

Öppen jämförelse och utvärdering av överbeläggningar

– delrapport 2011

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 2012-2-15

Publicerad www.socialstyrelsen.se, februari 2012

Förord

I denna delrapport presenterar Socialstyrelsen ettårsresultatet av projektet öppen jämförelse och utvärdering av överbeläggningar. Projektet startade i början av 2011, och Socialstyrelsen driver det i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting. Målet är att ta fram definitioner av begreppen överbeläggning och utlokaliserad patient, ta fram indikatorer för att kontinuerligt följa upp överbeläggningar och deras effekter på patientsäkerheten och vårdkvaliteten samt ta fram en modell som Socialstyrelsen kan använda för att öppet jämföra och utvärdera överbeläggningar.

Projektledaren för framtagandet av delrapporten har varit Milan Knezevic. Ansvarig enhetschef har varit Marie Lawrence.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
<i>Uppdraget</i>	8
<i>Projektets viktigaste resultat 2011</i>	9
Nya begrepp	9
En egen modell för terminologiarbete	9
Positiv respons från remissinstanserna	10
<i>Patientsäkerhet vid överbeläggningar och utlokalisering av patienter</i>	13
Analys av tillsynsärenden förtydligar sambandet mellan överbeläggningar och patientsäkerhet	13
Många risker som kan leda till minskad patientsäkerhet vid överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter	13
Faktorer av betydelse för att säkerställa patientsäkerhet	16
Litteraturgenomgång: risker för vårdskador kan öka vid överbeläggningar	17
Uppföljning av överbeläggningar i andra länder	19
<i>Huvudmännens bild av överbeläggningar och utlokalisering av patienter</i>	20
Strävande efter en patientsäker beläggning påtagligt hos huvudmän	20
Vanligt med överbeläggningar och utlokaliserade patienter trots patientsäkerhetsriskerna	21
Många registrerar och följer upp överbeläggningar och utlokaliseringar	21
Alla sjukhus har rutiner för planering men färre har rutiner för riskbedömningar	22
Socialstyrelsens termer tolkas och används olika	22
Flera öppna frågor innan en nationell mätning blir möjlig	23
Samstämmig syn på framtiden	23
Allt fler landsting söker systematiska lösningar	23
Region Skånes ”niopunktlista” mot överbeläggningar	23
Stockholms läns landstings långsiktiga arbeten med vårdplatser	25
<i>Antalet vårdplatser fortsätter minska</i>	27
Vårdplatserna minskade årligen i genomsnitt med 400 platser	27
Beläggningsgraden ökar och närmar sig 90-procentsgränsen	27
<i>Målet för 2012</i>	29
<i>Referenser</i>	30
<i>Bilaga 1: Projektorganisation</i>	33
<i>Bilaga 2: Modell för terminologiarbete</i>	35
<i>Bilaga 3: Remissinstanser</i>	41

<i>Bilaga 4: Begreppsdiagram</i>	44
<i>Bilaga 5: Litteraturgenomgång</i>	46
<i>Bilaga 6: Andra länders uppföljning av överbeläggningar</i>	67

Sammanfattning

Begreppen överbeläggning och utlokaliserad patient har definierats och ingår nu i Socialstyrelsens termbank. Detta möjliggör en enhetlig uppföljning av dessa företeelser i vården. Både överbeläggningar och utlokalisering av patienter innebär patientsäkerhetsrisker, vilket framgår av deras definitioner:

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

Dessutom har en del befintliga begrepp som rör vårdplatser fått nya vidgade definitioner med en klar koppling till patientsäkerhet.

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.

Överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter gör också att patienterna och personalen blir mindre nöjda med vården respektive arbetsmiljön.

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 våren 2012 kommer indikatorer för kontinuerliga uppföljningar av överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter att tas fram samt en modell för hur Socialstyrelsen ska följa upp och utvärdera effekter av överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter.

Uppdraget

Projektet öppen jämförelse och utvärdering av överbeläggningar påbörjades i januari 2011 av Socialstyrelsen i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Syftet är att innan utgången av år 2012 ta fram en modell för att kontinuerligt följa upp och utvärdera överbeläggningar och deras effekter på patientsäkerheten och vårdkvaliteten samt att underlätta Socialstyrelsens tillsyn av landets sjukhus. Under 2011 genomförde Socialstyrelsen och SKL aktiviteter i syfte att ta fram uppföljningsindikatorerna och en modell för uppföljning. Dessa aktiviteter är:

- en analys av ett urval av tillsynsärenden som gäller överbeläggning och utlokalisering 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 förekomsten, uppföljningen och hanteringen 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 på riksnivå som gäller vårdplatser och beläggning av sjukhus i en vårdkonsumtionsbilaga för öppna jämförelser 2011.

Med de nya definitionerna blir det möjligt att ta fram ett antal indikatorer för att följa upp överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter. Ändringarna i termbanken gör också att Socialstyrelsen kommer att se över ett antal närliggande begrepp som är kopplade till inskrivning av patienter och eventuellt justera dem. Projektets mål är att under 2012 ta fram

- ett antal gemensamma indikatorer för att följa upp överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter
- en modell för att kontinuerligt följa upp och utvärdera överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter.

Ambitionen är att redan under hösten 2012 kunna presentera en öppen jämförelse av överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter per sjukhus och landsting som baseras på dessa indikatorer.

För mer information om projektets organisation se bilaga 1.

Projektets viktigaste resultat 2011

Nya begrepp

Socialstyrelsen har arbetat med att ta fram nya begrepp och omdefiniera befintliga. Det var nödvändigt för att kunna ta fram indikatorer som går att använda till uppföljning av överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter. Uttrycken överbeläggningar och utlokalisering av patienter används ofta både av allmänheten och i officiella sammanhang inom hälso- och sjukvården. Innan projektstarten ordnade Socialstyrelsen en hearing om området överbeläggningar, och den visade att landsting och sjukhus har olika uppfattningar om begreppen samt 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 olika typer av vårdplatser, men de hade en administrativ innebörd.

Enligt den lägesbeskrivning av överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter på landets sjukhus och landsting som SKL gjorde under våren 2011 fanns det ett tydligt behov av gemensamma begrepp inom området. Lägesbeskrivningen omfattar en beskrivning av förekomsten, uppföljningen och hanteringen av överbeläggningar och utlokaliserade patienter, men också en kartläggning av de begrepp som används lokalt. Hela lägesbeskrivningen presenteras längre fram i denna rapport.

Undersökningen visar att 35 av 46 tillfrågade sjukhus känner 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. Definitionen av utlokaliserad patient är mer samsynt enligt undersökningen.

En egen modell för terminologiarbete

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 inom områdena vårdplatser, överbeläggning och utlokalisering av patienter samt att ta fram nya och 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, se bilaga 2. Med hjälp av modellen identifierade gruppen åtta begrepp som var relevanta för områdena, och efter en revision förankrades förslaget genom en bred nationell remiss som avslutades den 1 november 2011. De synpunkter som kom in har lett till en del ändringar i förslagen. Alla remissinstanser finns listade, se bilaga 3.

Positiv respons från remissinstanserna

Förslaget skickades ut till 155 remissinstanser, och tre veckor senare hade 55 svarat och ytterligare 12 meddelat att de avstår från att svara eller inte hade några synpunkter. De som svarade var främst landsting och regioner, kommuner och myndigheter. Varje remissinstans kunde svara genom att ta ställning för eller emot en term respektive definition samt kommentera förslaget. Generellt gav remissinstanserna positiv återkoppling på de föreslagna termerna och definitionerna. Tabell 1 nedan visar remissinstansernas ställningstagande.

Tabell 1: Antal respondenter som tagit ställning för eller emot term respektive definition

	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
utlokaliserad 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

Synpunkter och kommentarer

Arbetsgruppen har gått igenom alla synpunkter och kommentarer och tittat särskilt på nej-svaren samt beaktat vissa av synpunkterna. Tabell 2 visar svarsinformation för varje begrepp. I bilaga 4 visas alla begreppen i ett begreppsdiagram.

1. Vårdplats

Flera remissinstanser påpekade att termen vårdplats även används inom öppen vård och inte bara inom sluten vård som i remissförslaget. Definitionen har därför vidgats till att vara en ligg- eller sittplats på en vårdenhet som kan användas för vård eller behandling. Därmed försvinner ”inskriven patient” från definitionen. Några remissinstanser påpekade att det blir en cirkeldefinition eftersom begreppet inskrivning i termbanken refererar till en vårdplats, men det problemet går nu att undvika. Kommentaren om den nationella statistiken (se tabell 2) försvinner eftersom den endast gällde sluten vård.

2. Disponibel vårdplats

Definitionen av disponibel vårdplats i Socialstyrelsens termbank har tydligare knutits till de kriterier som ska uppfyllas för att vårdplatsen ska räknas som disponibel. Begreppet innehåller nu en tidsaspekt (platsen kan beläggas nu) men också en patientsäkerhets- och arbetsmiljöaspekt: den disponibla vårdplatsen ska ha rätt fysisk utformning, utrustning och bemanning som

säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö. Dessutom är begreppet begränsat till slutenvård.

Tidigare definierades disponibel vårdplats som en typ av fastställd vårdplats, men detta har nu reviderats. Nu står i stället disponibel vårdplats och fastställd vårdplats under olika indelningsgrunder, se begreppsdiagrammet i bilaga 4. Fastställd vårdplats avser budget och planering medan disponibel vårdplats gäller tillgänglighet. Detta betyder konkret att en vårdplats är fastställd om ett landsting i sin budget planerat för den på en viss vårdenhetsnivå under en viss period. Att en vårdplats är disponibel betyder att den är utformad, utrustad och bemannad på ett sätt som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö, eller att den har varit det under en viss period. Termen disponibel vårdplats är bibehållen eftersom den är väl inarbetad och används.

Kommentaren om teknisk plats har strukits, se nedan under teknisk vårdplats.

3. Fastställd vårdplats

Begreppet fastställd vårdplats är begränsat till slutenvård. Enligt definitionen är det huvudmannen som beslutar om antalet fastställda vårdplatser i budget- och planeringssyfte.

4. Ej disponibel vårdplats

Begreppet ej disponibel vårdplats kommer att strykas från Socialstyrelsens termbank, eftersom flera remissinstanser anser att definitionen är överflödig.

5. Extra vårdplats

Även begreppet extra vårdplats stryks från Socialstyrelsens termbank eftersom definitionen anses vara överflödig. Se punkten 8 nedan.

6. Teknisk vårdplats

Termen teknisk plats ska ändras till teknisk vårdplats och definieras som en typ av disponibel vårdplats. Det stämmer med svaren från flera remissinstanser.

7. Utlokaliserad patient

Utlokaliserad patient är en ny termpost. Enligt förslaget definierades utlokaliserad patient som ”inskriven patient som vårdas på annan vårdenhetsnivå än den som har det medicinska ansvaret för patienten”. Efter remissgenomgången har arbetsgruppen förtydligat definitionen med ”specifik kompetens” för att visa att en patient avses utlokaliserad även när det medicinska ansvaret formellt flyttas över till en annan vårdenhetsnivå som inte har den specifika kompetensen. Dessutom har kommentarfältet utökats med en mening om tolkningen av begreppet medicinskt ansvar.

8. Överbeläggning

Överbeläggning är en ny term. Remissinstanserna gav väldigt få konkreta förslag på ändringar av eller kommentarer till termen och definitionen. Termen har därför inte ändrats från det ursprungliga förslaget.

Tabell 2: Slutgiltig termlista

Term	Definition	Kommentar och användningsområde	Synonym	Källa
vårdplats	ligg- eller sittplats på vård-enhet som kan användas för vård och behandling			Reviderad term
disponibel vårdplats	vårdplats i slutenvård med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö			Reviderad term
fastställd vårdplats	vårdplats i slutenvård beslutad av huvudman	Fastställd vårdplats är en administrativ benämning och används i t.ex. budget- och planeringssammanhang.		Reviderad term
teknisk vårdplats	disponibel vårdplats på vård-enhet med särskilda resurser	Exempel: intensivvård, förlossningsplats.		Reviderad term
utlokaliserad patient	inskriven patient som vårdas på annan vård-enhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten	Innebörden i begreppet "medicinskt ansvar" måste tolkas lokalt utifrån vård-givarens organisatoriska förutsättningar. En patient räknas inte som utlokaliserad när det är medicinskt motiverat att vårda på annan vård-enhet, t.ex. kirurgisk vård på barnavdelning, isoleringsvård, vård på akut-vårdsenhet och intensivvård.		Ny term
överbeläggning	händelse när en inskriven patient vårdas på vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats			Ny term

Patientsäkerhet vid överbeläggningar och utlokalisering av patienter

Socialstyrelsens tillsyn har i sina granskningar av vården upprepade gånger pekat på problemet med överbeläggningar. Utgångspunkten för projektet är just dessa granskningar vilka 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 samt kompetens hos vårdpersonal.

En viktig målsättning är att ta reda på vilka riskerna är med överbeläggningar och utlokalisering av patienter samt undersöka om och i så fall på vilket sätt detta kan leda till vårdskador. Socialstyrelsen har utifrån ovanstående frågeställningar genomfört en analys av sex tillsynsärenden som gäller överbeläggning och utlokalisering av patienter samt en kartläggning av vetenskapliga artiklar om sambandet mellan överbeläggningar och vårdskador. Socialstyrelsen har även gjort en sammanställning av andra länders erfarenheter av att följa upp överbeläggningar på nationell och regional nivå samt sjukhusnivå. Dessa tre studier finns närmare beskrivna nedan.

Analys av tillsynsärenden förtydligar sambandet mellan överbeläggningar och patientsäkerhet

Socialstyrelsens tillsyn har i ett antal ärenden konstaterat att överbeläggningar och utlokalisering av patienter har ett samband med patientsäkerhetsrisker och vårdskador, och att de även kan ha varit en bidragande orsak till patienters död. Socialstyrelsen valde att göra en granskning av ett urval av dessa ärenden för att få kunskap om varför överbeläggningar och utlokaliseringar leder till brister i vårdkvalitet. Syftet med studien var att

- identifiera risker för patientsäkerheten vid överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter
- identifiera och beskriva faktorer av betydelse för att säkerställa patientsäkerheten vid överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter.

Granskningen omfattade sex ärenden, ett från vardera regional tillsynsenhet för att inkludera alla sjukvårdsregioner i landet.

Många risker som kan leda till minskad patientsäkerhet vid överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter

Granskningen visar att överbeläggningar och utlokalisering innebär uppkomst av olika risksituationer som försämrar patienternas säkerhet.

1. Normalisering av patientsäkerhetsrisker

På grund av den ständiga bristen på vårdplatser har vårdpersonalen accepterat situationen, och problemet med antalet vårdplatser betraktas nu som ett normaltillstånd. Det kan vara en anledning till att patientsäkerhetsrisker inte alltid bedöms som avvikelser. Eftersom det inte heller finns någon regelbunden diskussion om patientsäkerhet vid överbeläggningar på vårdenheter, förstärks denna normaliseringstrend enligt personalen.

2. Bristfällig struktur vid utlokalisering av patienter

Osäkerheten hos personalen ökar när det inte finns tydliga rutiner för att identifiera vilka patienter som kan utlokaliseras. Detsamma gäller när det saknas fasta instruktioner och rutiner för bedömning och uppföljning av patientens vård samt återkoppling om patienten till den vårdenheter som har det medicinska ansvaret. Följande förhållanden var vanligt förekommande vid utlokalisering av patienter:

- **Bristande samsyn om den enskilde patientens vård.** Det framkommer att det inte finns en tillräcklig samsyn mellan personal på den vårdenheter som har det medicinska ansvaret och den som tar emot patienten om hur vården vid utlokalisering ska utformas efter den enskilde patientens behov.
- **Otydlig ansvarsfördelning.** Det är oklart vem som ansvarar för utlokaliserade patienter och vårdpersonal saknar tydliga rutiner för vem som ska sköta informationsöverföringen. Därför finns det exempel på att både den muntliga och den skriftliga rapporteringen mellan vårdenheter om patienternas tillstånd har varit ofullständig och det leder till att betydelsefull information går förlorad.
- **Rutiner för uppföljning och återkoppling.** När patienter blir utlokaliserade från en vårdenheter som har det medicinska ansvaret gör vårdpersonalen ingen aktiv uppföljning eller återkoppling om patienternas vårdförlopp. Detta leder till att vårdpersonalen på vårdenheter dit patienten är utlokaliserad saknar information om hur patienten ska vårdas. Konsekvensen blir ett tidskrävande sökande efter den ansvariga läkaren på olika vårdenheter, vilket leder till osäkerhet hos vårdpersonalen.
- **Dokumentation.** Dokumentationen av patienternas vård är otillräcklig för planering, genomförande och utvärdering. De befintliga dokumentationssystemen innehåller få anteckningar om hur patienterna ska vårdas och fungerar många gånger otillfredsställande för att uppnå god patientsäkerhet.

3. Bristande muntlig kommunikation vid utlokalisering

Det finns brister i den muntliga kommunikationen mellan vårdpersonalen när patienter flyttas. Det finns brister i kommunikationen mellan både olika yrkeskategorier och olika vårdenheter. Det handlar om planeringen och genomförandet av undersökningar, åtgärder, omvårdnad etc., vilket leder till oklarheter om hur vården för den enskilde patienten ska utformas.

4. *Bristfällig skriftlig kommunikation*

Det finns brister i den skriftliga kommunikationen mellan vårdenheter, och det saknas rutiner som anger hur olika medicinska åtgärder ska dokumenteras. Ett exempel är signeringen av läkemedelslistor när patienten blir inskriven i vården men även efterhand under vårdtiden. Det förekommer att ordinerade läkemedel inte blir dokumenterade på ett tydligt sätt och då finns uppenbara risker i fråga om patientsäkerhet. Ett annat exempel är brister i dokumentationen som beskriver vad som framkommit vid ronderna. Enligt vårdpersonalen är det många gånger otydligt dokumenterat vad den ansvariga läkaren har planerat för patienterna.

5. *Brister i lokaler vid utlokalisering*

Lokalerna på vårdenheterna är ofta anpassade för den specifika specialiteten. Omhändertagandet av utlokaliserade patienter kan då försvåras eftersom vårdrummen kan vara för trånga, ha otillräckliga ljusresurser och sängutrustning eller ha andra brister. Vidare finns inte alltid tillräcklig medicinsk utrustning på vårdenheterna för patienternas behov.

6. *Bristande medicinsk kompetens vid utlokalisering.*

Utlokalisering av patienter till andra vårdenheter förutsätter att personal på de andra vårdenheterna har den specifika kompetensen som behövs för att vårda patienterna. Den kompetens som personalen besitter på enheter som har det medicinska ansvaret och som utlokaliserar patienter var ofta inte tillgänglig för vårdpersonalen på de mottagande enheterna. Det innebär att en del personal inte har rätt kunskap och erfarenhet för att på ett säkert sätt kunna vårda dessa patienter. Det kan medföra patientsäkerhetsrisker inom följande områden:

- **Medicinska ordinationer.** Vårdenheterna kan använda olika begrepp och terminologi för en specifik patientgrupp, vilket kan leda till att ordinationer feltolkas. Vidare är det ibland oklart vilka medicinska undersökningar, behandlingar och kontroller som ska genomföras.
- **Läkemedelshantering.** Vårdpersonalen har olika kunskaper om läkemedelshantering eftersom vårdenheterna ofta är specialiserade på en viss patientgrupp, och då kan det vara svårt att hantera läkemedel för andra patientgrupper. Det saknas också former för att fördjupa vårdpersonalens kunskaper i läkemedelshantering.
- **Erfarenhet.** Dagens sjukvård är ofta specialiserad, vilket innebär att vårdpersonalen vårdar en eller ett begränsat antal patient- eller diagnosgrupper. Detta leder ibland till att vårdpersonalen inte har tillräcklig erfarenhet av att vårda andra patient- eller diagnosgrupper. Därför kan det vara svårt för dem att tolka och bedöma patientens tillstånd och därmed i tid signalera till ansvarig läkare om tillståndet förändras.
- **Vårdbehov.** När patienter utlokaliseras till olika vårdenheter vårdas de tillsammans med patienter som redan finns inom den

specifika verksamheten. Personalen hinner inte övervaka och behandla patienterna likvärdigt det vill säga efter deras behov.

7. Stress och otrygg arbetsmiljö vid utlokalisering

Enligt vårdpersonalen präglas arbetsmiljön av stress som påverkar deras sätt att hantera sitt arbete. Dessutom är arbetsmiljön otrygg eftersom det saknas strukturer och rutiner som anger hur patienternas vård ska planeras, genomföras och återkopplas. Personalen anser att stressen har betydelse för deras möjligheter att ge god vård efter behov.

8. Bristfälligt avvikelssystem

Ibland brister omhändertagandet av utlokaliserade patienter, och då upplever personalen att avvikelssystemet är otillfredsställande eftersom det inte finns några tydliga instruktioner för hur avvikelser ska rapporteras, dokumenteras och följas upp. Avvikelseerna rör framför allt medicinska åtgärder men även omvårdnadsåtgärder och arbetsmiljö.

Faktorer av betydelse för att säkerställa patientsäkerhet

Sammanställningen ovan visar att det finns ett antal faktorer som är betydelsefulla för att minimera patientsäkerhetsrisker vid överbeläggningar och utlokaliseringar. I det här avsnittet redovisas faktorer som Socialstyrelsen har identifierat som betydelsefulla för att öka patientsäkerheten.

1. Tydliga rutiner för omhändertagande av patienter

Sjukhusen behöver ordna utlokaliseringar av patienter till andra vårdenheter, till exempel genom att upprätta rutiner för både muntliga och skriftliga kommunikationsvägar mellan vårdpersonalen på de båda enheterna. Med en tydlig struktur för kommunikation vid utlokaliseringen går det att planera och genomföra vården på ett säkrare sätt samt återkoppla nödvändig information till ansvarig personal.

2. Rutiner för läkemedelshantering

Vårdpersonalen behöver stöd i sitt arbete med att hantera läkemedel så att de kan verkställa och utvärdera patientens läkemedelsordinationer. Många upplever att läkemedelsjournalerna är otillräckligt ifyllda, vilket kan undvikas exempelvis genom att införa rutiner för att signera läkemedelsordinationer. Vidare behöver dokumentationen förbättras både vad gäller innehåll och tillgång.

3. Passande lokaler och utrustning

Ett sätt att eliminera brister i lokaler och utrustning kan vara att fastställa standards på sjukhus- eller landstingsnivå om vilken utrustning som behövs och hur lokalerna ska utformas för att de utlokaliserade patienterna ska få god och säker vård. Dessa standards behöver även innefatta utrustning för medicinsk övervakning och kontroller vid särskilda diagnoser.

4. Stöd för att identifiera, bedöma och analysera risker

För att lättare kunna hantera patientsäkerhetsrisker i samband med överbeläggningar och utlokalisering av patienter behöver vårdpersonalen stöd i form av exempelvis tydliga anvisningar om hur de ska anmäla och dokumentera sådana risker samt ge återkoppling till ansvariga. Eftersom identifiering, bedömning och analys av risker bör göras på likartat sätt av all personal behöver sjukhusen hitta ett lämpligt forum för diskussioner om och utvärdering av dessa processar.

5. Fungerande avvikelssystem

Det är viktigt med ett väl fungerande avvikelssystem för att samla erfarenheterna om olika risker för patientsäkerheten. Det befintliga systemet behöver kontinuerligt granskas i syfte att utveckla ett system som är lätt för vårdpersonalen att använda.

6. Stöd till personal

Vårdpersonalen upplever att det finns brister i samverkan både inom och mellan vårdenheter. Exempel på sådana brister är otydlig ansvarsfördelning och oklarheter när det gäller hur patientens vård ska genomföras och följas upp. En framkomlig väg att förbättra samverkan och stödet skulle kunna vara att fastställa rutiner för personalens kontakter med ansvariga läkare i olika skeenden under vårdtiden, vilket i sin tur ger personalen en tryggare arbetsmiljö.

7. Kompetensutveckling

Vårdpersonalen behöver kontinuerlig kompetensutveckling både när det gäller vården av och rutiner vid utlokalisering av patienter. Ett sätt att uppnå kontinuerlig kompetensutveckling skulle kunna vara planerade och återkommande kompetenshöjande aktiviteter för vårdpersonalen både på enheter som utlokaliserar och på enheter som tar emot patienter.

8. Kunskapsutbyte

Det behövs tydliga strukturer för kunskapsutbyte mellan olika vårdenheter. På så sätt blir det lättare att planera och genomföra en säker vård vid utlokalisering av patienter.

Litteraturgenomgång: risker för vårdskador kan öka vid överbeläggningar

En viktig utgångspunkt för projektet är sambandet mellan överbeläggningar och vårdskador. Socialstyrelsen har därför kartlagt den forskning som har studerat detta samband. Detta avsnitt är en sammanställning av uppgifter i de vetenskapliga studierna och Socialstyrelsen har inte gjort någon ytterligare granskning av det vetenskapliga underlagets tillförlitlighet eller uppskattat storleken på eventuella samband. I bilaga 5 återfinns en utförlig beskrivning av genomförandet av litteraturgenomgången.

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 efter sjukdomsgrupp i följande sju grupper:

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

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 en risk vid vården av akut 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].

Uppföljning av överbeläggningar i andra länder

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 belägningsgraden, 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 bilaga 6.

Huvudmännens bild av överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter

Här följer en lägesbeskrivning av förekomsten, hanteringen och uppföljningen av överbeläggningar och utlokalisering av patienter på landets sjukhus och landsting samt en sammanställning av de begrepp som används lokalt. SKL skickade under våren 2010 en enkät till alla landsting och sjukhus. Enkäten besvarades av samtliga landsting vilket resulterade i sammanlagt 46 svar. De flesta enkäter besvarades av chefsläkare 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.

Strävande efter en patientsäker beläggning påtagligt hos huvudmän

Överbeläggningar och utlokaliserade patienter är vanligt förekommande på sjukhusen i dag och i verksamheterna upplevs det som en av de största patientsäkerhetsriskerna och ett betydande arbetsmiljöproblem. Det är vanligare med överbeläggningar och utlokaliseringar 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 svarande sjukhusen upplever utlokaliseringar av patienter som en större patientsäkerhetsrisk än att ha överbeläggningar på ”hemmakliniken”.

De flesta sjukhus arbetar redan intensivt med frågan, 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. 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 och många upplever inte att systemet 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 trots patientsäkerhetsriskerna

De flesta sjukhus beskriver att de har överbeläggningar dagligen eller varje vecka och det är lika vanligt att de utlokaliserar patienter. I enkäten svarade 76 procent att de har överbeläggningar varje vecka eller oftare och 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 registrerar och följer upp överbeläggningar och utlokaliseringar

89 procent av de svarande uppgav att de fortlöpande samlar in statistik kring 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 några andra vårdenheter, avdelningar eller kliniker samtidigt har ett antal 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. 33 av 46 svarande angav att det finns vårdplatskoordinatorer som har mandat att fördela patienterna på lediga vårdplatser samt vid behov också flytta patienter mellan vårdavdelningarna. I många fall ska de även rapportera och

följa 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 vårdplatskoordinatorer arbetar nära respektive bakjour för att kunna omdirigera och flytta de ineliggande 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 av 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.

67 procent av sjukhusen har 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. 96 procent av de svarande uppgav att de har en gemensam definition av begreppet överbeläggning och 89 procent har definierat begreppet utlokaliserad patient. 76 procent av de svarande uppgav 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 då de inte var fastställda i termbanken när enkäten gjordes.

Flera öppna frågor innan en nationell mätning blir möjlig

Många av sjukhusen mäter flera olika indikatorer för att kunna följa beläggningsgraden, 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.

För att kunna göra nationella mätningar måste flera parametrar definieras, exempelvis när på dygnet och hur mätningarna ska ske. En aktuell fråga är om det behövs ett separat IT-system eller om data kan hämtas via dagens patientadministrativa system (på samma sätt som landstingen i dag hämtar in data till väntetider i vården). En annan aktuell fråga är på vilken nivå mätningarna ska redovisas (per division, klinik eller avdelning), hur ofta data ska hämtas in och hur de 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 för att få ett bättre flöde genom vården och se till att vårdplatserna beläggs med de patienter som absolut behöver slutenvårdens resurser.

Allt fler landsting söker systematiska lösningar

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

Region Skånes "niopunktlista" mot överbeläggningar

Överbeläggningar och utlokaliseringar har under flera år dominerat vardagen på sjukhusen i Region Skåne. Problemen har varit störst på de tre akutsjukhusen – Skånes universitetssjukhus, Helsingborgs lasarett och Centralsjukhuset i Kristianstad. Socialstyrelsen och Arbetsmiljöverket har i flera granskningsärenden pekat på att överbeläggningar och utlokaliseringar är en patientsäkerhetsrisk och en orsak till ohälsosam arbetsmiljö. Sjukhusled-

ningarna har varit väl medvetna om problemet och initierat flera olika åtgärder, men de har under många år varit otillräckliga.

Vid början av år 2011 hade de tre akutsjukhusen varje dag 75–100 överbelagda patienter och drygt 50 utlokaliserade patienter. I många fall placerades överbelagda patienter i korridorer, på expeditioner och i andra utrymmen som inte är avsedda för patientvård. På uppdrag från den medicinske direktören genomfördes under våren 2011 en regionövergripande utredning av vårdplatsproblematiken i Region Skåne med fokus på patientsäkerheten på de tre akutsjukhusen.

Det första steget i utredningen gick ut på att definiera begreppen överbeläggning och utlokaliserad patient samt att fastställa mätetal för dem. För att kunna följa effekterna av vidtagna åtgärder utvecklades därefter en IT-applikation som hämtar data direkt från det patientadministrativa systemet (PASiS). Uppgifterna uppdateras dagligen och finns tillgängliga på regionens intranät. Applikationens första sida visar antalet överbeläggningar och utlokaliserade patienter klockan 24, för hela regionen och för varje enskilt sjukhus, under de senaste 30 dagarna. Under separata flikar finns sedan möjlighet att i detalj analysera enskilda sjukhus, specialiteter och avdelningar samt också se hur data varierar beroende på veckodag och tid på dygnet.

Utredningens analys visade att risken för uppkomst av överbeläggningar skulle minska kraftigt om beläggningsgraden på vårdavdelningarna var 90 procent. I dag är beläggningsgraden cirka 94 procent på de skånska sjukhusen, och en minskning till 90 procent innebär att sjukhusen behöver ytterligare cirka 80 vårdplatser. Å andra sidan visar analysen att vårdtiderna kommer att kortas under de kommande åren, vilket leder till en minskning av vårdplatsbehovet för cirka 80 vårdplatser. Dessa två saker tar alltså ut varandra. Den förväntade befolkningsökningen under de närmaste fem åren innebär dock ett behov av omkring 250 nya vårdplatser fram till år 2016.

Det finns dock erfarenheter från andra landsting och från andra länder som visar att olika åtgärder kan dämpa behovet av fler vårdplatser. Exempelvis går det att

- satsa mer på patientsäkerhet för att minska antalet vårdskador
- omfördela vårdplatser från specialiteter med låg beläggning till specialiteter med hög beläggning
- bygga ut den avancerade sjukvården i hemmet (ASiH)
- öka andelen patienter i dagkirurgi och dagvård
- förbättra samarbetet med kommunerna och primärvården så att de snabbare kan ta över utskrivningsklara patienter
- öka kompetensen på akutmottagningarna
- ändra arbetssättet så att fler patienter kan skrivas ut på förmiddagar och under helger
- öka följsamheten till olika vårdprogram och riktlinjer
- skaffa möjlighet att öka antalet vårdplatser vid särskilda tillfällen.

Om regionen genomför de beskrivna åtgärderna och om de ger förväntat resultat kan behovet av fler framtida vårdplatser minska från de beräknade 250 till cirka 100 nya vårdplatser under de kommande fem åren.

Under sommaren 2011 fick akutsjukhusen direktiv från regionledningen om att ta fram handlingsprogram och vidta åtgärder som följer de ovan beskrivna åtgärdsförslagen. Programmet kallas ofta för ”niopunktslistan”. Samtidigt fattade regionen ett övergripande beslut om att skaffa totalt cirka 40 nya vårdplatser. Det är ännu för tidigt att utläsa effekterna men statistik från IT-applikationen visar att framför allt de utlokaliserade patienterna blir färre.

Stockholms läns landstings långsiktiga arbeten med vårdplatser

I Stockholms läns landsting (SLL) minskade antalet tillgängliga vårdplatser med totalt 6 procent under åren 1999–2009, framför allt eftersom 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 sjukvård 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 kring landstingets behov av vårdplatser. I denna nya utredning kom alla enheter överens om begrepp och mätmetoder, och de gjorde mätningar från tillgängliga data samt fysiska platsmätningar under fyra veckor i följd.

Sammanfattningsvis fann utredningen att landstinget kommer att behöva ytterligare 500 disponibla vårdplatser fram till år 2015, förutsatt att den demografiska och medicinsktekniska utvecklingen följer dagens prognos, samt ytterligare 200 platser när Nya Karolinska Solna öppnar om cirka fem år. Utredningen visade också att behovet av nya vårdplatser sannolikt kan halveras genom:

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

Utredningen fann också att en beläggningsgrad på 90–92 procent skulle hålla antalet överbeläggningar och utlokaliserade patienter på en låg nivå. Dessutom tyder analysen på att produktiviteten ökar vid denna beläggningsgrad.

I SLL har ett antal chefsläkare bildat den så kallade Hjalmargruppen som har ett särskilt ansvar för vårdplatsfrågorna. Gruppen har skickat ett beslutsunderlag innehållande förslag på 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 platser 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, och det kommer sannolikt att avlasta sjukhusen ytterligare.
- Sjukhusen fortsätter att utveckla dagkirurgin, dagvården och samverkan med somatiska specialister i öppenvården.

I november 2011 var vårdplatsläget i SLL klart bättre och överlag lyckas sjukhusen bra med målet att över tid ha en beläggingsgrad kring 90–92 procent. Detta beror sannolikt på arbetet med att förbättra olika processer och på att landstinget har fått fler vårdplatser. Trenden har hållit i sig sedan augusti 2011. Detta talar för att det sannolikt inte rör sig om en slump.

Antalet vårdplatser fortsätter minska

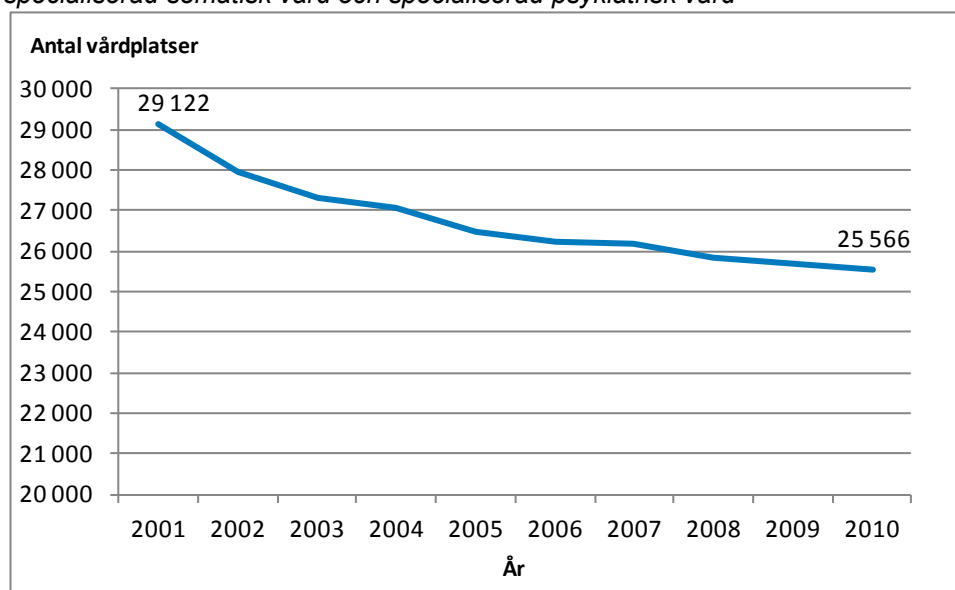
Ambitionen var att under hösten 2011 redovisa några lämpliga indikatorer för området överbeläggningar och utlokaliserade patienter i publikationen Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Det fanns dock inga gemensamma definitioner och indikatorer inom området och därför gick det inte att publicera dessa jämförelser redan under 2011.

Däremot har överbeläggningar och utlokaliserade patienter ett visst samband med befintlig statistik om antalet vårdplatser och vårdtid i dagar i slutet vård på svenska sjukhus. Dessa data är inga direkta mått på överbeläggningar men kan ha betydelse för uppkomsten av överbeläggningar och utlokalisering av patienter. Följande diagram visar trender i vårdkonsumtionen i riket sedan 2001.

Vårdplatserna minskade årligen i genomsnitt med 400 platser

Diagram 1 visar uppgifter om antalet vårdplatser för specialiserad somatisk vård och specialiserad psykiatrisk vård. Under perioden 2001–2010 minskade de från 29 122 till 25 566, vilket motsvarar en minskning på 12 procent.

Diagram 1: Antal vårdplatser i riket totalt år 2001–2010, inkluderar vårdplatser för specialiserad somatisk vård och specialiserad psykiatrisk vård



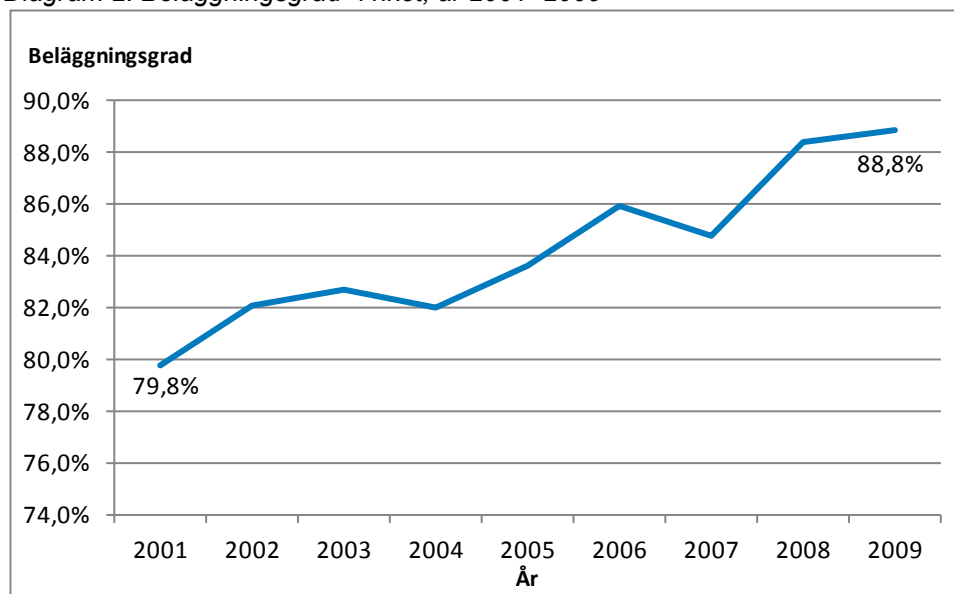
Källa: www.kolada.se.

Beläggningsgraden ökar och närmar sig 90-procentsgränsen

Diagram 2 visar hur beläggningsgraden har utvecklats under samma period, 2001–2009. Även detta diagram inkluderar både specialiserad somatisk vård och specialiserad psykiatrisk vård. Under perioden 2001–2009 ökade be-

läggningsgraden från 80 till 89 procent. Diagrammet visar genomsnittlig beläggingsgrad som i praktiken kan variera från låg till mycket hög beläggingsgrad mellan olika sjukhus och mellan olika slutenvårdsenheter. Beläggingsgraden beräknas genom att den sammanlagda vårdtiden i dagar på ett år divideras med antalet vårdplatser gånger 365. Vårdtiden beräknas som utskrivningsdatum minus inskrivningsdatum.

Diagram 2: Beläggingsgrad* i riket, år 2001–2009



* Beläggingsgraden beräknas utifrån vårdtid i dagar i förhållande till antal vårdplatser gånger 365. Vårdtiden beräknas som utskrivningsdatum minus inskrivningsdatum.

Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas och www.kolada.se.

Minskningen av antalet vårdplatser i riket sedan 2001 är relativt sett lika stor som ökningen av beläggingsgraden. Under samma period har Sveriges befolkning ökat med knappt 6 procent och antalet äldre över 65 år med drygt 13 procent.

Målet för 2012

Huvudmålet för projektet är att ge underlag till enskilda sjukhus och landsting så att de kan förhindra överbeläggningar och deras negativa effekter. Projektet ska underlätta planering och styrning genom att

- definiera begreppen som rör överbeläggningar och använda dem i uppföljningen
- utveckla indikatorer för att kontinuerligt följa upp överbeläggningar och utlokaliserade patienter
- ta fram en modell för hur Socialstyrelsen öppet ska jämföra och utvärdera överbeläggningar och deras effekter på patientsäkerhet.

Det första delmålet är uppfyllt, det vill säga att ta fram definitioner av begreppen som rör överbeläggningar. Begreppen kommer att vara ett underlag för delmål två, att utveckla indikatorer, och det arbetet har påbörjats. Dessutom är definitionerna en viktig del av patientsäkerhetsöverenskommelsen för 2012 mellan staten och SKL beträffande stimulansmedel för uppföljning av överbeläggningar.

Definitionsarbetet har medfört att ett mindre antal andra befintliga begrepp kan behöva en ny definition. Det gäller begrepp som är relaterade till slutenvården, exempelvis inskrivning. Därför fortsätter terminologiarbete under våren 2012.

Det andra delmålet gäller indikatorer för uppföljningar. Enligt huvudmännen finns ett stort behov av gemensamma nationella indikatorer, men gärna ett begränsat antal som inte kräver stora administrativa anpassningar och förberedelser. Därför planerar Socialstyrelsen att i samarbete med SKL

- ordna ett nationellt arbetsmöte i början av 2012 för att få information om sjukhusens, landstingens och regionernas behov och perspektiv på de kommande indikatorerna
- ta fram ett förslag på indikatorer och inhämta synpunkter på dessa genom att skicka ut dem på remiss i februari–mars 2012
- fastställa indikatorer senast den 15 april 2012 och kommunicera dem till landsting och sjukhus.

Projektet ska senast den 30 november 2012 presentera en modell för öppna jämförelser och för utvärderingar av överbeläggningar och deras effekter på patientsäkerhet. Arbetet kommer att samordnas med övriga projekt på Socialstyrelsen som rör patientsäkerhet, öppna jämförelser, utvärderingar och tillsyn.

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. Sprivilis 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(3):191-200 e1-7.
 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

Bilaga 1: Projektorganisation

Styrgrupp

Marie Lawrence, projektansvarig, Socialstyrelsen

Mona Heurgren, Socialstyrelsen

Erik Höglund, Socialstyrelsen

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

Arbetsgrupp för definitioner av begrepp

Stefano Testi, Socialstyrelsen

Milan Knezevic, Socialstyrelsen

Ann Fagerlind, Socialstyrelsen

Christina Broman, Socialstyrelsen

Ralph Dahlgren, 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

Kommunikation

Mikael Fabel, Socialstyrelsen

Socialstyrelsens interna expertstöd

Kunskapsöversikter

Jenny Rehnman, Socialstyrelsen

Ann-Kristin Jonsson, Socialstyrelsen

Patientsäkerhet
 Michael Soop, Socialstyrelsen
 Karin Franzén, Socialstyrelsen
 Axana Haggar, Socialstyrelsen

Administrativt stöd, datahantering

Caroline Lööf, Socialstyrelsen
 Marianne Arvidsson, Socialstyrelsen

Extern expertstöd

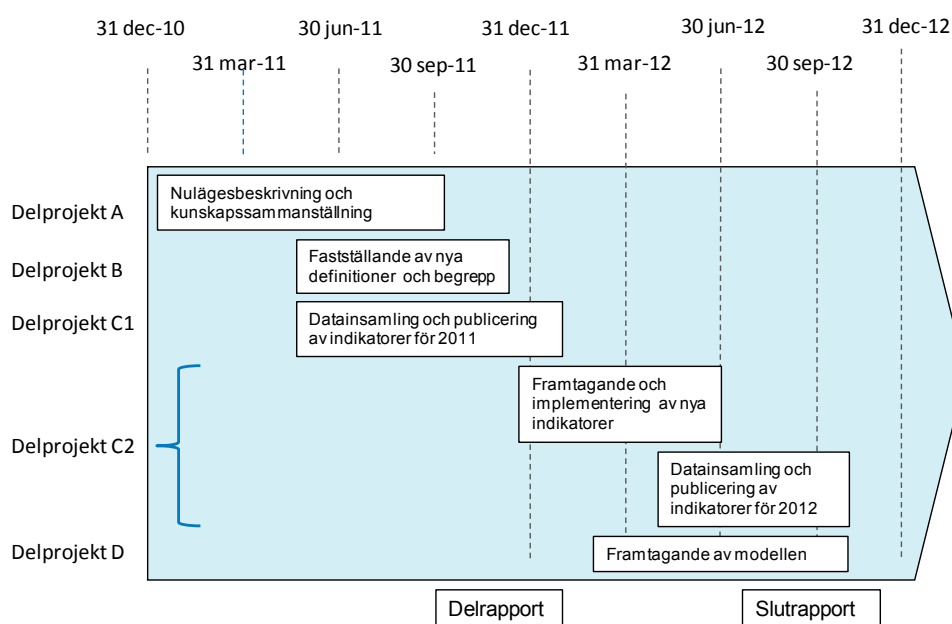
Litteraturgenomgång
 Helena Hvitfeldt Forsberg, Karolinska Institutet

Kvalitativanalys av tillsynsärenden
 Cecilia Rydlo, Mälardalens Högskolan

Tabell 1: Aktivitetsplan

Delprojekt	Beskrivning	Publiceringsdatum
Delprojekt A	Nulägesbeskrivning och kunskapssammanställning	september 2011
Delprojekt B	Fastställande av nya definitioner och begrepp	november 2011
Delprojekt C1	Publicering av befintliga indikatorer avseende vårplatser och beläggning	januari 2012
Delprojekt C2	Framtagande av nya indikatorer för överbeläggning och utlokalisering av patienter	april 2012
	Publicering av indikatorer 2012	oktober 2012
Delprojekt D	Modell för uppföljning och utvärdering	30 november 2012

Figur 1: Tidsplan



Bilaga 2: Terminologiarbetets olika steg

I hela processen samarbetar terminologen med sakkunniga. Terminologen har övergripande metodansvar och ansvarar för:

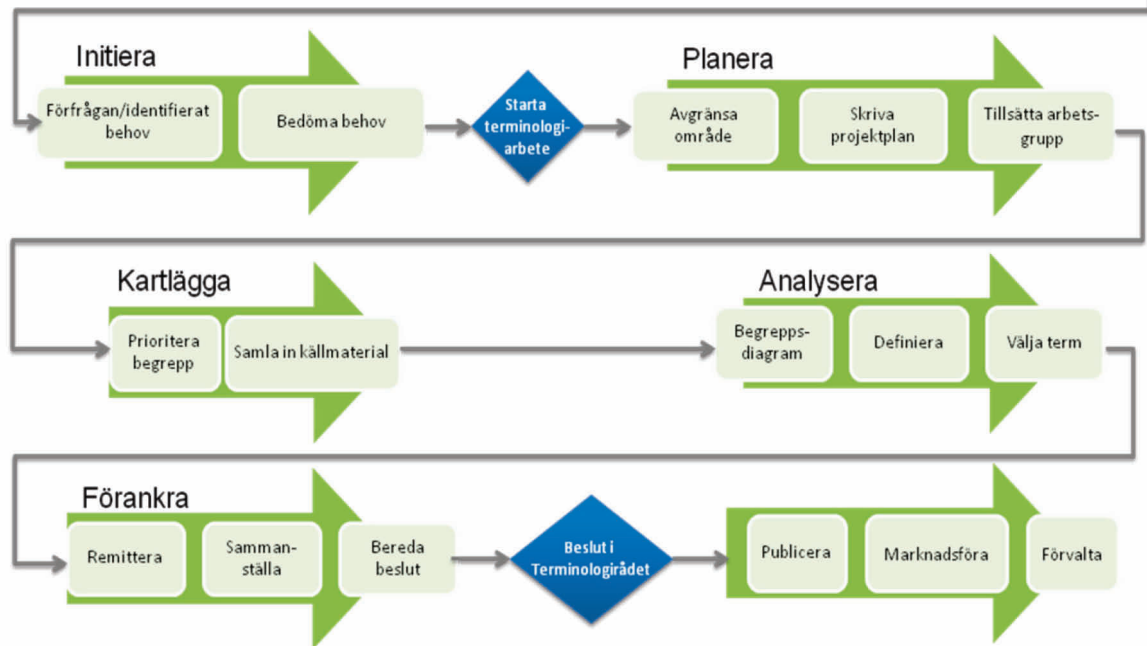
- begreppsanalys
- slutredigering och beredning av det terminologiska underlaget inför beslut
- publicering i Socialstyrelsens termbank
- förvaltning av termbankens innehåll.

Sakkunniga ansvarar genom hela processen för att:

- begreppen är relevanta för verksamheten
- innebörden i begreppen speglar den verkliga betydelsen
- valda termer är användbara.

Helhetsansvaret för arbetet är beroende av om det terminologiska arbetet är en del av ett större projekt eller om det drivs som ett eget terminologiprojekt. Se Terminologiguide, ISO 704 och Handledning för arbete med begrepp och termer på Socialstyrelsen för mer information om varje steg i processen. Nedan följer en beskrivning av de olika stegen i Socialstyrelsens process för terminologiarbete.

Initiera terminologiarbetet tidigt i utarbetandet av t.ex. föreskrifter, nationella riktlinjer, register, öppna jämförelser...



Initiera

1. Förfrågan/identifierat behov

Terminologiarbete kan initieras genom en förfrågan om terminologiskt metodstöd till ett planerat eller pågående internt eller externt projekt. Då kan den terminologiska kompetensen vara utpekad i t.ex. en projektstyrningsmall.

Terminologiarbete kan även initieras av handläggare, utredare, projektledare eller någon annan person som ser ett generellt behov av att ett begrepp eller flera relaterade begrepp reds ut. I vissa fall kan det även vara terminologen som initierar terminologiarbetet efter att ha fått flera förfrågningar om utredning av begrepp.

Ofta innehåller förfrågan en sammanställning av det språkliga material som frågeställaren anser behöver redas ut. Tillsammans med frågeställaren kan terminologen se över materialet för att se om det innehåller begrepp och termer som behöver redas ut med den terminologiska metoden. Om frågan inte har med terminologi att göra, utan snarare handlar om t.ex. anvisningar/regelverk eller generella beskrivningar svarar vi på frågan om vi kan eller hänvisar den till rätt instans.

Gemensamt för alla olika typer av arbeten är att

- Det råder olika uppfattning om ett begrepps innebörd.

- Termbanken och etablerade ordböcker inte ger tillräcklig ledning.

2. Analysera frågeställningen och bedöma behov

Frågeställningen analyseras utifrån följande kriterier:

a) Rör frågan fackområdet vård och omsorg?

b) Är projektet av nationellt intresse?

Projekt av nationellt intresse kan t.ex. vara:

- Officiell statistik, register, Öppna jämförelser
- Nationell informationsstruktur
- Regelverk för interoperabilitet i vården (RIV)
- Föreskrifter, handböcker
- Nationella riktlinjer

c) Hör frågan hemma i redan pågående terminologiprojekt?

Om ett redan pågående projekt analyserar begreppen ser vill till så att frågan tas om hand där.

Ett nej på varje fråga innebär att vi inte går vidare med förfrågan/medverkan i projekt. Vi kan hänvisa till Terminologicentrum TNC när det inte handlar om vårt fackområde eller om en annan myndighet ansvarar för terminologin. Om kriterierna uppfylls och det finns ett behov av begreppsutredning så fattar terminologerna beslut om att starta ett terminologiarbete.

Planera

1. Avgränsa ämnesområdet inom vård och omsorg

I förberedelserna inför ett terminologiarbete ingår att noggrant avgränsa ämnesområdet utifrån den identifierade målgruppens behov. Om förfrågan om terminologiarbete kommer från ett redan existerande projekt är ämnesområdet ofta redan avgränsat.

2. Ta fram projektplan för terminologiarbetet med aktivitetslista och tidsplan

Se Socialstyrelsens projektstyrningsmodell och våra egna mallar.

En projektplan, aktivitetslista och tidsplan tas fram för terminologiarbetet. Projektplanen ska innehålla syfte, mål, avgränsning av ämnesområdet, målgrupp, aktivitets- och tidsplan. Det är viktigt att projektplanen innehåller en beskrivning av rollfördelning och av det ansvar som deltagarna i arbetsgruppen och övriga inblandade har tilldelats. Tidsplanen är viktig bl.a. för att tydliggöra resursåtgång. Om Socialstyrelsens terminologer inte har tid och möjlighet kan vi avropa timmar av TNC som vi har avtal med t.o.m. 2014.

3. Tillsätta arbetsgrupp

Den som har initierat terminologiarbetet hjälper till med att identifiera relevant kompetens som bör ingå i arbetsgruppen. En idealisk arbetsgrupp består av fem till åtta deltagare varav en till två deltagare är terminologer. Övriga deltagare är sakkunniga från berörda professioner och verksamheter inom fackområdet.

Ett introduktionsseminarium i terminologiarbete bör anordnas för samtliga deltagare i arbetsgruppen för att alla ska vara bekanta med terminologiläran. Eventuella styrgrupper och referensgrupper identifieras och engageras.

Kartlägga

1. Prioritera begrepp

Terminologen går igenom underlaget tillsammans med arbetsgruppen för att besluta vad som är begrepp som behöver en terminologisk definition. Genomgången resulterar ofta i två listor, en termlista för de begrepp som ska utredas i en terminologisk begreppsanalys och en lista för annan viktig språklig information.

2. Samla in källmaterial som beskriver ämnesområdets begrepp och termer

I syfte att identifiera begrepp och termer som tillhör ämnesområdet behöver man gå igenom källmaterial som är relaterat till fackområdet, exempelvis årliga statistikrapporter, lagar och förordningar, handböcker, fackordlistor. Ur detta material excerperar terminologen eller arbetsgruppen relevant terminologisk information som ska användas i begreppsanalysen.

Terminologen ska se till helheten och identifiera närliggande och relaterade begrepp som bör tas med i arbetet. I ett första stadium behöver man inte begränsa antalet begrepp och termer och annan viktig språklig information som hittas i materialet alltför hårt, utan allt som tycks relevant för ämnet dokumenteras.

Arbete med det som inte behöver en definition

Det som inte ska definieras kan ändå behöva utredas. Det kan handla om annan viktig språklig information som t.ex. förkortningar, anvisningar i register, ”blankettord” och sökord.

Exempel på annan språklig information som inte behöver en definition

Term/Benämning

NPÖ
datum
adress
säng

Terminologens förslag

skriv ut förkortningen
ange standardiserat skrivsätt
ange vad som ska ingå i adress
självförklarande (tillhör allmänspråket)

övriga vuxna

snarare en kategori än en term
("övriga" är alltid i förhållande till
något annat)

Analysera

Resultatet av begreppsanalysen dokumenteras i Socialstyrelsens terminologimall som är i tabellform. Varje rad i tabellen motsvarar en termpost. En termpost är en uppsättning upplysningar som ges om ett begrepp i en terminologisk ordlista eller databas. Socialstyrelsens mall innehåller fält för term, definition, kommentar och användningsområde, synonym och källa.

1. Upprätta begreppssystem och rita begreppsdiagram

Som ett stöd i begreppsanalysen struktureras begreppen i begreppsdiagram för att återge ett begrepps relationer till andra begrepp. Upprättande av begreppsdiagram och definitionsskrivande löper parallellt under hela begreppsanalyset.

2. Utarbeta definitioner

Tillsammans med arbetsgruppen utarbetar terminologen definitionerna och man eftersträvar alltid konsensus i arbetsgruppen. Källan till definitionen dokumenteras noggrant.

3. Välja termer

Terminologen och arbetsgruppen tar fram förslag till rekommenderade termer och eventuella synonymer till begreppen.

Förankra

Det är viktigt att arbetsgruppens medlemmar får tid att förankra förslag till term och definition i sina respektive nätverk. På motsvarande sätt bör andra intressenter få tid att lämna synpunkter, se under Remittera nedan.

1. Remittera

Begreppen med de av arbetsgruppen rekommenderade termerna och definitionerna skickas ut på intern och extern remiss.

2. Sammanställa

Den ansvariga terminologen sammanställer remissvar tillsammans med arbetsgruppen och slutredigerar hela materialet.

3. Bereda underlag för beslut

Den ansvariga terminologen förbereder underlag för beslut om publicering av begrepp och termer till Terminologirådet, som består av representanter för Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, Socialstyrelsen och privata vårdgivare.

Beslut i Terminologirådet

Terminologirådet beslutar om publicering av begrepp och termer i termbanken.

Publicera

Beslutade begrepp och termer publiceras i Socialstyrelsens termbank.

Marknadsföra

Det är viktigt att informera samtliga intressenter om att det finns en ny eller ändrad begreppsdefinition. Terminologirådets medlemmar ansvarar för att sprida informationen inom sina respektive organisationer. Ett led i marknadsföringen kan vara att ta fram informationsmaterial.

Förvalta

Förvaltningsprocessen startar samtidigt som begrepp publiceras i Socialstyrelsens termbank. Varje förändring i en begreppsdefinition eller term dokumenteras och versionshanteras av Socialstyrelsens terminologer. Socialstyrelsens enhet för fackspråk och informatik ansvarar för att termbanken förvaltas och underhålls. Varje publicerad terminologi ses över regelbundet för att säkerställa att den fortfarande är aktuell och att inga förändringar har skett i någon närliggande terminologi.

Bilaga 3: Remissinstanser

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 | 45. Fagersta |
| 35. Alingsås | 46. Falun |
| 36. Aneby | 47. Flen |
| 37. Askersund | 48. Gnesta |
| 38. Avesta | 49. Gotland |
| 39. Bollebygd | 50. Grums |
| 40. Båstad | 51. Grästorp |
| 41. Eda | 52. Gävle |
| 42. Ekerö | 53. Göteborg |
| 43. Emmaboda | 54. Hagfors |
| 44. Eskilstuna | 55. Halmstad |

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

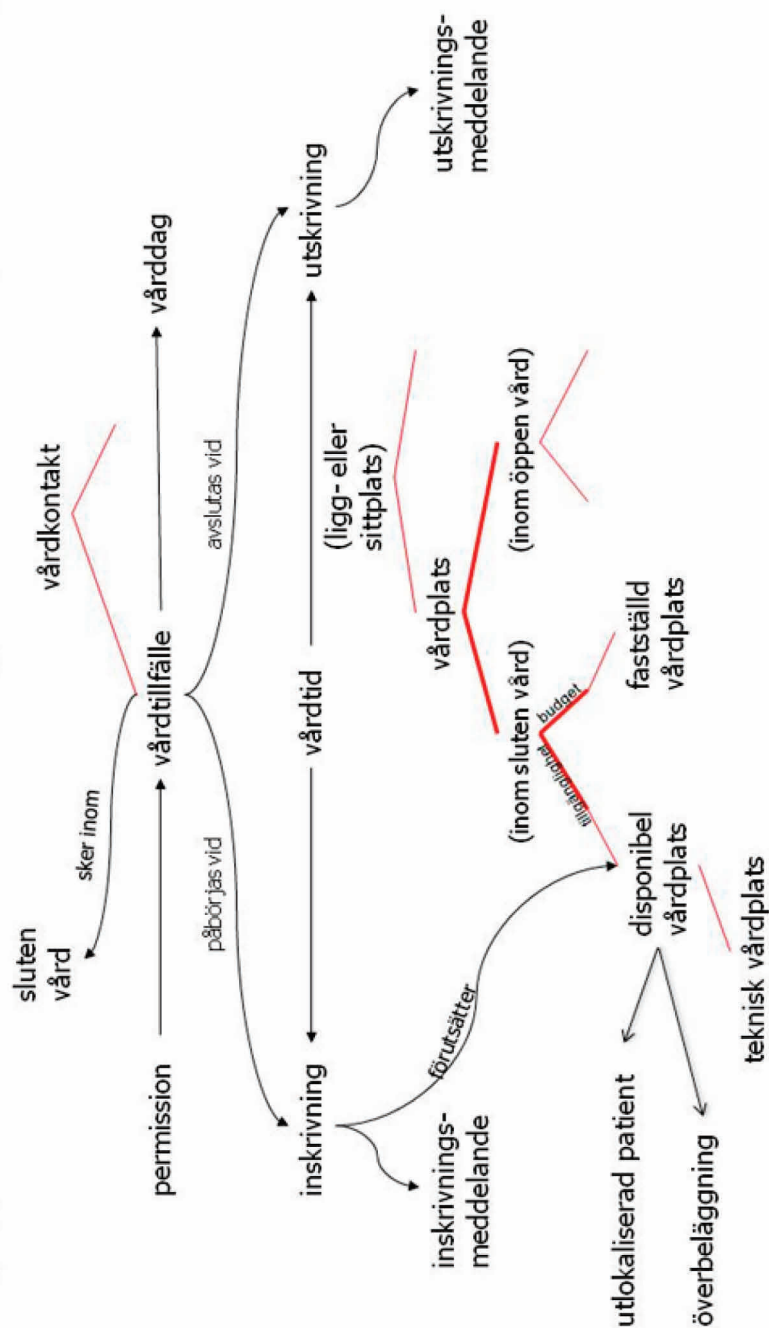
Övriga organisationer

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

Bilaga 4: Begreppsdiagram

Terminologi

Begrepp och termer inom vård och omsorg: vårdtillfälle och vårdplats



Läsanvisning till begreppsdiagrammet

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

Bilaga 5: Litteraturgenomgång

Litteraturgenomgång av sambandet mellan överbeläggningar och vårdskador

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 beläggningsgrad. 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 vårdenhet (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 slutet 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 slutet 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 arbetsituationen 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.

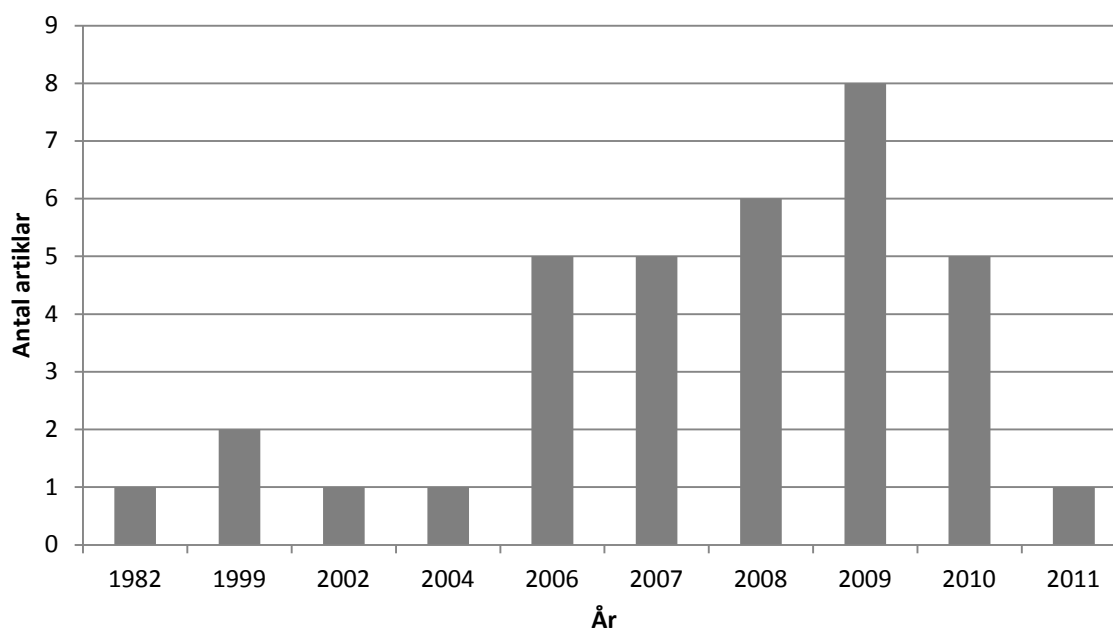
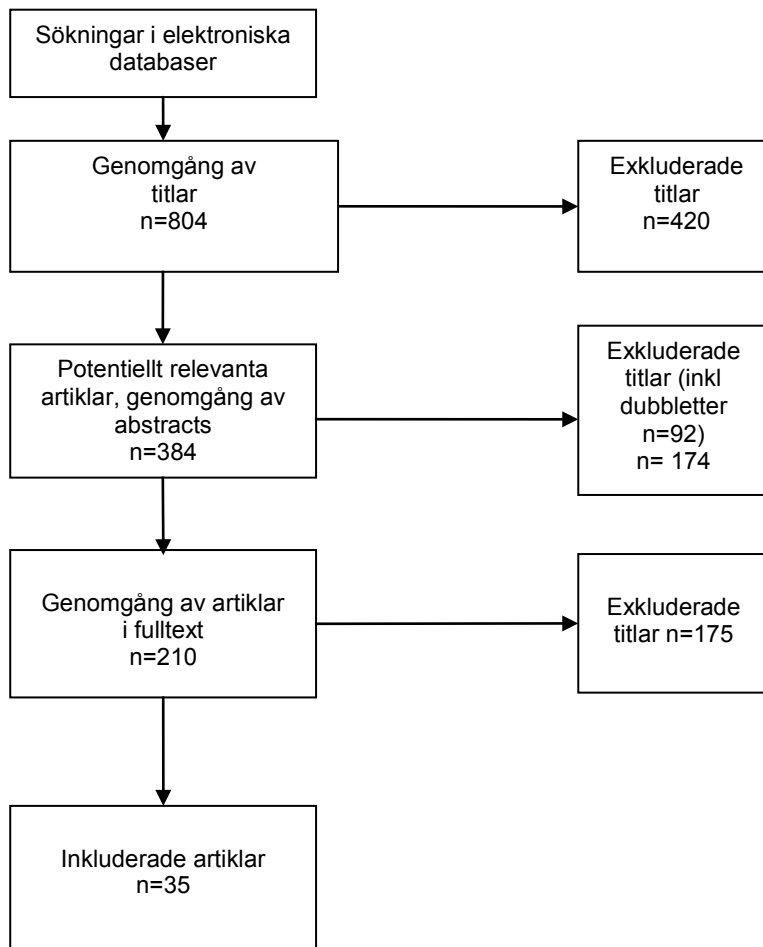


Bild 1: Flödesschema



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	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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 akutmottag-	Retrospektiv ko-	4 mån 1997 +	<ul style="list-style-type: none"> - Patient demografiska data 	- Perioder av hög överbe-	1, 5

			ningar, tertiärvård, storstad	hort studie, multivariat analys	4 mån 1999, 3609 pat	<p>för patienter med bröstsmärta (ålder, kön, sjuklighet)</p> <ul style="list-style-type: none"> - veckodag - tid på dygnet - överbeläggning på akutmottagning - ambulans prioritet - geografisk position - antal omdirigeringar av ambulanser - sökorsak - tid från ambulans till pat, till akutmottagning. 	<p>läggning på akutmottagningarna hade en negativ effekt på tiden för ambulanstransporten för patienter med bröstsmärtor.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Resultaten var inte associerade med patientens prioriteringsgrad. - Omdirigering av ambulanser pga. överbelagda akutmottagningar kan påverka vården för kritiskt sjuka. 	
Smärtindring och felmedicinering	(10)	USA	En akutmottagning universitetssjukhus, tertiärvård, storstad	Retrospektiv kohort studie	17 mån, 13578 pat	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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 	<ul style="list-style-type: none"> - 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 patientvo- 	1, 5

						- vårdtid/pat.	lymer i väntrummet.	
(8)	USA	En akutmottagning, tertiärvård, storstad	Retrospektiv genomgång av data från en prospektiv kohort studie	12 mån, 158 pat	<ul style="list-style-type: none"> - 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 - tid till först dokumenterade smärtlindring - antal pat som fått smärtlindring och typ. 	Överbeläggning på akuten kan medföra fördröjd och otillräcklig smärtlindring.	1, 5	
(9)	USA	En akutmottagning, tertiärvård, storstad	Prospektiv sekundär analys	9 mån, 967 pat	<ul style="list-style-type: none"> - 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. Spear-mans korrelation.	2 mån, 1068 pat	<ul style="list-style-type: none"> - Patienter med höftfraktur - antal patienter på akutmottagningen - antal korridorpatienter, - antal patienter som väntar på vårdplats för inläggning 	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	- relaterad börda - 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 lunginflammation	(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 akuten	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	- 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	Retrospektiv studie	18 mån, 344	- Patientrelaterade data (å-	Med ökande patientvolym	1, 5

			ning, tertiärvård, storstad	die, logistisk regression, sensitivitetsanalys	pat	der, kön, etnicitet), för pat med diagnos lunginflammation - Triagekod - Ankomstsätt - Ankomsttid - tid till triage - tid till insättning antibiotika - antal pat på akuten - inlagda pat	på akutmottagningen, minskade sannolikheten för pat med lunginflammation att få antibiotikabehandling inom rätt tidsramar.	
(31)	USA	Akutmottagning på 24 akademiska sjukhus	Tvärsnittsstudie inkl enkät, journaldata och utfallsmått. Spear-mans 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	
(34)	USA	En pediatrik akutmottagning, tertiärvård, storstad	Retrospektiv studie	1 år, 927 pat	- Patient demografiska data - Antal patienter med astma - Ankomstsätt - Ankomsttid - Triagekod - Beläggningsgrad - 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 dagtagenomgång, Spearmans korrelation	5 mån, 262 pat	<ul style="list-style-type: none"> - Antal pat med diagnosen lunginflammation - Beläggningsgrad - tid till behandling, 	Beläggningsgraden var i denna studie associerad med tiden till antibiotikabehandling för patienter med lunginflammation.	5
Morbidity and mortality	(1)	Kanada	En IVA, Universitetssjukhus, tertiärvård, storstad	Prospektiv kohortstudie, logistisk regression	8 år, 8683 pat	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - Dödlighet vid dag 2, 7, 30 - Beläggningsgrad - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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 (tertiärvård),	Retrospektiv studie, logistisk regression	2 år, 4095 pat	<ul style="list-style-type: none"> - Omdirigering av ambulans - mortalitet på akuten och på avdelning - inläggningar - patientspecifika data såsom ålder, kön, försäkring och sjuklighet. 	Överbeläggningar var vanligt på dessa tre sjukhus men inget bevis på samband mellan överbeläggningar på de 3 barnakuterna och dödlighet på varken barnakuten eller avdelning.	1, 5
	(4)	Australien	Tertiärvård, akutmottagning stor-	Stratifierad retrospektiv kohort	2 år, 66608 pat	<ul style="list-style-type: none"> - Överbelagda och icke överbelagda skift 	Överbeläggningar gav en ökad risk för dödlighet på	1, 5

			stad	studie,		<ul style="list-style-type: none"> - Triagekod (1-5) - Remittent - Dödlighet 10 dagar efter inläggning på avdelning från akutmottagning 	sjukhus, 10 dagar efter besök på akutmottagning.	
	(2)	USA	Traumaenhet, Universitetssjukhus, tertiärvård, storstad	Retrospektiv studie	3 dagar, 151 pat	<ul style="list-style-type: none"> - Patient demografiska data - triagekod (1-5) - väntetid - biverkningar - avvikelser 	Avvikelser 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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	Korrelationsanalyser	2 år, 1000 vårddygn	<ul style="list-style-type: none"> - Vårdplatsutnyttjande - Vårdplatsomsättning - MRSA infektioner 	En signifikant korrelation mellan MRSA incidens och vårdplatsomsättning upptäcktes, dock inte mellan MRSA incidens och vårdplatsutnyttjande.	1, 6
	(15)	Norge	Neonatalavdel-	Retrospektiv stu-	1 mån, 8 pat	<ul style="list-style-type: none"> - Patient epi-demiologiska 	Överbeläggning, låg be-	1, 6

			ning, tertiärvård, storstad	die		<ul style="list-style-type: none"> - data - Bemanning - Arbetsbelastning - Rum och vårdplatser - Associerade kostnader 	<p>maning samt mix av patienter och vårdgivare ökade risken för spridning av MRSA på avdelningen.</p>	
	(17)	USA	Neonatalavdelning, tertiärvård, storstad	Retrospektiv studie, regressionsanalys	21 mån, NA	<ul style="list-style-type: none"> - Smittspridning på avdelning - Hygienrutiner - Förflyttning av patienter - Personal resurser, - Antal patienter per ssk. 	<p>Genom att förebygga personalbrist och överbeläggning minskar sannolikt risken för Staphylococcus aureus- infektioner hos barn på neonatalavdelningar,</p>	1, 6
	(18)	Schweiz	Neonatal IVA (NICU), tertiärvård, storstad	Retrospektiv kohortstudie,	2 mån, 60 pat	<ul style="list-style-type: none"> - Patient demografiska data - antal patienter - LOS - Exponeringsfaktorer - Riskfaktorer 	<p>Överbeläggning och personalbrist i samband med hög arbetsbelastning kan resultera i spridning av nosokomiala infektioner.</p>	1
Patientnöjdhet	(28)	USA	En akutmottagning, tertiärvård, storstad	Retrospektiv studie, logistisk regression.	1 år, 1469 pat	<ul style="list-style-type: none"> - Väntetid - Antal patienter som väntar på vårdplats för inläggning - Vårdtid på akuten - Korridorpatienter 	<p>Patienter som får dålig service, vänta i korridor eller vänta på inläggning har låg patientnöjdhet med hela sin sjukhusvistelse.</p>	1, 2
	(22)	Finland	90 vårdavdelningar och 13 sjukhus med akut psykiatrisk vård	Longitudinell enkätstudie	7 mån, 1102 enkätsvar	<ul style="list-style-type: none"> - Personalrelaterade data (yrkeser-farenhet, ålder, yrke) - Avd storlek - Vårdplatsutnyttjande - Överbeläggning - patienter med våldsamt beteende 	<ul style="list-style-type: none"> - Överbeläggningar var vanligt inom de avdelningar och kliniker som studien omfattar. - Överbeläggningar i denna kontext orsakar en ökad patienttäthet och ev stress och oro. 	1, 2

							- Detta kan i sin tur leda till våldsamt beteende.	
	(32)	USA	En akutmottagning, tertiärvård, storstad	Enkätstudie	5 veckor, 644 (pat), 703 (läkare), 716 (ssk) enkät-svar	<ul style="list-style-type: none"> - Patient demografiska data - Beläggningsgrad - Vårdtid på akuten - Antal väntande patienter - Inlagda patienter - Personal 	<ul style="list-style-type: none"> - Det finns samband mellan över-beläggningar 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. 	1
	(23)	Irland	En akutmottagning, tertiärvård, storstad?	Kvalitativ, deskriptiv studie	NA, 4 pat och 3 anhöriga	<ul style="list-style-type: none"> - Väntetid - Beskrivning av akutmottagningen - Upplevd vårdkvalitet - Upplevelse av väntetid - Rekommendationer till andra patienter och anhöriga 	<ul style="list-style-type: none"> - 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
Personal-nöjdhet	(25)	USA	19236 akutläkare på akutsjukhus i storstäder, förorter och på landsbygd	Enkätstudie	2507 enkät-svar	<ul style="list-style-type: none"> - Akutsjukhusets storlek - Antal vårdplatser - Besök/år - Antal patienter som lämnar akuten utan medicinsk be- 	<ul style="list-style-type: none"> - Akutläkarna rangordnade de högst prioriterade faktorerna för patientsäkerhet; överbeläggning, tillgängliga specialister för 	1, 6

						<p>dömning</p> <ul style="list-style-type: none"> - akutläkarens arbetserfarenhet - 17 patientsäkerhetsfaktorer 	<p>konsultation, brist på ssk och koordination för patientuppföljning.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Överbeläggning uppfattades inte som ett lika stort problem som brist på specialistkonsultation på landsbygden som i förort och storstad. 	
(24)	USA	21 pediatrika akutmottagningar på akutsjukhus i storstäder, förorter och på landsbygd	Enkätstudie	1747 enkät-svar	<ul style="list-style-type: none"> - Akutmottagningens storlek - Personal - Överbeläggning - Team arbete - Metoder för patientsäkert arbete - Administrering av Im - Sjukhusets resurser (antal vårdplatser och inläggningar) 	<p>Faktorer associerade med ett positivt säkerhetsklimat varierar och inkluderar minskad överbeläggning, extra resurser vid sjukdom hos personal samt grupper eller team som bevakar patientsäkerhetsfrågor.</p>	1	

Bilaga 6: Andra länders uppföljning av överbeläggningar

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 spjålsängar 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 enstaka 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.
