknas rutiner för hur personalen ska dokumentera olika medicinska åtgärder, exempelvis signeringen av läkemedelslistor och beskrivningar. Bristerna kan också bestå av att den ansvariga läkaren har dokumenterat den planerade vården för patienterna otydligt.

Brister i lokaler vid utlokalisering

Brister i lokaler vid utlokalisering kan innebära att vården av utlokaliserade patienter försvåras eftersom lokaler och teknisk utrustning på vårdenheter är anpassade för den specifika specialiteten.

Bristande medicinsk kompetens vid utlokalisering

Personalen på de vårdenheter som tar emot patienter har inte den specifika kompetensen som behövs för att vårda patienterna. Det kan medföra patient-säkerhetsrisker inom följande områden:

- Tolkning av medicinska ordinationer, undersökningar, behand-lingar och kontroller.
- Läkemedelshantering.
- Tolkning och bedömning av patientens tillstånd på grund av av-saknad av erfarenhet av att vårda andra patient- eller diagnos-grupper.
- Olika bedömningar av vårdbehoven hos utlokaliserade patienter och hos övriga patienter på vårdenheten.

Stress och otrygg arbetsmiljö vid utlokalisering

De ovan nämnda bristerna kan leda till situationer som av personalen upplevs som stress. Detta inverkar negativt på personalens möjligheter att ge god vård.

Bristfälligt avvikelssystem

Personalen upplever att det ibland inte finns några tydliga instruktioner för hur de ska rapportera, dokumentera och följa upp avvikelser.

Litteraturgenomgången visar att risker för vårdskador kan öka vid överbeläggningar

Den andra studien som Socialstyrelsen har genomfört för att belysa sambandet mellan överbeläggningar och vårdskador är kartläggningen av den forskning som har studerat detta samband. Vi har inte gjort någon ytterligare granskning av det vetenskapliga underlagets tillförlitlighet eller uppskattat storleken på eventuella samband.

Databassökningarna identifierade 35 artiklar som gäller relationen mellan överbeläggningar och vårdskador. De flesta rör verksamheten på akutmottagningar, och bara några få gäller intensivvårdsavdelningar och vårdavdelningar. Resultat från dessa artiklar grupperades efter typen av vårdskada eller sjukdomsgrupp. Sammanfattningsvis identifierade vi följande risker:

- Ökad dödlighet för patienter med vissa tillstånd.
- Försenad eller otillräcklig smärtlindring samt felmedicinering.
- Ökad smittspridning av MRSA.
- Minskad patientnöjdhet.
- Minskad personalnöjdhet.
- Försenad eller försämrad vård av patienter med akut hjärtsjukdom.
- Försenad eller försämrad vård av patienter med luftvägssjukdomar samt antibiotikabehandling vid lunginflammation.

En utförlig beskrivning av litteraturgenomgången finns i bilaga 5.

Läget i landet innan de första enhetliga mätningarna

Under våren 2010 skickade SKL en enkät i syfte att kartlägga förekomsten, hanteringen och uppföljningen av överbeläggningar och utlokalisering av patienter på landets sjukhus. Enkäten besvarades av samtliga landsting och ett antal sjukhus vilket resulterade i sammanlagt 46 svar. De flesta enkäter besvarades av chefsläkaren på respektive sjukhus och i några fall av verksamhetschefer eller divisionschefer. I de flesta landsting har enskilda sjukhus besvarat enkäten men i fyra landsting är enkätsvaren landstingsövergripande. Här följer en lägesbeskrivning av förekomsten, hanteringen och uppföljningen av överbeläggningar och utlokalisering av patienter samt en sammanställning av de begrepp som enligt enkätsvaren används lokalt.

Strävan mot en patientsäker beläggning påtagligt hos huvudmän

Det är vanligt med överbeläggningar och utlokaliserade patienter på sjukhusen i dag och i verksamheterna upplevs detta som en av de största patientsäkerhetsriskerna och ett betydande arbetsmiljöproblem. Överbeläggningar och utlokalisering av patienter är vanligare på region- och universitetssjukhusen där problematiken ofta är mer komplex på grund av den mångfacetterade verksamheten och svårigheter att överblicka hela sjukhusets logistik. De flesta sjukhusen upplever utlokaliseringar av patienter som en större patientsäkerhetsrisk än att ha överbeläggningar på "hemmakliniken".

De flesta sjukhus arbetar redan intensivt med frågan och har anställda vårdplatskoordinatorer eller en koordinatorsfunktion som är knuten till akutmottagningen. Koordinatorernas uppgift är att leta reda på lediga vårdplatser samt, i den mån det behövs, flytta patienter med ett mindre vårdbehov till andra vårdavdelningar för att ge utrymme till de akut sjuka patienter. De ska alltså se till att rätt patienter utlokaliseras till andra kliniker. Sjukhusen samlar in stora mängder data, både realtidsdata för att följa den dagliga fluktuationen av tillgång till vårdplatser och data för att följa flöden över längre tid. Dessa uppgifter registreras i separata datasystem, vilket kräver extra arbete. Många upplever att systemet inte ger den önskvärda informationen tillbaka.

Det finns två dominerande definitioner på begreppet *överbeläggning*: den ena innebär att de inlagda patienterna är fler än de disponibla vårdplatserna, och den andra innebär att de inlagda patienterna är fler än de fastställda vårdplatserna. Nästan alla har samma definition på begreppet *utlokaliserad patient*: en patient som vårdas på en annan klinik än den som har det medicinska ansvaret.

De svarande är positiva till en nationell definition av begreppen och till en nationell mätning och uppföljning av överbeläggningar. De flesta vill att den

ska omfatta överbeläggningar, utlokaliserade patienter, återinlagda inom x antal dagar samt medicinskt färdigbehandlade och utskrivningsklara patienter.

I sina kommentarer lyfter de flesta fram att sjukhusen behöver samverka mer med kommunerna och primärvården för att få ett bättre flöde genom sjukhusen och se till att de som absolut behöver slutenvårdens resurser alltid kan få det.

Vanligt med överbeläggningar och utlokaliserade patienter

De flesta sjukhus beskriver att de har överbeläggningar dagligen eller varje vecka och att det är lika vanligt att de utlokaliserar patienter. I enkäten svarade 76 procent att de har överbeläggningar varje vecka eller oftare. Lika många har utlokaliserade patienter minst varje vecka. De större sjukhusen beskriver en mer omfattande överbeläggning och fler utlokaliseringar än de mindre, men det finns ingen direkt koppling mellan antalet vårdplatser per invånare i ett landsting och graden av överbeläggning.

De flesta som har svarat beskriver att överbeläggningar och utlokaliseringar är ett stort patientsäkerhetsproblem och även ett stort arbetsmiljöproblem som varje dag engagerar exempelvis chefsläkare, vårdplatskoordinatorer, avdelningschefer och jourhavande läkare. Av den anledningen har också de flesta sjukhus IT-system som kan mäta beläggningsgraden samt antalet överbeläggningar och utlokaliserade patienter i realtid. Läget följs kontinuerligt av chefsläkare, verksamhetschefer och vårdplatskoordinatorer som sedan rapporterar vidare till verksamheterna och avdelningarna. Dessa IT-system är ofta lokalt framtagna eller fristående från de patientadministrativa systemen och kräver i sig ett merarbete för att vara uppdaterade med aktuellt läge.

Många sjukhus följer upp överbeläggningar och utlokaliseringar

Totalt uppgav 89 procent av de svarande att de fortlöpande samlar in statistik om överbeläggningar och utlokaliserade patienter och 85 procent att de även följer upp och bearbetar insamlade data. Många lyfte fram att en mätning av beläggningsgraden på sjukhusnivå inte beskriver överbeläggningsproblemet i sin helhet. En vårdenheter, avdelning eller klinik kan ha stora problem med överbeläggningar, men det framgår inte i statistiken om andra vårdenheter, avdelningar eller kliniker samtidigt har lediga vårdplatser.

Många sjukhus har en realtidsregistrering för att mäta och följa beläggningen, och uppgifterna finns sedan att tillgå på sjukhusets intranät. Förutom realtidsrapporteringen har många sjukhus en samlad inrapportering från det patientadministrativa systemet. Det vanligaste är att dessa data används för administrativa och ekonomiska uppföljningar, och det är bara 62 procent som använder rapporterna för att fördela resurserna internt inom sjukhuset. Hos 33 av 46 svarande finns det vårdplatskoordinatorer som har mandat att fördela patienterna på lediga vårdplatser samt vid behov också flytta patienter mellan vårdavdelningarna. I många fall följer de även upp och rapporterar beläggningssituationen. Vårdplatskoordinatorer är vanligare på de större

sjukhusen medan de mindre ofta löser bristen på vårdplatser med att låta en av sjuksköterskorna på akutmottagningen sköta koordineringen. De flesta vårdplatskoordinatorerna arbetar nära eller har bakjour för att kunna omdirigera och flytta de inläggande patienterna och på det sättet skapa utrymme för nya och mer behövande patienter.

Alla sjukhus har rutiner för planering men färre har rutiner för riskbedömningar

Så gott som alla de sjukhus som besvarade enkäten har skriftliga rutiner för att hantera överbeläggningar (45 av 46), och dessa rutiner innehåller ofta olika steg beroende på hur besvärlig överbeläggningssituationen är. Dessa steg kan gå från att varje klinik ska identifiera patienter som går att flytta till en annan klinik för att frigöra vårdplatser, till att sjukhusledningen går in i ett så kallat stabsläge där man kontinuerligt utvärderar situationen. Situationen bedöms då utifrån tillgången på personal och vårdplatser samt utifrån patientsituationen på akutmottagningen, med beredskap att skicka patienter till andra sjukhus eller omdirigera ambulanser. Några sjukhus har även en vårdavdelning i beredskap, det vill säga en fullt utrustad vårdavdelning som snabbt kan öppnas vid kraftiga överbeläggningar och som då lånar personal från övriga vårdavdelningar.

Totalt har 67 procent av sjukhusen rutiner för att göra riskbedömningar av både patientsäkerheten och arbetsmiljön i samband med överbeläggningar. Sådana rutiner är vanligare på de större sjukhusen, troligen på grund av att överbeläggningar är vanligare på de större sjukhusen än på de mindre. Allt fler sjukhus har också färdiga mallar och checklistor för att enklare kunna göra dessa riskbedömningar. I de flesta fall dokumenteras dessa bedömningar på papper som sedan samlas in och sammanställs månadsvis. Några använder dock IT-stöd, oftast det ordinarie avvikelssystemet. Förutom dessa generella rutiner har många sjukhus separata rutiner för att planera semestertider, sommar, jul och nyår eftersom det är vanligare med överbeläggningar då.

Socialstyrelsens termer tolkas och används olika

En fråga i enkäten gällde om de olika begreppen kring vårdplatser och beläggning är definierade ute i verksamheten. De flesta svarade att begreppen är definierade även om enkätsvaren visar att sjukhusen i ett och samma landsting kan ha olika definitioner. Av de svarande uppgav 96 procent att de har en gemensam definition av begreppet *överbeläggning* och 89 procent har definierat begreppet *utlokaliserad patient*. Samtidigt uppgav 76 procent av de svarande att de känner till Socialstyrelsens termbank och de flesta använder den när det gäller definitioner av de andra vårdbegreppen, men inte för begreppen *överbeläggning* och *utlokaliserad patient* eftersom de inte var fastställda i termbanken när vi gjorde enkätundersökningen.

Flera öppna frågor innan en nationell mätning blir möjlig

Många av sjukhusen mäter flera olika indikatorer för att kunna följa beläggningsgrad, överbeläggningar och utlokaliserade patienter. I enkäten fick svarspersonerna föreslå framtida nationella indikatorer, och bland svaren dominerade överbeläggningar, utlokaliserade patienter, återinläggningar inom x dagar, samt medicinskt färdigbehandlade och utskrivningsklara patienter.

De flesta tillfrågade var öppna för nationella mätningar av överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter men underströk att flera viktiga parametrar måste definieras innan dess. Till exempel måste man definiera

- när på dygnet och hur mätningarna ska ske
- om det behövs ett separat IT-system eller om man kan hämta data via dagens patientadministrativa system (på samma sätt som landstingen i dag hämtar in data till väntetider i vården)
- på vilken nivå mätningarna ska redovisas (per division, klinik eller avdelning)
- hur ofta data ska hämtas in
- hur parametrarna ska bli tillgängliga för landstingen så att uppgifterna kan användas i det dagliga arbetet med att leda och styra verksamheten.

De flesta påpekade att dagens IT-system ofta kräver mycket extraarbete som gör det svårt att få in tillförlitliga data och att många av systemen har brister när det gäller att få ut användbar statistik. Nästan alla svarande efterfrågade också bättre IT-stöd.

Samstämmig syn på framtiden

De flesta sjukhus och landsting vill ha nationellt definierade indikatorer som gör det möjligt att följa situationen med överbeläggningar och utlokaliserade patienter. Många av de svarande var också positiva till en nationell mätning och registrering, dels för att få hjälp med egen data och statistik för ledning och styrning, dels för att kunna jämföra sig med andra och finna goda exempel som kan hjälpa dem att minska överbeläggningar och utlokalisering av patienter. De flesta lyfte också behovet av ett bättre samarbete med kommunerna och primärvården. Detta skulle ge ett bättre flöde genom vården och se till att vårdplatserna beläggs med de patienter som absolut behöver slutenvårdens resurser.

Ett par exempel på systematiska lösningar

Allt fler landsting och sjukhus arbetar aktivt för att minska överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter. Nedan presenterar vi två exempel på sådana arbeten som innehåller analyser och åtgärder som är representativa för liknande projekt i resten av landet.

Stockholms läns landsting

I Stockholms läns landsting (SLL) minskade antalet tillgängliga vårdplatser med totalt 6 procent under åren 1999–2009. Detta var möjligt genom att landstinget förde över mycket av den kirurgiska och medicinska slutenvården till öppenvården. Befolkningen i landstinget ökade dock kraftigt under samma period samtidigt som den allt äldre befolkningen behövde mer sjukhusvård och allt fler fick kroniska sjukdomar. Detta gjorde att landstinget sannolikt började få brist på vårdplatser under den senare halvan av perioden.

År 2006 gjorde landstinget en första vårdplatsutredning som indikerade att det var brist på tillgängliga platser. Trots utredningens slutsatser fortsatte problemet med överbeläggningar och utlokaliserade patienter på länets sju sjukhus, inte minst i samband med semestrar, storhelger och utbrott av vinterkräksjukan. Därför beslöt landstingsledningen att under våren 2010 göra en ny utredning om landstingets behov av vårdplatser. I denna nya utredning kom alla enheter överens om begrepp och mätmetoder, och de gjorde mätningar från tillgängliga data och fysiska platsmätningar under fyra veckor i följd.

Sammanfattningsvis fann utredningen att landstinget kommer att behöva ytterligare 400–500 disponibla vårdplatser fram till år 2017, förutsatt att den demografiska och medicinsktekniska utvecklingen följer dagens prognos. Landstinget kommer dessutom att behöva ytterligare 100–200 platser när Nya Karolinska i Solna öppnar 2018. Utredningen visade också att behovet av nya vårdplatser sannolikt starkt kan reduceras genom

- bättre fördelning av disponibla platser
- bättre samverkan mellan akutsjukvården och de övriga aktörerna
- bättre patientsäkerhetsarbete
- processutveckling.

Utredningen fann också att en belägningsgrad på 90–92 procent skulle hålla antalet överbeläggningar och utlokaliserade patienter på en acceptabel nivå. Dessutom tyder deras analys på att produktiviteten ökar vid denna belägningsgrad.

I SLL har ett antal chefsläkare bildat den så kallade Hjalmargruppen som har ett särskilt ansvar för vårdplatsfrågorna. Gruppen har skickat ett beslutsunderlag avseende prognosen för det framtida behovet av vårdplatser i landstinget till landstingsledningen, och arbetet har koncentrerats till följande åtgärder:

- Vårdplatserna har balanserats och omfördelats mellan regionens sjukhus och mellan verksamheter inom sjukhusen, efter historiska data om överbeläggningar. Vissa verksamheter och specialiteter har fått fler disponibla vårdplatser medan andra har kunnat dra ner.
- Den geriatriska vården i landstinget har fått 60 nya vårdplatser, varav en del har fått en bredare indikation för inläggning så att de även omfattar yngre med särskilda behov.

- De flesta enheter har fått ett mindre antal särskilt designade vårdplatser, till exempel IVA-platser, intermediärplatser (vårdplatser som hamnar mellan IVA-platser och ordinära vårdplatser när det gäller bemanning, kompetens, utrustning och övervakning) och akutvårdsplatser.
- Akutvårdsenheterna har tätare kontakter med olika kommunala verksamheter för att förbättra samverkan.
- Sjukhusen gör ytterligare satsningar för att förbättra läkemedelsanvändningen, undvika fallskador och trycksår, minska vårdrelaterade infektioner och förbättra nutritionsstatus för framför allt de äldre patienterna.
- Sjukhusen arbetar med processer på akutenheter och mer direkt samverkan mellan akutvården och den geriatriska vården samt ASIH. Detta kommer sannolikt att avlasta sjukhusen ytterligare.
- Sjukhusen fortsätter att utveckla dagkirurgin, dagvården och samverkan med somatiska specialister i öppenvården.

I september 2012 har SLL:s sjukhus generellt sett en fortsatt positiv utveckling genom att överbeläggningar och antalet utlokaliserade patienter enligt egna uppföljningar minskar. Framgångsfaktorer har varit fortsatt, om än blygsam, utökning av antalet vårdplatser på sjukhusen samt framför allt ett utökat antal vårdplatser inom geriatriken och till denna kopplat utvidgat ett uppdrag. Samverkan mellan landstingsverksamhet och kommunal verksamhet förefaller också bli allt mer smidig vilket innebär mindre störning i patientflöden för framför allt geriatriken.

Skånes universitetssjukhus

Skånes universitetssjukhus (SUS) har uppdrag för bassjukvård, specialiserad vård och högspecialiserad vård, inklusive rikssjukvård. Bassjukvårdsuppdraget omfattar sjukvård för ca 600 000 boende i Malmö-Lund-området. Ingen annan sluten vård finns i området. Under de senaste åren har sjukhuset arbetat med att förbättra flödeseffektiviteten och resursutnyttjandet. I stort sett alla kliniker har någon form av aktivt leanarbete, även om man hunnit olika långt.

Under första halvåret 2012 skedde en minskning med ca 140 vårdplatser. Samtidigt minskade antalet överbeläggningar med 29 procent, utlokaliserade patienter med ca 20 procent, belägningsgraden sjönk från ca 93 till 90 procent och antalet lediga vårdplatser ökade med 4 procent. Den huvudsakliga orsaken till detta var förbättringsarbeten i de olika verksamheterna som lett till poliklinisering av verksamhet och förkortning av vårdtider.

Flera avdelningar har infört eller håller på att införa ett arbetssätt med uppföljning efter utskrivning, dvs. möjlighet för patient, närstående, distriktssköterska eller distriktsläkare att inom en tvåveckorsperiod efter utskrivning direkt kontakta utskrivande vårdavdelning för konsultation. Det kan även vara aktuellt med återbesök eller i enstaka fall återinläggning som då kan ske direkt till avdelningen. Erfarenheten är att återinläggningar ofta beror på att kontakt inte hunnit skapas med nästa steg i vårdkedjan i ett skört

och instabilt läge efter utskrivningen. På detta sätt skapas en tryggare överlämning.

Under hösten 2011 förbjöds användandet av överbeläggningsplatser med mindre än 80 cm runt sängarna. Detta förbud har följts fullt ut och dessa platser har inte använts under det senaste året. Dessa platser fanns inte med i vårdplatsstatistiken, så minskningen av antal platser är i realiteten större.

För närvarande pågår ett omfattande arbete inriktat på det akuta flödet. Arbetet leds av sjukhuschefen och i gruppen ingår bland annat divisionschefer, statistiker och logistiker. Inledningsvis sker en noggrann analys av nuläget där man bland annat undersöker

- hur många patienter som skrivs in per dag totalt och per klinik
- hur variationen ser ut över dygnet, veckan och året
- hur patientströmmarna går
- hur långa medelvårdtiderna är
- på vilka tider patienterna skrivs ut
- vilka kliniker som tar emot utlokaliserade patienter och vilka som utlokaliserar.

Utifrån den vunna kunskapen är tanken sedan att gå vidare med åtgärder inriktade på antalet inneliggande patienter för att optimera vårdtiderna, vilket i de allra flesta fall betyder kortare vårdtider.

Det finns ett nära samarbete med primärvården och berörda kommuner för att minska inflödet av patienter till slutenvården. Sedan i augusti pågår ett gemensamt projekt med primärvården som innebär att primärvården placerar en sjuksköterska på akutmottagningen i Malmö för triagering och vidare omhändertagande av patienter som primärt bättre tas omhand inom primärvården. Projektet kommer att utvärderas efter sex månader. Det är frivilligt för primärvården att delta, men intresset är stort. Sjukhuset träffar regelbundet Malmö stad och kommunerna runt Lund. Utbyggnaden av korttidsplatser är ojämn med ett mycket högt antal i Malmö och korta väntetider, medan utbyggnaden i övriga kommuner är något lägre.

Det interna arbetet kommer att inriktas mot tydliga sjukhusövergripande ansvar och regler beträffande exempelvis

- hur många patienter som läggs in på akut indikation och hur många patienter kliniken måste kunna ta emot per dag
- regler för övertagande av patient från akuten
- samma definition av utlokaliserad patient utifrån kompetensområde och uppdrag i Malmö och Lund
- regler om återtagande av utlokaliserad patient
- arbetssätt som ökar den för patienten värdeskapande tiden och kortar medelvårdtiderna.

Arbetet beräknas pågå hela hösten med tillämpning av regelverken och fortsatt fokus på flödesbefrämjande åtgärder.

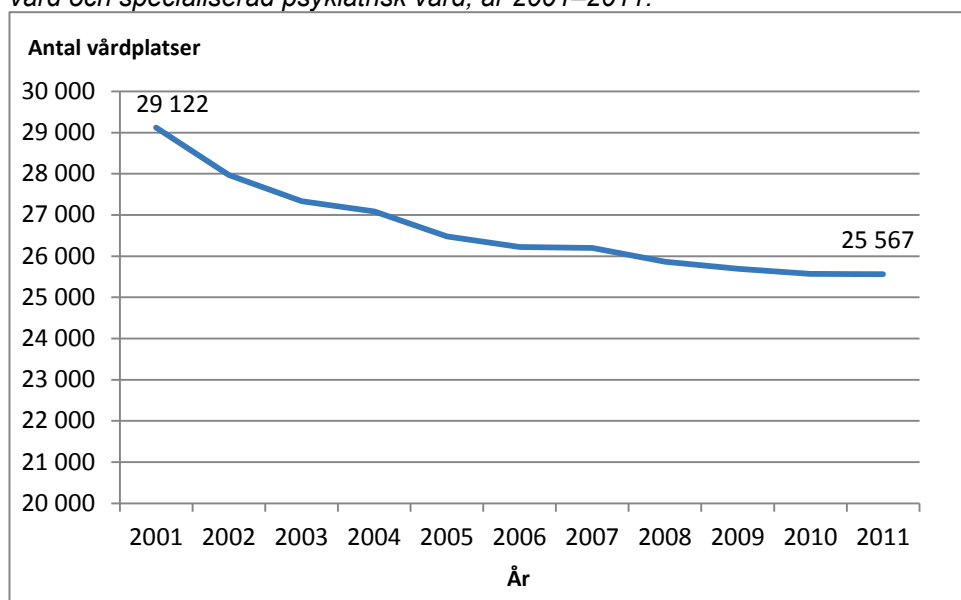
Antalet vårdplatser och belägningsgraden

Enligt kunskapsöversikten finns det ett klart samband mellan uppkomsten av överbeläggningar och utlokaliserade patienter och antalet vårdplatser på ett sjukhus. Därför är utvecklingen av antalet vårdplatser viktig information, och i samband med det utvecklingen av belägningsgraden på svenska sjukhus. Dessa data är inga direkta mått på överbeläggningar men kan ha betydelse för uppkomsten av överbeläggningar och utlokalisering av patienter. Diagram 1 visar trender i vårdkonsumtionen i riket under perioden 2001–2011.

Antalet vårdplatser

Diagram 1 visar uppgifter om antalet vårdplatser för specialiserad somatisk vård och specialiserad psykiatrisk vård. Under perioden 2001–2011 minskade de från 29 122 till 25 566, vilket motsvarar en minskning på 12 procent eller med i genomsnitt 355 platser årligen. Även om antalet vårdplatser stagnerade mellan år 2010 och 2011, vilket tidigare bara har inträffat en gång mellan 2006 och 2007, är den tioåriga trenden minskande.

Diagram 1. Antal vårdplatser i riket, inklusive vårdplatser för specialiserad somatisk vård och specialiserad psykiatrisk vård, år 2001–2011.



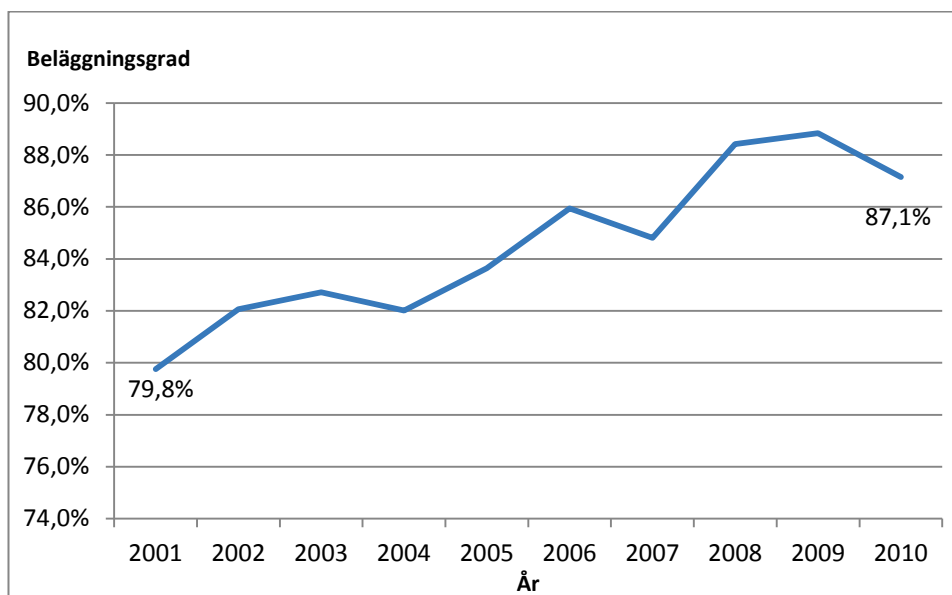
Källa: www.kolada.se.

Beläggningsgraden

Diagram 2 visar hur beläggningsgraden har utvecklats under perioden 2001–2010. Även detta diagram inkluderar både specialiserad somatisk vård och specialiserad psykiatrisk vård. Diagrammet visar genomsnittlig beläggningsgrad som i praktiken kan variera från låg till mycket hög mellan olika sjukhus och mellan olika slutenvårdsenheter. Beläggningsgraden är beräknad genom att den sammanlagda vårdtiden i dagar på ett år har dividerats med antalet vårdplatser gånger 365. Vårdtiden har beräknats som utskrivningsdatum minus inskrivningsdatum.

Under perioden 2001–2009 ökade beläggningsgraden från 80 till 89 procent, men sjönk 2010 till 87 procent. Denna minskning på cirka två procentenheter är relativt stor. Tidigare minskningar som inträffade år 2004 och 2007 har inte varit lika stora.

Diagram 2. Beläggningsgrad i riket, år 2001–2010.



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas och www.kolada.se.

Referenser

1. Förslag till nationell modell för kunskapsstyrning, Socialstyrelsen, 2012-2-37, ISBN: 978-91-87169-09-0
2. Socialstyrelsens tillsynsplan 2013–2014
3. Socialstyrelsens modell för terminologiarbete, www.socialstyrelsen.se/terminologi
4. Patientsäkerhetssatsning 2012, överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om förbättrad patientsäkerhet, www.regeringen.se/content/1/c6/18/32/67/69885d2d.pdf

Bilaga 1: Projektorganisation

Styrgrupp

Marie Lawrence, projektansvarig, Socialstyrelsen

Mona Heurgren, Socialstyrelsen

Erik Höglund, Socialstyrelsen

Pavel Ouda, Socialstyrelsen, adjungerad

Projektledare

Milan Knezevic, Socialstyrelsen

Projektarbetsgrupp

Milan Knezevic, Socialstyrelsen

Ann Fagerlind, Socialstyrelsen

Christina Broman, Socialstyrelsen

Cecilia Dahlgren, Socialstyrelsen

Margaretha Berglund Rödén, Sveriges Kommuner och Landsting

Birgitta Lindelius, Socialstyrelsen, adjungerad

Deltagit i arbetsgrupper för definitioner av begrepp, indikatorer och modell

Milan Knezevic, Socialstyrelsen

Stefano Testi, Socialstyrelsen

Ann Fagerlind, Socialstyrelsen

Christina Broman, Socialstyrelsen

Ralph Dahlgren, Socialstyrelsen

Johan Brisfjord, Socialstyrelsen

Margaretha Berglund Rödén, SKL

Sven Oredsson, Region Skåne

Peter Rönnerfalk, Stockholms Läns Landsting

Eva Basilier, Landstinget Sörmland

Per-Henrik Nilsson, Landstinget i Kronoberg

Pernilla Niia, Arbetsmiljöverket

Socialstyrelsens interna expertstöd

Kunskapsöversikter

Jenny Rehnman, Socialstyrelsen

Ann-Kristin Jonsson, Socialstyrelsen

Patientsäkerhet

Michael Soop, Socialstyrelsen

Karin Franzén, Socialstyrelsen

Axana Hagggar, Socialstyrelsen

Extern expertstöd

Litteraturgenomgång

Helena Hvitfeldt Forsberg, Karolinska Institutet

Kvalitativanalys av tillsynsärenden

Cecilia Rydlo, Mälardalens Högskolan

Bilaga 2: Remissinstanser och remissvar

Landsting och regioner

- | | |
|---------------------------------|----------------------------------|
| 1. Jämtlands Läns landsting | 11. Landstinget i Värmland |
| 2. Landstinget Blekinge | 12. Landstinget Västmanland |
| 3. Landstinget Dalarna | 13. Landstinget i Östergötland |
| 4. Landstinget Gävleborg | 14. Landstinget Västernorrland |
| 5. Landstinget Halland | 15. Norrbottens Läns landsting |
| 6. Landstinget i Jönköpings län | 16. Region Skåne |
| 7. Landstinget i Kalmar län | 17. Stockholms Läns landsting |
| 8. Landstinget Kronoberg | 18. Västerbottens Läns landsting |
| 9. Landstinget Sörmland | 19. Västra Götalandsregionen |
| 10. Landstinget i Uppsala län | 20. Örebro Läns landsting |

Myndigheter

- | | |
|---|---|
| 21. Arbetsförmedlingen | 29. Specialpedagogiska skolmyndigheten |
| 22. Försvarsmakten | 30. Statens Beredning för medicinsk utvärdering (SBU) |
| 23. Försäkringskassan | 31. Statens Folkhälsoinstitut |
| 24. Kriminalvården | 32. Statistiska centralbyrån |
| 25. Livsmedelsverket | 33. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) |
| 26. Läkemedelsverket | |
| 27. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) | |
| 28. Smittskyddsinstitutet | |

Kommuner

- | | |
|---------------|----------------|
| 34. Ale | 43. Emmaboda |
| 35. Alingsås | 44. Eskilstuna |
| 36. Aneby | 45. Fagersta |
| 37. Askersund | 46. Falun |
| 38. Avesta | 47. Flen |
| 39. Bollebygd | 48. Gnesta |
| 40. Båstad | 49. Gotland |
| 41. Eda | 50. Grums |
| 42. Ekerö | 51. Grästorp |

- | | |
|------------------|---------------------|
| 52. Gävle | 87. Piteå |
| 53. Göteborg | 88. Sala |
| 54. Hagfors | 89. Salem |
| 55. Halmstad | 90. Skara |
| 56. Heby | 91. Skinnskatteberg |
| 57. Hofors | 92. Smedjebacken |
| 58. Hylte | 93. Sollentuna |
| 59. Hällefors | 94. Stenungsund |
| 60. Härjedalen | 95. Stockholm |
| 61. Hässleholm | 96. Strängnäs |
| 62. Höganäs | 97. Strömstad |
| 63. Järfälla | 98. Svedala |
| 64. Karlsborg | 99. Tierp |
| 65. Karlshamn | 100. Timrå |
| 66. Karlstad | 101. Tjörn |
| 67. Klippan | 102. Tranemo |
| 68. Kristianstad | 103. Uddevalla |
| 69. Kungälv | 104. Valdemarsvik |
| 70. Lerum | 105. Vellinge |
| 71. Ljusnarsberg | 106. Vilhelmina |
| 72. Lomma | 107. Vimmerby |
| 73. Lund | 108. Vårgårda |
| 74. Lysekil | 109. Västerås |
| 75. Malmö | 110. Ystad |
| 76. Mark | 111. Åstorp |
| 77. Mjölby | 112. Ödeshög |
| 78. Munkfors | 113. Örkelljunga |
| 79. Mönsterås | 114. Örensköldsvik |
| 80. Nora | 115. Östersund |
| 81. Nordanstig | 116. Österåker |
| 82. Nässjö | |
| 83. Ockelbo | |
| 84. Olofström | |
| 85. Osby | |
| 86. Perstorp | |

Övriga organisationer

- | | |
|---|---|
| 117. Center för eHälsa i samverkan (CeHis) | 135. Svensk Förening för allmänmedicin |
| 118. Dietisternas riksförbund (DRF) | 136. Svensk Förening för folkhälsoarbete |
| 119. Famna | 137. Svensk Geriatrisk förening (SGF) |
| 120. Förbundet Sveriges arbetsterapeuter | 138. Svensk Kuratorsförening |
| 121. Föreningen Sveriges socialchefer | 139. Svensk Lungmedicinsk förening |
| 122. Handikappförbundens samarbetsorgan | 140. Svensk Sjuksköterskeförening |
| 123. Handisam | 141. Svensk Socialmedicinsk förening |
| 124. Hjälpmedelsinstitutet | 142. Svenska Kommunalarbetarförbundet |
| 125. Kommunförbundet Skåne | 143. Svenska Kommunalpensionärernas förbund |
| 126. Kommunförbundet Stockholms län | 144. Svenska Läkaresällskapet |
| 127. Legitimerade sjukgymnasters riksförbund | 145. Sveriges Kommuner och Landsting |
| 128. Nätverket hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer | 146. Sveriges Läkarförbund |
| 129. Nätverket uppdrag hälsa | 147. Sveriges Pensionärers Riksförbund |
| 130. Pensionärernas riksorganisation | 148. Sveriges Pensionärsförbund |
| 131. Region Halland | 149. Sveriges Psykologförbund |
| 132. Regionförbundet Kalmar | 150. Sveriges Tandläkarförbund |
| 133. Reumatikerförbundet | 151. Synskadades riksförbund |
| 134. Riksförbundet för döva, hörselskadade och språkstörda barn (DHB) | 152. Vårdförbundet |
| | 153. Vårdföretagarna |

Tabell 1. Antal respondenter som tagit ställning för eller emot en term respektive definition i den första remissomgången.

	Term		Definition	
	För	Emot	För	Emot
Vårdplats	51	2	42	7
Disponibel vårdplats	50	3	43	7
Fastställd vårdplats	51	2	49	3
Ej disponibel vårdplats*	12	1	12	0
Extra vårdplats*	11	1	11	0
Teknisk plats	44	4	43	6
Utlökaliserad patient**	49	3	46	6
Överbeläggning**	49	2	43	8

* Många hade inte kryssat i något svar men några lämnade en kommentar. Ytterligare 6 respektive 8 anser att termen ska tas bort, och 2 tycker att termerna bör finnas kvar.

** Ny termpost. En termpost är en del av en strukturerad terminologisk datasamling som avser ett visst begrepp

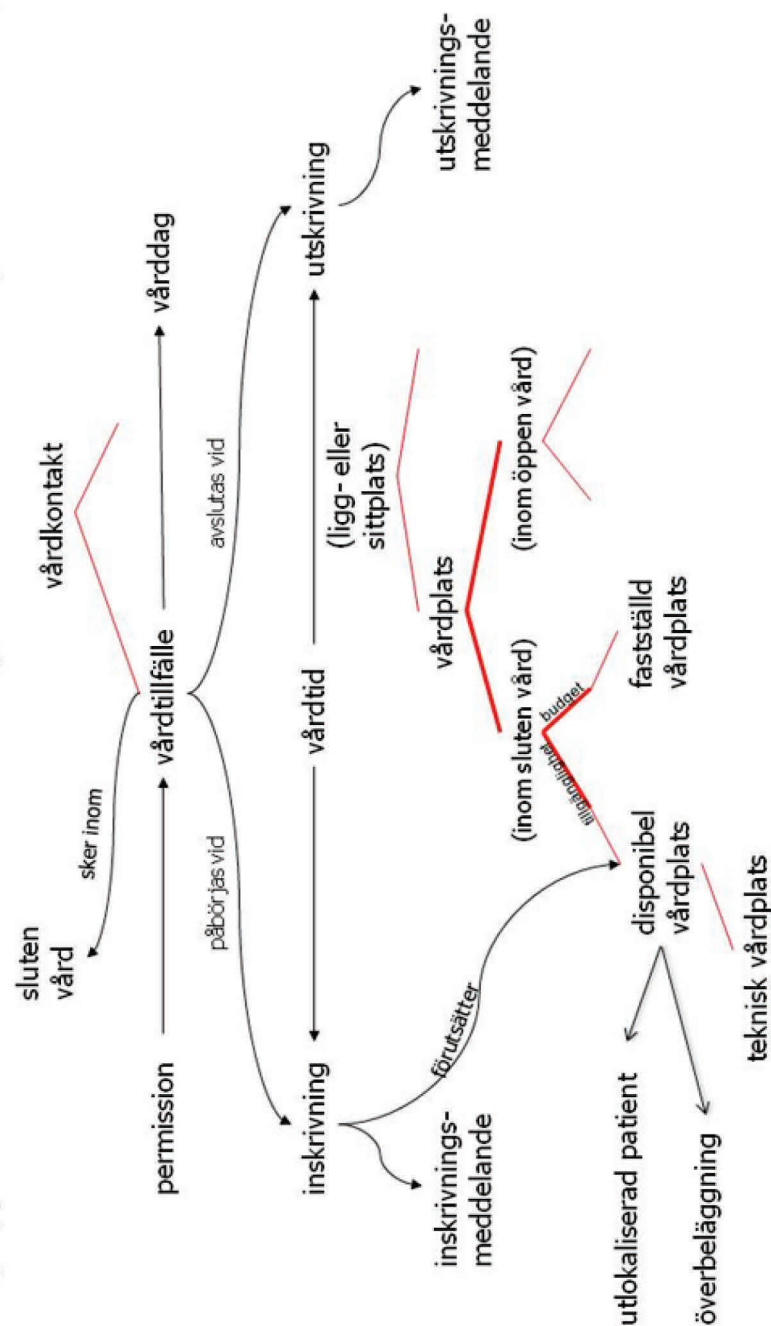
Tabell 2. Antal respondenter som tagit ställning för eller emot en term respektive definition i den andra remissomgången.

	Term		Definition	
	För	Emot	För	Emot
Inskrivning	49	0	40	6
Utskrivning	49	0	37	10
Sluten vård	49	0	41	4
Öppen vård	50	0	32	15
Hemsjukvård	42	0	34	5

Bilaga 3: Begreppsdiagram

Terminologi

Begrepp och termer inom vård och omsorg: vårdtillfälle och vårdplats



Läsanvisning till begreppsdiagrammet

Grafik	Relationstyp	Beskrivning	Läsvägledning
	Generisk relation	Det underordnade begreppet är en typ av det överordnade. Det överordnade begreppet och det underordnade begreppet har en uppsättning gemensamma kännetecken, men det underordnade begreppet har åtminstone ytterligare ett särskiljande kännetecken. Den generiska relationen representeras av röda streck. Tjockare röda streck avser indelningsgrund.	Vårdplats är en typ av ligg- eller sittplats. Disponibel vårdplats och fastställd vårdplats är två typer av vårdplatser, Vårdplats kan indelas dels efter sluten respektive öppen vård, dels (inom sluten vård) efter tillgänglighet respektive budget.
	Associativ relation	Begreppen är relaterade till varandra på ett visst tematiskt sätt som inte avser över- och underordning eller del respektive helhet. Den associativa relationen representeras av svarta pilar. Relationsnamnet kan skrivas ut och ska då läsas i pilens riktning.	Inskrivning förutsätter att det finns en disponibel vårdplats.

Bilaga 4: Indikatorbeskrivningarna

Indikatorsnamn	Överbeläggning
Mått	Antal överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser ²
Syfte	Överbeläggningar innebär ökad patientsäkerhetsrisk. Indikatoren visar förhållandet mellan antalet överbeläggningar och antalet disponibla vårdplatser i slutenvård.
Målvärde	Noll
Typ av indikator	Processmått
Teknisk beskrivning	<u>Täljare</u>: Antal överbeläggningar beräknas genom att antalet disponibla vårdplatser på en viss vårdenhets³ kl. 06:00 subtraheras från antalet inskrivna patienter vid samma vårdenhets och samma tidpunkt. Värdet på differensen på vårdenhetsnivå ska anges som noll om den är negativ. <u>Nämnare</u>: Antal⁴ disponibla vårdplatser på aktuell vårdenhets kl. 06:00. Värdena för täljaren respektive nämnaren tas fram dagligen på alla vårdenheter och används för beräkning av mått på månads- respektive årsnivå. Beräkningarna görs på följande sätt: <u>Månad</u>: Summan av alla värden för täljaren för alla dagar för en månad för alla somatiska respektive psykiatriska vårdenheter på ett sjukhus divideras med summan av alla värden för nämnaren för alla dagar för samma månad för samma somatiska respektive psykiatriska vårdenheter på sjukhuset. Resultatet blir två kvoter, en för somatiska vårdenheter och en för psykiatriska vårdenheter för aktuellt sjukhus för en månad. För att beräkna de slutliga måtten multipliceras respektive kvot med 100. <u>År</u>: Beräkning av mått på årsnivå görs på samma sätt som ovan med den skillnaden att summeringar av värdena görs för ett år.
Datakällor	Patientadministrativa system hos respektive vårdgivare.
Stratifieringsnivå	Sjukhus Landsting/region⁵ Riket⁶ Indikatoren stratifieras separat för somatisk och för psykiatrisk vård.
Felkällor	Tillämpning av definitionen av disponibel vårdplats. Svårigheter att registrera och rapportera förändringar av antalet disponibla vårdplatser. Variationer i registreringsrutiner och patientadministrativa system.

² Se definitioner av överbeläggning respektive disponibel vårdplats i Socialstyrelsens Termbank. <http://app.socialstyrelsen.se/termbank/>

³ Med vårdenhets avses här slutenvårdsavdelning eller motsvarande vårdenhets i slutenvården. Se definitionen i Termbanken.

⁴ Antal disponibla vårdplatser som anges i täljaren respektive i nämnaren ska alltid vara lika.

⁵ Kvoten för landstingsnivå/regionnivå beräknas enligt tekniska beskrivningen för månad respektive år där orden ” på ett sjukhus ” ersätts med orden ”i ett landsting/region”. För att beräkna måtten multipliceras respektive kvot med 100.

⁶ Kvoten för riksnivå beräknas enligt tekniska beskrivningen för månad respektive år där orden ” på ett sjukhus ” ersätts med orden ”i riket”. För att beräkna måtten multipliceras respektive kvot med 100.

Indikatorsnamn	Utlokaliserad patient
Mått	Antal utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser ⁷
Syfte	Utlokaliseringar av patienter innebär ökad patientsäkerhetsrisk. Indikatoren visar förhållandet mellan antalet utlokaliserade patienter och antalet disponibla vårdplatser i slutenvård.
Målvärde	Noll
Typ av indikator	Processmått
Teknisk beskrivning	<u>Täljare</u>: Antal utlokaliserade patienter på alla somatiska respektive psykiatriska vårdenheter⁸ på ett sjukhus kl. 06:00. <u>Nämnare</u>: Antal disponibla vårdplatser på alla somatiska respektive psykiatriska vårdenheter på aktuellt sjukhus kl. 06:00. Värdena för täljaren respektive nämnaren tas fram⁹ dagligen och används för beräkning av mått på månads- respektive årsnivå. Beräkningarna görs på följande sätt: <u>Månad</u>: Summan av alla värden för täljaren för alla dagar för en månad för alla somatiska respektive psykiatriska vårdenheter på ett sjukhus divideras med summan av alla värden för nämnaren för alla dagar för samma månad för samma somatiska respektive psykiatriska vårdenheter på sjukhuset. Resultaten blir två kvoter, en för somatiska vårdenheter och en för psykiatriska vårdenheter för aktuellt sjukhus för en månad. För att beräkna de slutliga måtten multipliceras respektive kvot med 100. <u>År</u>: Beräkning av mått på årsnivå görs på samma sätt som ovan med den skillnaden att summeringar av värdena görs för ett år.
Datakällor	Patientadministrativa system hos respektive vårdgivare.
Stratifieringsnivå	Sjukhus Landsting/region¹⁰ Riket¹¹ Indikatoren stratifieras separat för somatisk och för psykiatrisk vård.
Felkällor	Tillämpning av definitionerna utlokaliserad patient respektive disponibel vårdplats. Svårigheter att registrera och rapportera förändringar av antalet disponibla vårdplatser. Variationer i registreringsrutiner och patientadministrativa system.

⁷ Se definitionerna av utlokaliserad patient respektive disponibel vårdplats i Socialstyrelsens Termbank. <http://app.socialstyrelsen.se/termbank/>

⁸ Med vårdenheter avses här slutenvårdsavdelning eller motsvarande vårdenheter i slutenvården. Se definitionen i Termbanken.

⁹ Framtagande av värdena görs på vårdenhets- eller på sjukhusnivå beroende av sjukhusens administrativa system för uppföljning av utlokaliserade patienter. I det totala antalet utlokaliserade patienter på ett sjukhus för ett datum får varje patient räknas bara en gång.

¹⁰ Kvoten för landstingsnivå/regionnivå beräknas enligt tekniska beskrivningen för månad respektive år där orden ” på ett sjukhus” ersätts med orden ”i ett landsting/region”. För att beräkna måtten multipliceras respektive kvot med 100.

¹¹ Kvoten för riksnivå beräknas enligt tekniska beskrivningen för månad respektive år där orden ” på ett sjukhus” ersätts med orden ”i riket”. För att beräkna måtten multipliceras respektive kvot med 100.

Indikatorsnamn	Utskrivningsklar patient
Mått	Antal utskrivningsklara patienter ¹² per 100 disponibla vårdplatser.
Syfte	Utskrivningsklara patienter innebär en ökad risk för uppkomst av överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter. Indikatoren visar förhållande mellan antalet utskrivningsklara patienter och antalet disponibla vårdplatser i slutenvård.
Målvärde	Saknas
Typ av indikator	Processmått
Teknisk beskrivning	<u>Täljare</u>: Antal utskrivningsklara patienter på alla somatiska respektive psykiatriska vårdenheter¹³ på ett sjukhus kl. 06:00. <u>Nämnare</u>: Antal disponibla vårdplatser på alla somatiska respektive psykiatriska vårdenheter på aktuellt sjukhus kl. 06:00. Värdena för täljaren respektive nämnaren tas fram dagligen och används för beräkning av mått på månads- respektive årsnivå. Beräkningarna görs på följande sätt: <u>Månad</u>: Summan av alla värden för täljaren för alla dagar för en månad för alla somatiska respektive psykiatriska vårdenheter på ett sjukhus divideras med summan av alla värden för nämnaren för alla dagar för samma månad för samma somatiska respektive psykiatriska vårdenheter på sjukhuset. Resultaten blir två kvoter, en för somatiska vårdenheter och en för psykiatriska vårdenheter för sjukhuset för en månad. För att beräkna de slutliga måtten multipliceras respektive kvot med 100. <u>År</u>: Beräkning av mått på årsnivå görs på samma sätt som ovan med den skillnaden att summeringar av värdena görs för ett år.
Datakällor	Patientadministrativa system hos respektive vårdgivare.
Stratifieringsnivå	Sjukhus Landsting/region¹⁴ Riket¹⁵ Indikatoren stratifieras separat för somatisk och för psykiatrisk vård.
Felkällor	Tillämpning av definitionerna utskrivningsklar patient respektive disponibel vårdplats. Svårigheter att registrera och rapportera förändringar av antalet disponibla vårdplatser. Variationer i registreringsrutiner och patientadministrativa system.

¹² Se definitionen i Termbanken.

¹³ Med vårdenheter avses här slutenvårdsavdelning eller motsvarande vårdenheter i slutenvården. Se definitionen i Termbanken.

¹⁴ Kvoten för landstingsnivå/regionnivå beräknas enligt tekniska beskrivningen för månad respektive år där orden ” på ett sjukhus ” ersätts med orden ”i ett landsting/region”. För att beräkna måtten multipliceras respektive kvot med 100.

¹⁵ Kvoten för riksnivå beräknas enligt tekniska beskrivningen för månad respektive år där orden ” på ett sjukhus ” ersätts med orden ”i riket”. För att beräkna måtten multipliceras respektive kvot med 100.

Bilaga 5: Litteraturgenomgång

Litteraturgenomgång av sambandet mellan överbeläggningar och vård- skador

Helena Hvitfeldt Forsberg

Inledning

En viktig utgångspunkt för projektet var sambandet mellan överbeläggningar och vårdskador. I det syfte gjordes en studie som avgränsades till att kartlägga forskning där man studerat detta samband.

Studiens syfte var att beskriva forskningen på området utan att göra någon ytterligare värdering eller kvalitetsgranskning. Således är fynden i denna kartläggning en sammanställning av det som beskrivs i de vetenskapliga studierna. Ingen ytterligare granskning av det vetenskapliga underlagets tillförlitlighet och storlek på eventuella samband har analyseras i studien.

Kartläggningen gjordes av Helena Hvitfeldt Forsberg, Karolinska Institutet, med expertstöd från Ann-Kristin Jonsson och Jenny Rehnman på Socialstyrelsen.

Metod

Avgränsning

I Socialstyrelsen termbank fanns vid tidpunkten för sökningen och kartläggningen ingen definition av begreppet överbeläggning (mars – maj 2011). Därför fanns det inget givet sätt att söka på begreppet annat än med fritextbegreppet ”overcrowding”. Vi valde istället att söka brett och inkludera begrepp som kapacitet och belägningsgrad. En kombination av kontrollerade ämnesord samt ord i titlar och abstracts har genomgående använts i sökningarna. I litteratursökningarna användes, förutom overcrowding, närliggande engelska andra söktermer som fångat begreppet överbeläggningar, exempelvis bed utilization, bed occupancy, capacity protocol. Det innebär att kartläggningen adresserar sambandet mellan överbeläggning och risker för vårdskador på en begränsad del av frågan så som överbeläggningar definieras i termbanken enligt beslutet från november 2011.

I Socialstyrelsens termbank definieras patientsäkerhet som skydd mot vårdskada. Enligt 5 § i Patientsäkerhetslagen avses med vårdskada 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. De termer som används för sökningen av vårdskador var engelska termer såsom safety management, accidents, quality, infection, injury.

Viktiga frågor som är angränsande och som relaterar till begreppet överbeläggning är fysisk utformning och utrustning av vårdplatser, vårdpersonalens kompetens, tillgång till personal, möjlighet att omplacera patienter till andra vårdenheter. Dessa aspekter av patientsäkerhet och arbetsmiljö ingår i Socialstyrelsens nya termer avseende vårdplatser och överbeläggningar och utlokaliserade patienter som togs fram efter att denna kartläggning har avgränsats. Därför har dessa viktiga aspekter bara delvis ingått som söktermer i denna kartläggning, exempelvis Work Index Score, patient navigator, logistic models, workflow.

Endast publikationer som rapporterar om samband mellan överbeläggningar och utfallsmått relaterad till patientsäkerhets risker har inkluderats i kartläggningen. Publikationer om ämnet överbeläggningar (definition, histo-

rik, utveckling, omfattning) har inte inkluderats men använts för ökad förståelse om ämnet och problematiken kring överbeläggningar.

Sökorden var verksamhets- och organisatoriskt neutrala. I informations-sökningen har fokus inte riktats mot någon särskild sektor inom sjukvården som t ex akutsjukvård trots att majoriteten av träffar handlar om akutsjukvårdsenheter. En möjlig orsak till detta kan vara att inskrivningsrutiner och vådlogistik på svenska sjukhus skiljer sig från de i exempelvis USA och Kanada varifrån de flesta artiklar som bedömdes kommer. I dessa länder skrivs i regel patienter in på vårdplatser på akutmottagningar (Emergency Units/Department) där de vårdas upp till några dagar innan de skrivs ut eller flyttas till en vårdplats på klinik. Gångse praxis i Sverige är dock att patienter skrivs in på respektive vårdenheter (avdelning eller klinik) även om det inte finns lediga vårdplatser vilket leder till överbeläggningar. Endast några större sjukhus i Sverige har vårdplatser på akutmottagningarna där patienter kan skrivas in för observation och behandling men i regel stannar inte lägre än 48 timmar. Överbeläggningar i dessa länder är en företeelse som inträffar främst på akutmottagningsenheterna vilket sannolikt påverkar förekomst av studier som tar upp överbeläggningar på akutmottagningar. Man har därför också i många av de studier som ingått operationaliserat begreppet överbeläggningar så att det är kopplat till verksamhet på akutmottagningar. För att kunna finna annan litteratur som inte undersökt överbeläggningar på akutmottagningar hade man troligt behövt ha ett annat angreppssätt. T ex hade man kunnat definiera viktiga utfallsmått/områden för att se om det finns en koppling mellan dessa och överbeläggning. Genom detta förfaringsätt hade man möjligtvis ha funnit studier som också visar på att det kan finnas samband mellan vissa utfallsmått och överbeläggning och dessutom möjligtvis fått ett större underlag.

Kartläggningen hade inte som syfte att bedöma kvaliteten i den inkluderade litteraturen utan endast att beskriva det som den vetenskapliga litteraturen rapporterar. Endast fullständiga publikationer publicerade på svenska eller engelska inkluderades.

Sökning och granskning av studier

Sökstrategin består av databassökningar i referensdatabaser samt kontroll av referenslistor. Sökningar genomfördes i fem databaser relevanta för ämnesområdet: Cinahl, Cochrane library, EMBASE, PsycInfo samt PubMed. Vi sökte på det engelska begreppet overcrowding men valde också att tolka begreppet i vid bemärkelse och inkludera sökord som kapacitet och beläggningsgrad (eng; hospital bed capacity, crowding, injuries, infection). En kombination av kontrollerade ämnesord samt ord i titlar och abstracts har genomgående använts i alla sökningar. Se tabell 1 i slutat av denna bilaga med exempel på en genomförd sådan sökning. Vad gäller den del som handlar om samband mellan överbeläggningar och vårdskador har sökningen varit tvungen att i vissa fall vara ändå bredare för att kunna täcka frågeställningen. Detta på grund av att denna frågeställning inte på ett enkelt sätt går att omvandla till en tillförlitlig och fokuserad sökstrategi.

Databassökningarna utfördes våren 2011 och ledde till att 804 publikationer identifierades. Efter genomgång av titlarna på de 804 publikationerna,

valdes 384 stycken för abstractläsning då de bedömdes vara potentiellt relevanta. Fulltextläsningen innefattade, efter exklusion av icke relevanta artiklar och dubletter, 210 artiklar. Det slutliga antalet inkluderade artiklar var sammantaget för 35. Se bild 1 i slutat av denna bilaga som visar flödeschema om hur urvalet av publikationer gått till.

Granskning av sammanfattningar

Urvalsprocessen startade med läsning av sammanfattningar (abstracts) till de publikationer som identifierats via databassökningarna. Läsning av abstrakt och fulltextmaterialet lästes av en och samma person. De uppsatta inklusionskriterierna styrde läsningen, följande artiklar inkluderades:

- studier som kan visa på samband mellan överbeläggningar och utfallsmått relaterade till patientsäkerhet
- artiklar som granskats och publicerats i vetenskapliga tidskrifter
- artiklar på svenska eller engelska

Som ett andra steg beställdes de inkluderade publikationerna in för fulltextläsning. Totalt identifierades 35 relevanta artiklar som vanligen var publicerade i följande vetenskapliga tidskrifter:

- Academic Emergency Medicine (12 st)
- Annals of Emergency Medicine (10 st)

Antalet publicerade artiklar om ämnet överbeläggningar har ökat de senaste 10 åren, se diagram 1 i slutat av denna bilaga. Merparten av publikationerna var av amerikanskt ursprung, följt av studier från Kanada. Få publikationer var av europeiskt ursprung, endast två med nordiskt ursprung.

Granskning av fulltextartiklar – tabellering av information

De 35 fulltextartiklar som uppfyllde kriterierna för inklusion utgör underlaget för denna kartläggning. Underlaget har sammanställts så att det visar på sambanden mellan överbeläggningar och vårdskador. Information om sambandet mellan överbeläggningar och utfallsmått relaterade till patientsäkerhet har identifierats och tabellerats (se tabell 2 i slutet av denna bilaga) samt beskrivits i nästa avsnitt.

Samband mellan överbeläggning och vårdskador

I detta kapitel redovisas resultaten för vad forskning som studerat vårdskador relaterat till överbeläggningar. Av de publikationer som bedömdes som relevanta för frågeställningen kom 35 slutligen att ingå i denna delstudie. Majoriteten av litteraturen kring överbeläggningar som inkluderades i denna kartläggning rör verksamhet på akutmottagningar, fåtalet berör intensivvårdsavdelningar och vårdavdelningar.

1. Dödlighet

Det finns studier som visar att överbeläggningar ökar risken för dödsfall medan andra studier inte visar något sådant samband [1–6]. De studier som påvisar en ökad dödlighet beskriver också att överbeläggningar leder till längre vårdtid och att de ökar risken för att patienterna skrivs ut för tidigt [1].

2. Smärtlindring och felmedicinering

Överbeläggningar inom akutsjukvården leder ofta till att patienterna får vänta längre på smärtlindring och/eller får för lite lindring [7–10, 11]. En studie visar att patienter som söker akut vård för smärta, olika hjärtbesvär eller infektioner såsom lunginflammation vid överbeläggning oftare får vänta på behandling, vilket inte sällan leder till förlängd vårdtid och i vissa fall ökad sjuklighet och dödlighet. Studien tyder även på att det kan finnas ett samband mellan överbeläggningar och felmedicineringar eftersom felmedicineringar blev vanligare i takt med att beläggningen ökade på en akutmottagning [12]. Felmedicineringarna bestod i att administreringen och doseringen var fel, att läkemedlen gavs med fel frekvens och varaktighet samt att patienterna fick kontraindicerande läkemedel och även fel läkemedel [12].

3. Smittspridning

På både intensivvårdsavdelningar och andra sjukhusavdelningar finns samband mellan överbeläggningar samt hög arbetsbelastning och spridning av MRSA (Meticillinresistent Staphylococcus Aureus) [13]. En studie visade även att risken för smittspridning ökar med längre episoder av hög beläggning [14]. Dessutom ökar risken om arbetssituationen är stressad eftersom personalen då blir sämre på att följa riktlinjer för exempelvis handhygien [14–19].

4. Patientnöjdhet

Vid överbeläggningar kan patienter bli placerade i korridorer, vilket gör dem mindre nöjda med vården [28, 32]. Överbeläggningar kan också göra väntande patienter stressade och oroliga och ibland leder det också till hot och våldsamheter [22]. Patienterna uppgav att de själva ville ha mer information om överbeläggningen, bättre säkerhet och mer avskildhet [23].

5. Personalnöjdhet

Överbeläggningarna får främst konsekvenser för patienterna och deras anhöriga men enligt viss forskning påverkas även personalen inom hälso- och sjukvården [32]. Det finns två omfattande amerikanska enkätstudier som belyser kopplingen mellan personalnöjdhet och säkerhetsklimatet på den aktuella kliniken och enligt resultatet har överbeläggning en negativ effekt på säkerheten och därmed personalens nöjdhet [24, 25].

6. Hjärtsjukdom

Litteraturen visar att överbeläggningar minskar möjligheten för patienter med hjärtåkommor att få vård som är lättillgänglig och tidsenlig samt håller god kvalitet [26–29]. När akutmottagningar har hög beläggning kan det hända att ambulanser omdirigeras till andra sjukhus och det kan vara negativt för vården av hjärtsjuka [28].

7. Luftvägssjukdomar samt antibiotikabehandling vid lunginflammation

Patienter med luftvägssjukdomar kan få vänta längre på behandling på grund av överbeläggningar och ibland får de ingen behandling alls eller en vård av sämre kvalitet [20, 30-31, 33-35]. Om behandlingen dröjer kan även vårdtiden bli längre och risken ökar för att patienten ska återinläggas på en vårdavdelning [35].

Referenser

1. Chrusch CA, Olafson KP, McMillan PM, Roberts DE, Gray PR. High occupancy increases the risk of early death or readmission after transfer from intensive care. *Crit Care Med* 2009;37(10):2753-8.
2. Liu SW, Thomas SH, Gordon JA, Hamedani AG, Weissman JS. A pilot study examining undesirable events among emergency department-boarded patients awaiting inpatient beds. *Ann Emerg Med* 2009;54(3):381-5.
3. Miro O, Antonio MT, Jimenez S, De Dios A, Sanchez M, Borrás A, et al. Decreased health care quality associated with emergency department overcrowding. *Eur J Emerg Med* 1999;6(2):105-7.
4. Richardson DB. Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. *Med J Aust* 2006;184(5):213-6.
5. Sheno RP, Ma L, Jones J, Frost M, Seo M, Begley CE. Ambulance diversion as a proxy for emergency department crowding: the effect on pediatric mortality in a metropolitan area. *Acad Emerg Med* 2009;16(2):116-23.
6. Sprivulis PC, Da Silva JA, Jacobs IG, Frazer AR, Jelinek GA. The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *Med J Aust* 2006;184(5):208-12.
7. Hwang U, Richardson L, Livote E, Harris B, Spencer N, Sean Morrison R. Emergency department crowding and decreased quality of pain care. *Acad Emerg Med* 2008;15(12):1248-55.
8. Hwang U, Richardson LD, Sonuyi TO, Morrison RS. The effect of emergency department crowding on the management of pain in older adults with hip fracture. *J Am Geriatr Soc* 2006;54(2):270-5.
9. Mills AM, Shofer FS, Chen EH, Hollander JE, Pines JM. The association between emergency department crowding and analgesia administration in acute abdominal pain patients. *Acad Emerg Med* 2009;16(7):603-8.
10. Pines JM, Hollander JE. Emergency department crowding is associated with poor care for patients with severe pain. *Ann Emerg Med* 2008;51(1):1-7.
11. Pines JM, Shofer FS, Isserman JA, Abbuhl SB, Mills AM. The effect of emergency department crowding on analgesia in patients with back pain in two hospitals. *Acad Emerg Med* 2010;17(3):276-83.
12. Kulstad EB, Sikka R, Sweis RT, Kelley KM, Rzechula KH. ED overcrowding is associated with an increased frequency of medication errors. *Am J Emerg Med* 2010;28(3):304-9.
13. Borg MA. Bed occupancy and overcrowding as determinant factors in the incidence of MRSA infections within general ward settings. *J Hosp Infect* 2003;54(4):316-8.
14. Borg MA, Suda D, Scicluna E. Time-series analysis of the impact of bed occupancy rates on the incidence of methicillin-resistant

- Staphylococcus aureus infection in overcrowded general wards. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2008;29(6):496-502.
15. Andersen BM, Lindemann R, Bergh K, Nesheim BI, Syversen G, Solheim N, et al. Spread of methicillin-resistant Staphylococcus aureus in a neonatal intensive unit associated with understaffing, overcrowding and mixing of patients. *J Hosp Infect* 2002;50(1):18-24.
 16. Cunningham JB, Kernohan WG, Rush T. Bed occupancy, turnover interval and MRSA rates in Northern Ireland. *Br J Nurs* 2006;15(6):324-8.
 17. Haley RW, Bregman DA. The role of understaffing and overcrowding in recurrent outbreaks of staphylococcal infection in a neonatal special-care unit. *J Infect Dis* 1982;145(6):875-85.
 18. Harbarth S, Sudre P, Dharan S, Cadenas M, Pittet D. Outbreak of Enterobacter cloacae related to understaffing, overcrowding, and poor hygiene practices. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1999;20(9):598-603.
 19. Howie AJ, Ridley SA. Bed occupancy and incidence of Methicillin-resistant Staphylococcus aureus infection in an intensive care unit. *Anaesthesia* 2008;63(10):1070-3.
 20. Pines JM, Garson C, Baxt WG, Rhodes KV, Shofer FS, Hollander JE. ED crowding is associated with variable perceptions of care compromise. *Acad Emerg Med* 2007;14(12):1176-81.
 21. Pines JM, Iyer S, Disbot M, Hollander JE, Shofer FS, Datner EM. The effect of emergency department crowding on patient satisfaction for admitted patients. *Acad Emerg Med* 2008;15(9):825-31.
 22. Virtanen M, Vahtera J, Batty GD, Tuisku K, Pentti J, Oksanen T, et al. Overcrowding in psychiatric wards and physical assaults on staff: data-linked longitudinal study. *Br J Psychiatry* 2011;198:149-55.
 23. Coughlan M, Corry M. The experiences of patients and relatives/significant others of overcrowding in accident and emergency in Ireland: a qualitative descriptive study. *Accid Emerg Nurs* 2007;15(4):201-9.
 24. Shaw KN, Ruddy RM, Olsen CS, Lillis KA, Mahajan PV, Dean JM, et al. Pediatric patient safety in emergency departments: unit characteristics and staff perceptions. *Pediatrics* 2009;124(2):485-93.
 25. Sklar DP, Crandall CS, Zola T, Cunningham R. Emergency physician perceptions of patient safety risks. *Ann Emerg Med* 2010;55(4):336-40.
 26. Kulstad EB, Kelley KM. Overcrowding is associated with delays in percutaneous coronary intervention for acute myocardial infarction. *Int J Emerg Med* 2009;2(3):149-54.
 27. Pines JM, Pollack CV, Jr., Diercks DB, Chang AM, Shofer FS, Hollander JE. The association between emergency department crowding and adverse cardiovascular outcomes in patients with chest pain. *Acad Emerg Med* 2009;16(7):617-25.
 28. Schull MJ, Morrison LJ, Vermeulen M, Redelmeier DA. Emergency department overcrowding and ambulance transport delays for patients with chest pain. *CMAJ* 2003;168(3):277-83.

29. Schull MJ, Vermeulen M, Slaughter G, Morrison L, Daly P. Emergency department crowding and thrombolysis delays in acute myocardial infarction [corrected] [published erratum appears in ANN EMERG MED 2005 Jan;45(1):84]. *Ann Emerg Med* 2004;44(6):577-85.
30. Fee C, Weber EJ, Maak CA, Bacchetti P. Effect of emergency department crowding on time to antibiotics in patients admitted with community-acquired pneumonia. *Ann Emerg Med* 2007;50(5):501.
31. Pines JM, Hollander JE, Localio AR, Metlay JP. The association between emergency department crowding and hospital performance on antibiotic timing for pneumonia and percutaneous intervention for myocardial infarction. *Acad Emerg Med* 2006;13(8):873-8.
32. Pines JM, Localio AR, Hollander JE, Baxt WG, Lee H, Phillips C, et al. The impact of emergency department crowding measures on time to antibiotics for patients with community-acquired pneumonia. *Ann Emerg Med* 2007;50(5):510-6.
33. Sikka R, Mehta S, Kaucky C, Kulstad EB. ED crowding is associated with an increased time to pneumonia treatment. *Am J Emerg Med* 2010;28(7):809-12.
34. Sills MR, Fairclough D, Ranade D, Kahn MG. Emergency department crowding is associated with decreased quality of care for children with acute asthma. *Ann Emerg Med* 2010;57
35. Pines JM, Prabhu A, Hilton JA, Hollander JE, Datner EM. The effect of emergency department crowding on length of stay and medication treatment times in discharged patients with acute asthma. *Academic Emergency Medicine*. 2010;17(8):834-9

Tabeller och diagram

Tabell 1: Exempel på dokumentation av databassökning. Tabellen presenterar sökord som användes i databasen PubMed, hur sökorden kombinerades och vilket resultat det gav

PubMed – 110209			
Sökning gjord vid Socialstyrelsens bibliotek av Ann Kristine Jonsson			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Antal ref. **)
Överbeläggning			
1.	MH	"Hospital Bed Capacity"[MAJR]	782
2.	MH	"Bed Occupancy"[Mesh]	2079
3.	FT/TI	bed utilization[ti] OR bed occupancy[ti] OR bed occupancies[ti] OR bed capacity[ti] OR department crowding[ti] OR hallway patients[ti] OR high occupancy[ti] OR hospital crowding[ti] OR hospital capacity[ti] OR hospital occupancy[ti] OR occupancy rates[ti] OR overcrowding[ti] OR turnover interval*[ti]	639
4.	MH	"Crowding" [Mesh] AND "Hospital Bed Capacity"[Mesh]	68
5.	MH, FT/TIAB	"Crowding"[Mesh] AND (bed utilization[tiab] OR bed occupancy[tiab] OR bed occupancies[tiab] OR bed capacity[tiab] OR department crowding[tiab] OR hallway patients[tiab] OR high occupancy[tiab] OR hospital crowding[tiab] OR hospital capacity[tiab] OR hospital occupancy[tiab] OR occupancy rates[tiab] OR turnover interval[tiab] OR turnover intervals[tiab])	72
6.		1-5 (OR)	3135
Risk/Säkerhet/kvalitet etc			
7.	MH	"Risk Management"[Mesh:NoExp] OR "Safety Management"[Mesh] OR "Quality of Health Care"[Mesh] OR "Cross Infection"[Mesh] OR "Infection Control"[Mesh] OR "Risk Factors"[Mesh] OR "Medical Errors"[Mesh:NoExp] OR "Diagnostic Errors"[Mesh:NoExp] OR "Hospital Mortality"[Mesh] OR "Outcome Assessment (Health Care)"[Mesh] OR "Hospitalization"[Mesh] OR "Accidents"[Mesh:NoExp] OR "Accident Prevention"[Mesh] OR "Accidental Falls"[Mesh] OR "Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus"[Mesh]	4069838
8.	FT/TI	effect*[ti] OR error*[ti] OR safety[ti] OR patient*[ti] OR risk[ti] OR increase*[ti] OR mortality[ti] OR quality[ti] OR assessment[ti] OR incidence[ti] OR infection*[ti] OR association[ti] OR outcome*[ti] OR injury[ti] OR injuries[ti] OR MRSA[ti] OR methicillin-resistant staphylococcus aureus[ti]	3476766
9.		7 OR 8	6356073

10.		6 AND 9	2101
Design			
11.	MH	"Epidemiologic Studies"[Mesh]	1264850
12.	PT	"Review "[Publication Type]	1571859
13.	MH	"Qualitative Research"[Mesh]	9978
14.	FT/TI	longitudinal[ti] or review[ti] OR qualitative[ti] Limits Activated: Publication Date from 2010/01/01	19639
15.		11-14 (OR)	2816165
16.		15 AND 10	405
17.		15 AND 10 AND Limits Activated: English, Swedish, Publication Date from 2000/01/01	247

PubMed:

*)

MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed)

FT = Fritextterm/er

SB = PubMeds filter

för systematiska översikter (systematic[sb])

för alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb])

tiab= sökning i title- och abstractfälten

Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts

MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln)

Diagram 1: Antal publicerade artiklar per år.

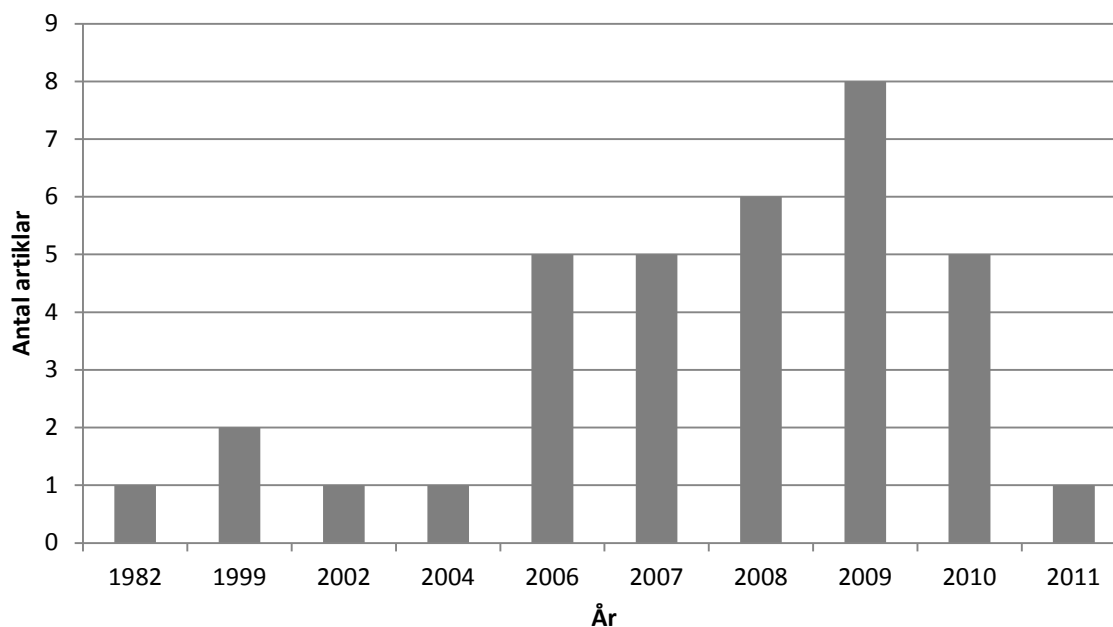
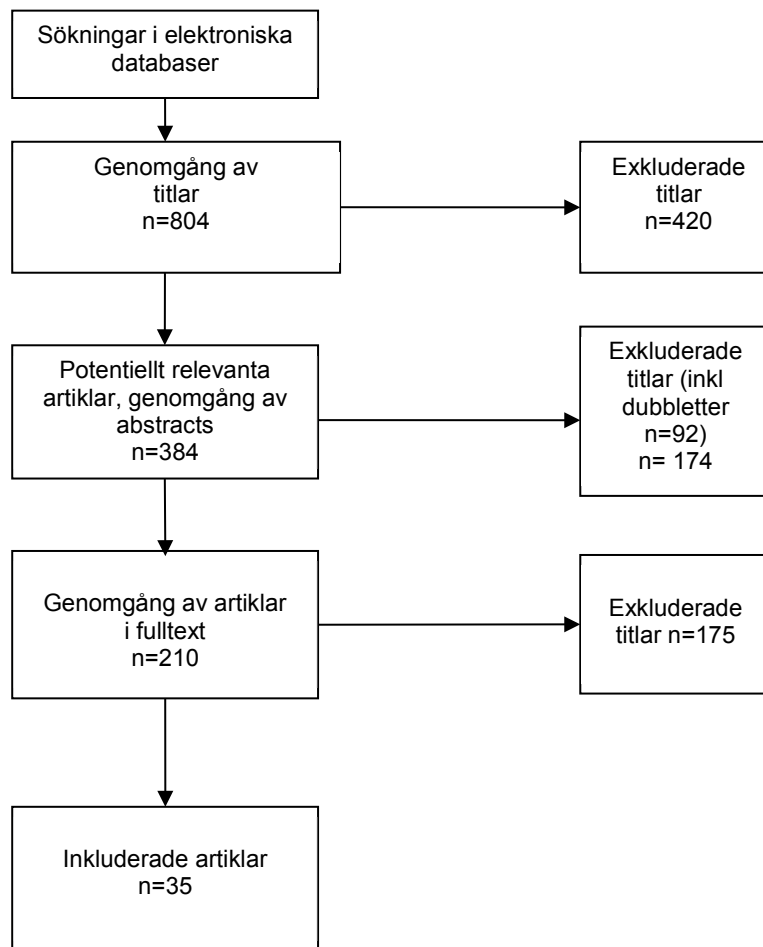


Bild 1: Flödesschema



Tabell 2

Omr.	Referens	Land	Kontext	Studiedesign och statistiska metoder	Duration, population	Utfallsmått	Utfall	God Vård dimension
Hjärtsjukdom	(27)	USA	Tertiärvård, en akutmottagning storstad	Retrospektiv studie, OR	7 år, 4 547 pat	- Sängplatser - LOS (Length of stay) - antal väntande patienter - antal patienter som väntar på vårdplats för inläggning - patientrelaterade vårdtid	Överbeläggningar är associerade med en ökad risk för sämre vård för patienter med bröstsmärtor	1, 5
	(29)	Kanada	25 akutverksamheter, tertiärvård, storstad	Retrospektiv, observationell studie	3 år, 3452 pat	- Pat demografiska data (misstänkt hjärtinfarkt) - tid från ankomst till akuten till insatt trombolysbehandling - omdirigering av ambulanser	Överbeläggningar är associerade med försenade trombolys-behandlingar för patienter med misstänkt hjärtinfarkt.	1, 5
	(26)	USA	En akutmottagning, Universitetssjukhus, tertiärvård, storstad	Retrospektiv, observationell studie	2 mån, 17 pat	- EDWIN (Emergency Department Work Index) - antal inkomna patienter till akuten med behov av PCI (Percutaneous Coronary Intervention) - ankomsttid - tid till EKG - tid till behandling.	Överbeläggningar på en akutmottagning kan skapa fördröjningar för patienter i behov av PCI.	1, 5
	(28)	Kanada	12 akutmottagningar, tertiärvård, storstad	Retrospektiv kohort studie, multivariat analys	4 mån 1997 + 4 mån 1999, 3609 pat	- Patient demografiska data för patienter med bröstsmärta (ålder, kön, sjuklighet) - veckodag - tid på dygnet	- Perioder av hög överbeläggning på akutmottagningarna hade en negativ effekt på tiden för ambulanstransporten för patienter med bröstsmärtor.	1, 5

						- överbeläggning på akutmottagning - ambulans prioritet - geografisk position - antal omdirigeringar av ambulanser - sökorsak - tid från ambulans till pat, till akutmottagning.	- Resultaten var inte associerade med patientens prioriteringsgrad. - Omdirigering av ambulanser pga. överbelagda akutmottagningar kan påverka vården för kritiskt sjuka.	
Smärtlindring och felmedicinering	(10)	USA	En akutmottagning universitetssjukhus, tertiärvård, storstad	Retrospektiv kohort studie	17 mån, 13578 pat	- Pat demografiska data - Beläggningsgrad - Vårdtid - tid till triage - tid till undersökningsrum - tid till administration av smärtstillande läkemedel	Ett signifikant samband identifierades mellan beläggningsgraden på akuten och fördröjd smärtbehandling samt icke behandling.	1, 5
	(11)	USA	Två akutmottagningar, tertiärvård, storstad	Retrospektive kohortstudie,	3,5 år, 5616 pat	- Patient demografiska data för pat med ryggsmärta - insatt smärtstillande - inläggning på avd - tid till triage - triagekod - tid till behandling - tid till undersökningsrum - beläggningsgrad - inlagda patienter - vårdtid/pat.	- Med ökande beläggning på akuten ökar risken för förseningar i administreringen av smärtstillande läkemedel för patienter med smärta i ryggen. - På universitetssjukhuset ökade administreringen av smärtstillande läkemedel vid stora patientvolymer i väntrummet.	1, 5
	(8)	USA	En akutmottagning, tertiärvård, storstad	Retrospektiv genomgång av data från en prospektiv kohort studie	12 mån, 158 pat	- Pat demografiska data (ålder, kön, triagekod, demens) för pat med höftfraktur - genomloppstid på akuten - antal väntande på inläggning från akuten - antal patienter som klagat över smärta	Överbeläggning på akuten kan medföra fördröjd och otillräcklig smärtlindring.	1, 5

						- tid till först dokumenterade smärtlindring - antal pat som fått smärtlindring och typ.		
	(9)	USA	En akutmottagning, tertiärvård, storstad	Prospektiv sekundär analys	9 mån, 967 pat	- Patient demografiska data (ålder, kön, triage kod, smärta) för patienter med magsmärta - typ av smärtlindring - beläggning på akuten - antal väntande patienter och inlagda patienter - patientrelaterad vårdtid - väntetid till triage, rum och smärtlindring.	Överbeläggningar kan leda till fördröjningar från triage till smärtlindring för patienter med magsmärtor.	1, 5
	(7)	USA	En akutmottagning, tertiärvård, storstad	Retrospektiv, observationell studie. Spearmans korrelation.	2 mån, 1068 pat	- Patienter med höftfraktur - antal patienter på akutmottagningen - antal korridorpatienter, - antal patienter som väntar på vårdplats för inläggning - relaterad börda	Ökad patientvolym kan öka risken för att tillgänglig smärtlindring underutnyttjas.	1, 5, 6
	(12)	USA	En akutmottagning, tertiärvård, förort	Prospektiv, observationell studie. Spearmans korrelation, ROC kurva.	3 mån, 6728 pat	- EDWIN (Emergency Department Work Index) - felaktig medicin och/eller dos, duration och administration.	Felmedicineringar kan öka i takt med ökad beläggning på en akutmottagning.	1
Luftvägssjukdomar samt antibiotikabehandling vid lungin-	(20)	USA	En akutmottagning, tertiärvård, storstad	Retrospektive kohortstudie, logistisk regression	4 år, 694 pat	- Patient relaterade data med diagnos lunginflammation - Ankomsttid - tid till triage - triagekod (1-4) - tid till insatt antibiotikabehandling - 8 överbeläggnings-mått för	Överbeläggning på den aktuella akutmottagningen var associerad med fördröjd eller utebliven antibiotikabehandling inom tidsramar enligt riktlinjer.	1, 5

	(35)	USA	Två akutmottagningar, tertiärvård, storstad	Retrospektiv kohort studie, multivariat analys	2 år, 1716 pat	akuten - Patient demografiska data för pat med astma - Triagekod - Ankomsttid - LOS - Väntetid - Administrerad astmabehandling - Inlagda pat från akuten - Beläggning på akuten - Tid till behandling - Antal pat som lämnar akuten utan medicinsk bedömning	Överbeläggningar bidrog i denna studie till ökad LOS på ca 1 timme, för patienter som sökte akut vård och behandlades för astma.	1, 5, 6
	(30)	USA	En akutmottagning, tertiärvård, storstad	Retrospektiv studie, logistisk regression, sensitivitetsanalys	18 mån, 344 pat	- Patientrelaterade data (ålder, kön, etnicitet), för pat med diagnos lunginflammation - Triagekod - Ankomstsätt - Ankomsttid - tid till triage - tid till insättning antibiotika - antal pat på akuten - inlagda pat	Med ökande patientvolym på akutmottagningen, minskade sannolikheten för pat med lunginflammation att få antibiotikabehandling inom rätt tidsramar.	1, 5
	(31)	USA	Akutmottagning på 24 akademiska sjukhus	Tvärsnittsstudie inkl enkät, journaldata och utfallsmått. Spearman's korrelation.	1 år, NA	- Andel patienter med lunginflammation som fick antibiotika inom 4 h - Andel patienter med ST förhöjning som behandlats med PCI inom 2 h efter ankomst	Vårdkvaliteten för patienter med lunginflammation kan påverkas vid överbeläggningar men inte för patienter med ST förhöjning,	1, 5

Morbidity and mortality	(34)	USA	En pediatrik akutmottagning, tertiärvård, storstad	Retrospektiv studie	1 år, 927 pat	- Patient demografiska data - Antal patienter med astma - Ankomstsätt - Ankomsttid - Triagekod - Belägningsgrad - antal väntande pat på akuten - kvalitetsindikatorer (tidsenlig, effektiv och jämlik vård)	Av de tre studerade kvalitetsindikatorerna hade överbeläggningar negativ påverkan på tidsenlig och effektiv vård. Inget samband fanns mellan jämlik vård och överbeläggningar.	5, 6
	(33)	USA	En akutmottagning, tertiärvård, tätort	Retrospektiv dagtagning, Spearmans korrelation	5 mån, 262 pat	- Antal pat med diagnosen lunginflammation - Belägningsgrad - tid till behandling,	Belägningsgraden var i denna studie associerad med tiden till antibiotikabehandling för patienter med lunginflammation.	5
	(1)	Kanada	En IVA, Universitetssjukhus, tertiärvård, storstad	Prospektiv kohortstudie, logistisk regression	8 år, 8683 pat	- Patient demografisk data - antal inläggningar - diagnos - utskrivningstid - återinläggning	Överbelagda IVA avdelningar kan medföra en ökad risk för återinläggning, mortalitet och för tidig utskrivning.	1, 5
	(6)	Australien	Tertiärvård vid 3 storstadssjukhus,	Retrospektiv studie	3 år, 62495 pat	- Dödlighet vid dag 2, 7, 30 - Belägningsgrad - Ålder - Diagnos - Remittent - Prioritet - Transport till sjukhus	Överbeläggningar kan medföra en ökad risk för mortalitet.	1
	(3)	Spanien	En akutmottagning, tertiärvård, storstad	Prospektiv studie, linjär regression	2 år, 81301 besök	- Besök per vecka - Återbesök - Mortalitet	En signifikant korrelation finns mellan mortalitet och antal besök per vecka på akutmottagningen.	1, 5
	(5)	USA	Pediatrik, akutmottagningar på 3 storstadssjukhus	Retrospektiv studie, logistisk regression	2 år, 4095 pat	- Omdirigering av ambulans - mortalitet på akuten och på avdelning	Överbeläggningar var vanligt på dessa tre sjukhus men inget bevis på sam-	1, 5

			(tertiärvård),			- inläggningar - patientspecifika data såsom ålder, kön, försäkring och sjuklighet.	band mellan överbeläggningar på de 3 barnakuterna och dödlighet på varken barnakuten eller avdelning.	
	(4)	Australien	Tertiärvård, akutmottagning storstad	Stratifierad retrospektiv kohort studie,	2 år, 66608 pat	- Överbelagda och icke överbelagda skift - Triagekod (1-5) - Remittent - Dödlighet 10 dagar efter inläggning på avdelning från akutmottagning	Överbeläggningar gav en ökad risk för dödlighet på sjukhus, 10 dagar efter besök på akutmottagning.	1, 5
	(2)	USA	Traumaenhet, Universitetssjukhus, tertiärvård, storstad	Retrospektiv studie	3 dagar, 151 pat	- Patient demografiska data - triagekod (1-5) - väntetid - biverkningar - avvikelser	Avvikelse och oönskade händelser sker när patienter väntar på akuten på inläggning på en vårdplats. Dessa väntande patienter är ofta äldre och med komorbiditet.	1, 5
Smittspridning	(14)	Malta	Vårdavdelning, tertiärvård, storstad	Tidsserieanalys, korskorrelation (CCF), ANOVA	65 mån	- Vårdplatsutnyttjande - MRSA infektioner	Längre perioder, snarare än kortare episoder av överbeläggning kan öka risken för spridning av MRSA.	1, 6
	(13)	Malta	Vårdavdelning, tertiärvård, storstad	Pearsons korrelations-koefficient	1 år, NA	- Vårdplatsutnyttjande - LOS - MRSA incidens	Överbeläggningar och ökad arbetsbörda kan öka smittspridningen av MRSA.	1, 6
	(19)	Wales	En IVA, sekundärvård, storstad	Retrospektiv studie	1 år, 619 pat	- Positivt MRSA prov vid inläggning eller under vårdtid - vårdplatsutnyttjande.	Smittspridning av MRSA kan öka vid högt vårdplatsutnyttjande.	1, 6
	(16)	Nordirland	12 akutverksamheter, tertiärvård, storstad	Korrelationsanalys	2 år, 1000 vårddygn	- Vårdplatsutnyttjande - Vårdplatsomsättning - MRSA infektioner	En signifikant korrelation mellan MRSA incidens och vårdplatsomsättning upptäcktes, dock inte mellan MRSA incidens och vårdplatsutnyttjande.	1, 6

Patientnöjdhet	(15)	Norge	Neonatalavdelning, tertiärvård, storstad	Retrospektiv studie	1 mån, 8 pat	- Patient epi-demiologiska data - Bemanning - Arbetsbelastning - Rum och vårdplatser - Associerade kostnader	Överbeläggning, låg bemanning samt mix av patienter och vårdgivare ökade risken för spridning av MRSA på avdelningen.	1, 6
	(17)	USA	Neonatalavdelning, tertiärvård, storstad	Retrospektiv studie, regressions analys	21 mån, NA	- Smittspridning på avdelning - Hygienrutiner - Förflyttning av patienter - Personal resurser, - Antal patienter per ssk.	Genom att förebygga personalbrist och överbeläggning minskar sannolikt risken för Staphylococcus aureus- infektioner hos barn på neonatalavdelningar,	1, 6
	(18)	Schweiz	Neonatal IVA (NICU), tertiärvård, storstad	Retrospektiv kohortstudie,	2 mån, 60 pat	- Patient demografiska data - antal patienter - LOS - Exponeringsfaktorer - Riskfaktorer	Överbeläggning och personalbrist i samband med hög arbetsbelastning kan resultera i spridning av nosokomiala infektioner.	1
	(28)	USA	En akutmottagning, tertiärvård, storstad	Retrospektiv studie, logistisk regression.	1 år, 1469 pat	- Väntetid - Antal patienter som väntar på vårdplats för inläggning - Vårdtid på akuten - Korridorpatienter	Patienter som får dålig service, vänta i korridor eller vänta på inläggning har låg patientnöjdhet med hela sin sjukhusvistelse.	1, 2
	(22)	Finland	90 vårdavdelningar och 13 sjukhus med akut psykiatrisk vård	Longitudinell enkätstudie	7 mån, 1102 enkätsvar	- Personalrelaterade data (yrkeserfarenhet, ålder, yrke) - Avd storlek - Vårdplatsutnyttjande - Överbeläggning - patienter med våldsamt beteende	- Överbeläggningar var vanligt inom de avdelningar och kliniker som studien omfattar. - Överbeläggningar i denna kontext orsakar en ökad patienttäthet och ev stress och oro. - Detta kan i sin tur leda till våldsamt beteende.	1, 2
	(32)	USA	En akutmottagning, tertiärvård,	Enkätstudie	5 veckor, 644 (pat), 703 (lä-	- Patient demografiska data - Beläggningsgrad	- Det finns samband mellan över-beläggningar	1

			storstad		kare), 716 (ssk) enkät-svar	- Vårdtid på akuten - Antal väntande patienter - Inlagda patienter - Personal	och uppfattad försämrade vårdkvalitet hos patienter och vårdgivare. - Det fanns dock stora variationer mellan patienters, läkares och sjuksköterskors uppfattningar om hur och vilka faktorer som försämrade vårdkvaliteten.	
	(23)	Irland	En akutmottagning, tertiärvård, storstad?	Kvalitativ, deskriptiv studie	NA, 4 pat och 3 anhöriga	- Väntetid - Beskrivning av akutmottagningen - Upplevd vårdkvalitet - Upplevelse av väntetid - Rekommendationer till andra patienter och anhöriga	- Merparten av patienterna och anhöriga, som väntat mer än 12 h på akuten, var missnöjda med deras upplevelse på akutmottagningen. - Fler patienter var nöjda med den vård de fick. - Önskemål om förbättringar berörde; mer information, bättre säkerhet och avskildhet.	1, 2
Personalnöjdhet	(25)	USA	19236 akutläkare på akutsjukshus i storstäder, förorter och på landsbygd	Enkätstudie	2507 enkät-svar	- Akutsjukhusets storlek - Antal vårdplatser - Besök/år - Antal patienter som lämnar akuten utan medicinsk bedömning - akutläkarens arbetserfarenhet - 17 patientsäkerhetsfaktorer	- Akutläkarna rangordnade de högst prioriterade faktorerna för patientsäkerhet; överbeläggning, tillgängliga specialister för konsultation, brist på ssk och koordination för patientuppföljning. - Överbeläggning uppfattades inte som ett lika stort problem som brist på specialistkonsultation på landsbygden som i förort och storstad.	1, 6

	(24)	USA	21 pediatrika akutmottagningar på akutsjukhus i storstäder, förorter och på landsbygd	Enkätstudie	1747 enkät-svar	- Akutmottagningens storlek - Personal - Överbeläggning - Team arbete - Metoder för patientsäkert arbete - Administrering av Im - Sjukhusets resurser (antal vårdplatser och inläggningar)	Faktorer associerade med ett positivt säkerhetsklimat varierar och inkluderar minskad överbeläggning, extra resurser vid sjukdom hos personal samt grupper eller team som bevakar patientsäkerhetsfrågor.	1
--	------	-----	---	-------------	-----------------	--	---	---

Bilaga 6: Andra länders uppföljning av överbeläggningar

För att undersöka hur överbeläggningar följs upp i andra länder skickade Socialstyrelsen ut en enkät till kontaktpersoner i 33 EU-länder, ansökarländer och EFTA-länder. Dessa länder valdes för att hälso- och sjukvårdssystemen inte skulle vara alltför olika det svenska. Enkäten skickades till de personer som är ansvariga för att rapportera landets icke-monetära hälso- och sjukvårdsstatistik till OECD, WHO och EU.

I en fråga fick svarspersonerna ange om det förekom någon systematisk uppföljning av överbeläggningar och i så fall på vilket sätt. Överbeläggningar definierades som den situation som uppkommer när det finns för många patienter i förhållande till sängplatser, personal och/eller kompetens.

Genomgången visar att systematiska uppföljningar på nationell nivå av överbeläggningar på sjukhus förekommer i liten omfattning i de svarande länderna.

Några av länderna angav att de följer upp beläggningsgraden, det vill säga antalet vård dagar dividerat med antalet vårdplatser. Norge följer upp en indikator som visar antalet korridorpatienter vid ett visst klockslag och Spanien har samlat in uppgifter om en liknande indikator som dock nu har tagits bort från den reguljära statistisksamlingen. Island redovisar hur universitetssjukhuset arbetar med vårdtyngdsmätningar, och på sjukhusnivå finns det troligen fler och mer konkreta exempel på hur uppföljningar av överbeläggningar kan gå till. Alla länders egna beskrivningar redovisas i tabell 1 nedan.

Tabell 1: Sammanställning av ländernas egna svar på enkäten om uppföljning av överbeläggningar

Land	Beskrivning
Albanien	Albanien samlar in statistik om antal vårdplatser, antal inläggningar, vårdplatsanvändning per dag och i procent, omsättningshastighet av vårdplatser och medelvårdtid för att följa överbeläggningar.
England	I X publiceras nationell statistik om antalet tillgängliga vårdplatser och beläggningsgrad. Det totala antalet tillgängliga vårdplatser avser det genomsnittliga antalet öppna och bemannade vårdplatser som är tillgängliga över natten på NHS-sjukhus i England. Där ingår inte vårdplatser som är tillfälligt stängda på grund av ommöblering eller städning, och inte spjäsängar för friska nyfödda. Uppgifterna rapporteras varje kvartal och grupperas i olika specialiteter. Beläggningsgraden avser andelen av de öppna och bemannade vårdplatser som var belagda vid midnatt. De icke belagda platserna kan ha använts under dagen av en patient som inte behövde övernatta.
Estland	Estland gör ingen officiell datainsamling om överbeläggningar på sjukhusen och det har inte heller gjorts några särskilda undersökningar i frågan.

Finland	Finlands samlar inte in någon information om överbeläggningar och har sedan 1994 inte heller någon statistik om antalet vårdplatser.
Island	Universitetssjukhuset på Island övervakar användningen av vårdplatser på varje enhet. Om användningen är mer än 100 procent är enheten överbelagd. Sjukhuset har börjat använda ett nytt system för patientklassificering, Rafaela, vid fyra enheter. Under 2011–2013 ska alla enheter på sjukhuset successivt gå över till detta system. Rafaela gör det möjligt att följa om resurserna fördelas på ett lämpligt sätt genom att mäta omvårdnadsintensitet per sjuksköterska (NCI / N). Den grundläggande idén med systemet är att arbetsbelastningen uttryckt som NCI / N jämförs med den optimala NCI-nivån för avdelningen. Genom att skapa en systematisk rapportering av denna indikator kan chefer följa arbetsbelastningen på olika avdelningar och fördela resurserna utifrån det. Verktöget är tillgängligt för alla sjuksköterskor och för chefer, vilket gör det möjligt att följa den dagliga patientklassificeringen och diskutera och analysera arbetsbelastningen.
Italien	Italien samlar in data på nationell nivå för att följa övergripande trender när det gäller sjukhusvård, men överbeläggningar på enskilda sjukhus följs inte upp.
Kroatien	Som en del av den regelbundna statistikinsamlingen samlar Kroatien in uppgifter från alla sjukhus om antal bäddar, antal läkare, antal utskrivna patienter och antal vård dagar. Uppgifterna rapporteras av sjukhusen en gång per år och statistiken gäller det föregående året. Baserat på dessa uppgifter beräknas vissa indikatorer på sjukhus- och/eller länsnivå. Dessa indikatorer är antal bäddar per 1 000 invånare, antal bäddar per läkare, genomsnittlig vårdtid, årlig beläggning, beläggningsgrad i procent, antal patienter per säng och omsättning av vårdplatser.
Norge	Norge mäter indikatorn korridorpatienter. Definitionen av indikatorn för somatisk sjukhusvård lyder: "Antal och andel patienter som klockan 07.00 finns placerad i en säng i korridoren, badrum, sköljrum dagrum osv.". Patienten räknas som korridorpatient även om det endast rör sig om en observation, och om en nyförlöst kvinna hamnar i en korridor eller liknande med sitt barn räknas det som två korridorpatienter. Där emot räknar man inte extrapatienter i vårdrum eller patienter som har placerats på vårdplatser som inte är i drift. Detta innebär att antalet korridorpatienter inte är detsamma som antalet överbeläggningar.
Polen	I Polen bevakas inte frågan om överbeläggningar på nationell nivå. Statistik över sjukhusens verksamhet samlas in årligen, men den visar inga säsongsmässiga variationer i behovet av vårdplatser.
Schweiz	Schweiz samlar inte in statistik om överbeläggningar på nationell nivå. Överbeläggningar är inte ett uppmärksammat problem utan diskussionen handlar i stället om hur man ska kunna stänga ner några sjukhus på grund av underbeläggning och överfinansiering.
Slovakien	Slovakien tar fram statistik om antalet vårdplatser varje år. Beläggningsgraden redovisas för varje sjukhus och för varje klinik.
Spanien	Den nationella statistikinsamlingen i Spanien inkluderade tidigare statistik om antalet tillfälliga vårdplatser som användes per år. Tillfälliga vårdplatser definierades som vårdplatser som används vid ett tillfälligt ökat behov utan att de är en del av de fasta resurserna, till exempel sängar i korridorer eller andra lokaler. På grund av dåligt underlag i statistikinsamling har denna fråga nu dock utelämnats ur insamlingen.

Tjeckien	Tjeckien samlar inte in någon statistik om överbeläggningar.
Österrike	Österrike samlar in statistik som gör det möjligt att följa relationen mellan antalet vårdplatser och antalet inlagda personer per dag. Överbeläggningar upplevs inte som ett stort problem eftersom det finns många sjukhus och stor kapacitet när det gäller vårdplatser.
