

KORRIDORPASIENTER I NORSKE SYKEHUS, 1999

Fremdeles regelen, eller unntaket?



Foto: Johnny Syversen



Statens helsetilsyn

DESEMBER 1999

BAKGRUNN OG INNLEDNING	3
OPPSUMMERING	5
DEL I HVORDAN ER SITUASJONEN VED SYKEHUSENE ETT ÅR ETTER? – SAMMENLIGNING MED 1998	9
1.0 Innledning	9
2.0 Metode	9
2.1 Datakvalitet og metodeproblemer	11
2.1.1 Korridorpasienter	11
2.1.2 Beleggsprosent	11
3.0 Resultater	12
3.1 Korridorpasienter ved landets sykehus	12
3.1.1 Forekomst av korridorpasienter i kartleggingsuken 1999 sammenlignet med 1998	12
3.1.2 Hyppighet av korridorpasienter på årsbasis	13
3.2 Beleggsprosent ved landets sykehus	14
3.2.1 Beleggsprosent i 1998 sammenlignet med 1997	14
3.2.2 Beleggsprosent 1. tertial 1998 og 1999	15
3.3 Belastning og type sykehus	15
3.4 Belastning og fylke	16
3.5 Ferdigbehandlede pasienter	17
4.0 Drøfting	17
DEL II HVA HAR SYKEHUSEIERNE (FYLKESKOMMUNENE) GJORT?	19
1.0 Innledning	19
2.0 Metode	19
3.0 Resultater	20
3.1 Vurdering av situasjonen ved eget / egne sykehus i forhold til situasjonen beskrevet i Helsetilsynets rapport	20
3.2 Beskrivelse av hva som er gjort lokalt, samt effekt av tiltak	21
3.3 Beskrivelse av hvilke tiltak som er planlagt med tidsplan	22
4.0 Drøfting	22
DEL III UTDYPENDE KARTLEGGING OG ANALYSE AV KONSEKVENSER AV KORRIDORPASIENTER – DE FAGLIG ANSVARLIGES VURDERINGER	27
1.0 Innledning	27
2.0 Metode	27
3.0 Resultater	28
3.1 Forhold som gjelder alle pasienter ved avdelingen	28
3.2 Forhold som gjelder korridorpasientene	28
3.3 Forhold som gjelder avdelingen og som berører korridorpasientene	30
3.4 Forhold som gjelder avdelingens arbeidsmiljø	31
3.5 Forhold vedrørende primærhelsetjenesten og pasientene generelt	31
4.0 Drøfting	32
DEL IV SAMLET DRØFTING	36
1.0 Hvorfor har vi korridorpasienter?	36
2.0 Sykehuseiernes rolle	40
3.0 Veien videre – bør nye, eller andre virkemidler tas i bruk?	40
Litteratur:	42

Vedlegg:

1. Tabell 1. Oversiktstabell beleggsprosent, korridorpasienter med mer for det enkelte sykehus i 1998 og 1999 samt antall ferdigbehandlede pasienter i 1999.
Tabell 2. Oversikt konsekvenser av korridorpasienter.
2. Kartleggingsskjema beleggsprosent med mer.
3. Kartleggingsskjema korridorpasienter og ferdigbehandlede pasienter.
4. Spørreskjema til landets indremedisinske avdelinger vedrørende konsekvensene av korridorpasienter

BAKGRUNN OG INNLEDNING

Som ledd i gjennomgang av kapasitets- og driftsforhold ved landets sykehus gjennomførte Statens helsetilsyn i 1998 kartlegging av beleggsprosent og korridorpasienter ved de somatiske sykehusene. Kartleggingen omfattet indremedisinske-, kirurgiske- og ortopediske avdelinger. Situasjonen ved sykehusene er beskrevet i Helsetilsynets rapport, "Kartlegging av beleggsprosent og korridorpasienter ved indremedisinske, kirurgiske og ortopediske avdelinger", oktober 1998.

Kartleggingen viste at

- Korridorpasienter forekommer regelmessig eller ofte ved nærmere 80% av de indremedisinske og ved 60% av de kirurgiske- / ortopediske avdelingene.
- Korridorpasienter synes å være regelen og ikke unntaket.
- Belastningen er størst ved de store sykehusene.
- Mer enn 1/3 av de indremedisinske avdelingene hadde en gjennomsnittlig beleggsprosent på 100% eller høyere i 1997.

Helsetilsynet konkluderte med at: *"Situasjonen ved landets sykehus slik som fremkommet i denne kartleggingen, sikrer etter Helsetilsynets vurdering ikke i tilstrekkelig grad ivaretagelse av pasientens integritet og alminnelig verdighet. Det er videre grunn til å anta at situasjonen påvirker kvaliteten i pasientbehandlingen negativt, ved at den gjør det vanskelig å gjennomføre en behandling som er i samsvar med god praksis".*

Helsetilsynet påpekte at det er viktig at eierne og sykehusene tar denne problematikken på alvor. Korridorpasienter må være unntaket, ikke regelen.

Helsetilsynet tilrådet at sykehuseierne og det enkelte sykehus snarlig burde gjennomgå og vurdere situasjonen lokalt, og iverksette nødvendige tiltak for å redusere belastning som fører til overbelegg.

Statens helsetilsyn og fylkeslegenes oppfølging er basert på etatens plikt til å føre tilsyn med at alle som yter helsetjeneste utøver virksomheten i samsvar med gjeldende myndighetskrav og fører internkontroll på en slik måte at det kan forebygge svikt i helsetjenesten. I St prp nr 1, 1999 og Sosial- og helsedepartementets tildelingsbrev til Helsetilsynet og fylkeslegene fremgår det at: *«Helsetilsynet skal følge opp kartleggingsundersøkelser av sentrale forhold når det gjelder sykehusenes tjenestetilbud. Gjennom erfaring fra slike undersøkelser skal Helsetilsynet bidra til oppfølging av belegg, pasientflyt og andre parametre».*

På bakgrunn av resultatene av kartleggingen i 1998, og behov for oppfølging av situasjonen ved sykehusene, nedsatte helsedirektøren en etatsintern arbeidsgruppe i april 1999 for å bistå i dette arbeidet. Gruppen fikk bl.a. mandat til å utarbeide forslag til kriterier for årets (oppfølgende) kartlegging av beleggsituasjonen, hvilke elementer som bør inngå i en slik kartlegging samt gjennomføring- og tidsplan for kartleggingen.

Arbeidsgruppen har bestått av:

fylkeslege Bjørn Inge Larsen, fylkeslegen i Vestfold (leder)
ass. fylkeslege Ingebrigt Bruheim, fylkeslegen i Akershus
kvalitetsrådgiver Jorunn Støvne Pettersen, fylkeslegen i Troms
seniorrådgiver Anne-Karin Nygård, Helsetilsynet
førstekonsulent Anne Groenhof, Helsetilsynet
rådgiver Tove Farstad, Helsetilsynet (sekretær)
seniorrådgiver Per Skretting, Helsetilsynet.
Rådgiver Linda Grytten, Statens helsetilsyn har bidratt med databehandlingen.

På bakgrunn av situasjonen ved sykehusene, sentrale myndigheters føringer og tilrådinger, har Helsetilsynet valgt å belyse følgende forhold og problemstillinger i en oppfølgende kartlegging ved landets somatiske sykehus:

1. Hvordan er situasjonen ved sykehusene ett år etter? – Sammenligning med 1998.
2. Hva har sykehuseierne (fylkeskommunene) og det enkelte sykehus gjort for å bedre situasjonen mht. overbelegg og korridorpasienter?
3. Utdypende kartlegging og analyse av konsekvenser av å ha korridorpasienter – de faglig ansvarliges vurderinger.

Hovedproblemstillingene er i det følgende presentert som separate undersøkelser benevnt del I, del II og del III i denne rapporten. I rapportens del IV gis en samlet drøfting av de forholdene som er kartlagt. Foran er det gitt en oppsummering av Helsetilsynets vurderinger og konklusjoner.

OPPSUMMERING

På bakgrunn av situasjonen med betydelig overbelegg og korridorpasienter som fremkom i kartleggingen i 1998 og sentrale myndigheters føringer og tilrådinger, har Helsetilsynet valgt å foreta en oppfølgende kartlegging ved sykehusene. Vi har denne gangen valgt å kartlegge situasjonen ved indremedisinske avdelinger hvor problemene var størst. Beleggsprosent og korridorpasienter er brukt som indikator på belastningen.

Vi har valgt å belyse følgende forhold og problemstillinger i den oppfølgende kartleggingen:

1. Hvordan er situasjonen ved sykehusene ett år etter? – Sammenligning med 1998.
Årets kartlegging er i tillegg utvidet med registrering av ferdigbehandlede (utskrivningsklare) pasienter på en bestemt ukedag, 1-dagsundersøkelse.
2. Hva har sykehuseierne (fylkeskommunene) og det enkelte sykehus gjort for å bedre situasjonen mht. overbelegg og korridorpasienter?
3. Utdypende kartlegging og analyse av konsekvenser av å ha korridorpasienter – de faglig ansvarliges vurderinger.

Alle sykehus med indremedisinske avdelinger, til sammen 62 sykehus, fikk tilsendt kartleggings skjema. Av disse har 60 svart helt eller delvis på de spørsmål som ble stillet. Fylkeslegene ba den enkelte fylkeskommune om redegjørelse i forhold til oppfølging av fjorårets kartlegging. Kartleggingen er gjennomført i juni 1999.

Situasjonen ved sykehusene ett år etter? – Sammenligning med 1998.

Hovedfunnene, ved indremedisinske avdelinger, sett på landsbasis, er som følger:

- Belastningen og overbelegget i form av korridorpasienter og høy beleggsprosent er ikke endret i 1999 sammenlignet med 1998.
- Korridorpasienter forekommer ofte eller regelmessig ved 80% av avdelingene.
- Korridorpasienter er fremdeles regelen og ikke unntaket.
- I stor grad er det de samme sykehusene som har overbelegg og omtrent på samme nivå også i 1999.
- I både 1998 og 1999 er belastningen størst ved de store sykehusene. Størst er belastningen ved regionsykehusene, deretter følger sentralsykehusene, store fylkessykehus / lokalsykehus / andre sykehus.

Ferdigbehandlede (utskrivningsklare) pasienter:

¼ av sykehusene hadde 6 eller flere ferdigbehandlede pasienter på kartleggingsdagen. De øvrige sykehusene hadde et moderat antall, eller ingen ferdigbehandlede pasienter. Det var flest ferdigbehandlede pasienter ved sykehusene i Oslo.

Opphopning av ferdigbehandlede pasienter er ikke et gjennomgående problem på landsbasis. Problematikken er knyttet til et mindre antall sykehus og fylker.

Konsekvenser av å ha korridorpasienter – de faglig ansvarliges vurderinger.

Undersøkelsen viser at korridorpasienter medfører negative konsekvenser for:

- flertallet av pasientene i avdelingen
- korridorpasienter spesielt
- forhold som gjelder avdelingen og arbeidsforholdene og

- arbeidsmiljøet.

70% svarte at arbeidssituasjonen og arbeidsforholdene er slik at behandlingskvaliteten er svekket for korridorpatientene.

De viktigste konsekvensene av overbelegg og korridorpatienter kan oppsummeres som følger:

- vansker med å ivareta pasientenes integritet og alminnelig verdighet
- mulighet for å gi god behandling og pleie svekkes
- fare for feilbehandling og uhell øker
- krav til god hygiene er vanskelig å opprettholde, fare for sykehusinfeksjoner og smittespredning øker
- personalet får mindre tid til den enkelte pasient
- arbeidsmiljøet for de ansatte svekkes.

Hva har sykehuseierne (fylkeskommunene) og det enkelte sykehus gjort for å bedre situasjonen?

Seks av 19 fylkeskommuner har enten ikke svart, eller vist at de har foretatt en egen vurdering av situasjonen i eget fylke. Fem av disse har henvist til uttalelse fra sykehusene.

Av de 13 fylkeskommunene som har svart at de har vurdert situasjonen, er det kun litt over halvparten som har gitt mer utfyllende vurdering av situasjonen ved sykehusene i eget fylke. Enda færre har gitt beskrivelse av iverksatte eller planlagte tiltak for å bedre situasjonen. Flere av fylkeskommunene har i tillegg til egne uttalelser henvist til mer utfyllende redegjørelser fra sykehusene.

Kartleggingen tyder på at overbeleggs-problematikken, tiltak og løsninger i stor grad er overlatt til det enkelte sykehus. Mange sykehus har likevel gjort en betydelig innsats innenfor de rammer og muligheter de har for å bedre situasjonen.

Helsetilsynets vurderinger og konklusjoner

Både årets kartlegging og kartleggingen i 1998 viser at problematikken med korridorpatienter i medisinske avdelinger er betydelig. Etter Helsetilsynets vurdering er sykehuskorridoren lite egnet for pasientbehandling. Det medfører økt risiko for svekket kvalitet i behandling og pleie. Når det gjelder konsekvenser av å ha korridorpatienter bekrefter de faglig ansvarlige de negative effekter av å ha overbelegg og korridorpatienter, slik som det ble tatt opp i Helsetilsynets rapport i 1998.

Situasjonen ved en rekke av landets sykehus slik som fremkommet i disse kartleggingene, sikrer etter Helsetilsynets vurdering fremdeles ikke i tilstrekkelig grad ivaretagelse av pasientens integritet og alminnelig verdighet. Det er videre grunn til å hevde at situasjonen påvirker kvaliteten i pasientbehandlingen negativt, ved at den gjør det vanskelig å gjennomføre en behandling som er i samsvar med god praksis.

Spørreundersøkelsen tyder på at helsepersonellet ikke forholder seg annerledes til korridorpatienter enn til pasienter i ordinære pasientrom. Det er de samme normer, verdier og kvalitetskrav som legges til grunn for behandling og pleie til tross for vanskelige arbeidsforhold. Korridorpatienter skrives heller ikke tidligere ut enn andre pasienter.

De faglig ansvarlige hevder at de pasienter som innlegges i dag, ikke er mindre syke enn for 10 år siden. Dette kan tyde på at inntakskriteriene ikke har blitt endret, og at terskel for innleggelse ikke har blitt senket.

Det har ofte blitt fokusert på utnyttelse av det totale antall sykehussenger og bruk av eventuelle ledige senger på andre avdelinger for å redusere korridorproblemene. Undersøkelsen viser at mer enn 60% har muligheter til, og benytter slik omrokking. Samtidig gir de ansvarlige uttrykk for at det reduserer behandlingskvaliteten når pasienter blir innlagt på en annen avdeling eller post. Plassering av pasienter på en "fremmed avdeling" kan medføre vansker i forhold til ansvarsforhold, kontinuitet og oppfølging fra moderavdelingen samt usikkerhet hos pleiepersonalet som må ta i mot andre kategorier pasienter enn de er vant med.

Ansvar for planlegging og drift av sykehusene fremgår av sykehuslovens §§ 2 og 18, og tilsynslovens § 3 som omfatter plikt til å opprette internkontrollsystem. Det fremgår her klart at det er eierne som har ansvar for drift av sykehusene, og at virksomheten er i samsvar med lover og forskrifter.

Flere fylkeskommuner synes å ha vært heller passive i forhold til å ta tak i kapasitetsproblematikken med overbelegg og korridorpasienter. Dette gjelder flere av de fylkene hvor situasjonen har vært, og er, problematisk med betydelig og regelmessig overbelegg. Vi vil likevel bemerke at enkelte fylkeskommuner har vært mer aktive og grepet fatt i problematikken i større grad enn andre.

Flere fylkesleger påpeker i sine kommentarer utilstrekkelig oppfølging fra fylkeskommunenes side.

Det er i stor grad sykehusene selv som har foretatt tiltak for å bedre situasjonen og som har etablert samarbeid og kontakt med andre på tvers av forvaltningsnivåer bl.a. i forhold til primærhelsetjenesten og kommunene. Mange sykehus har gått systematisk til verks med analyse av egen situasjon og iverksettelse eller planlegging av tiltak for å redusere overbelegg og korridorpasienter.

Til tross for store problemer har mange sykehus gjort en betydelig innsats for å bedre forholdene. Dette gjelder bl.a. ved sykehusene i Rogaland og Oslo. Antall korridorpasienter er redusert det siste året bl.a. ved Fylkessjukehuset i Haugesund og Aker sykehus samt ved Regionsykehuset i Tromsø (RiTØ).

På bakgrunn av resultatene av spørreundersøkelsen samt kommentarer fra enkelte fylkesleger er det derfor grunn til å stille flere kritiske spørsmål.

- Hvilken rolle har fylkeskommunene i forhold til sitt ansvar som eier av sykehusene, og hvordan følger de opp eier- og arbeidsgiveransvaret som de er pålagt i følge lowerket?
- Er ansvar for drift og håndtering av overbelggs-problematikken overlatt til det enkelte sykehus?

Det kan synes som om helhetsløsninger på tvers av nivåer i helsetjenesten, og med sterkere involvering av kommunal og fylkeskommunal ledelse, er helt nødvendig.

Det kan også stilles spørsmål ved om det styringssystemet enkelte fylkeskommuner har etablert fungerer tilfredsstillende i forhold til å løse dette, og andre problem, som gjelder styring av sykehusene.

Helsetilsynets anbefalinger

- Tiltak både i og utenfor sykehus bør være satsningsområder for optimalisering av drift og samarbeid. Egnede sykehjemsplasser i kommunene vil kunne hindre en del innleggelser samt gjøre at enkelte pasienter som er innlagt, kan bli tidligere utskrevet.

- Det må gripes mer aktivt fatt i problematikken med "ferdigbehandlede" pasienter ved enkelte sykehus. Det er dårlig ressursutnyttelse at pasienter som ikke behøver å være i sykehus, likevel oppholder seg i sykehus når det ville være rimeligere og mer hensiktsmessig med plassering på annet omsorgsnivå.
- Til tross for slike tiltak er det likevel grunnlag for å hevde at sengekapasiteten ikke er tilstrekkelig og bør økes ved medisinske avdelinger ved flere sykehus.
- Det er diskrepans mellom behov og kapasitet ved sykehusene i flere fylker. Etter Helsetilsynets vurdering er det grunn til å stille spørsmål ved om planlegging og oppfølging har vært god nok. Man har ikke fulgt opp demografisk utvikling med økning av kapasiteten i forhold til økningen av befolkningen og behovene, særlig i de høyeste aldersgruppene.
- Etter Helsetilsynets vurdering må eierne ta situasjonen på alvor i langt større grad enn hittil. Fylkeskommunene bør derfor utvikle en helhetlig strategi for å løse problemene. Planer og tiltak må utarbeides, iverksettes og følges opp.

Dagens lovverk - Sanksjoner

Dagens lovverk gir Helsetilsynet myndighet til å gi sykehuseier påbud om å rette på forholdene dersom de vurderes til å ikke være faglig forsvarlige. Sykehusloven § 18 gir også Helsetilsynet hjemmel til om nødvendig å fatte vedtak om stenging av institusjon. Andre sanksjoner kan Helsetilsynet i dag ikke iverksette i forhold til sykehusvirksomhet som drives i strid med lov eller forskrift.

Det kan imidlertid stilles spørsmål ved om det også kan finnes andre og sterkere virkemidler når det gjelder korridorproblemet. Bruk av dagbøter/tvangsmulkt har vært fremme i diskusjonen.

Et annet virkemiddel kunne være sanksjoner med bruk av ISF-systemet. Sykehus som driver med betydelig overbelegg og korridorpasienter kunne for eksempel, etter en rimelig frist, få reduserte overføringer i forhold til normale DRG-takster basert på DRG-poeng. Det vil si at det blir stilt kvalitetskrav og ikke bare kvantitative krav om antall behandlede pasienter som grunnlag for utbetaling.

Egnede virkemidler og bruken av dem bør imidlertid utredes og vurderes nærmere før det gis noen anbefalinger i denne sammenheng.

DEL I

HVORDAN ER SITUASJONEN VED SYKEHUSENE ETT ÅR ETTER? – SAMMENLIGNING MED 1998

1.0 Innledning

Statens helsetilsyns kartlegging av beleggsprosent og korridorpasienter ved de somatiske sykehusene i 1998 omfattet indremedisinske, kirurgiske og ortopediske avdelinger ved til sammen 61 sykehus.

Målsettingen med en oppfølgende kartlegging er å vurdere om det har skjedd endringer i situasjonen, samt hvilke endringer, i løpet av det siste året.

Basert på erfaringene fra forrige undersøkelse har vi denne gang valgt kun å kartlegge situasjonen ved indremedisinske avdelinger der problemet var størst.

I tillegg er årets undersøkelse utvidet til også å omfatte registrering av forekomst av ferdigbehandlede (utskrivningklare) pasienter. Opphopning av ferdigbehandlede pasienter er kjent som en av flere faktorer som årsak til overbelegg ved sykehusene.

2.0 Metode

Antall korridorpasienter og gjennomsnittlig beleggsprosent på årsbasis er valgt som indikatorer på belastning ved sykehusene.

Kartlegging av beleggsprosent og korridorpasienter har fulgt samme mal og metodikk som forrige gang, med registrering av gjennomsnittlig beleggsprosent, avdelingenes angivelse av forekomst av korridorpasienter samt registrering av korridorpasienter på sengepostene alle dager i en utvalgt uke.

Av hensyn til sammenligning har vi valgt samme tidsperiode på året for registrering av korridorpasienter nå, som i 1998. I 1998 ble registreringen foretatt i uke 24 (8.–13. juni). På grunn av forskyvning av kalenderdager fra ett år til et annet tilsvarer dette uke 23 (7.–12. juni) i 1999.

For registrering av omfanget av ferdigbehandlede pasienter på sengepostene, har vi valgt en bestemt dag, onsdagen, i samme uken som registreringen av korridorpasienter. Det vil si et opplegg med 1-dags prevalensundersøkelse.

Kartleggingen omfatter:

- Gjennomsnittlig beleggsprosent ved indremedisinske avdelinger for hele 1998 og 1. tertial 1999.
- Kartlegging av korridorpasienter ved indremedisinske avdelinger alle dager i uke 23 (7.-14. juni) 1999
- Registrering av antall ferdigbehandlede (utskrivningsklare) pasienter ved avdelingene en dag i kartleggingsuken (onsdag 9. juni 1999).

Det er foretatt kartlegging ved bruk av standardiserte spørreskjema (se vedlegg nr. 2 og 3) som ble sendt til 62 av landets somatiske sykehus. Sykehusene ble bedt om å returnere utfylt skjema til Statens helsetilsyn med kopi til fylkeslegen. Alle data er samlet, systematisert og analysert i Statens helsetilsyn.

For å sikre kvalitet på data og mulighet for sammenligning mellom sykehus, ble det sammen med kartleggings skjemaer sendt ut en veileder for utfylling av skjema samt definisjoner av sentrale begreper. Definisjoner og begreper er basert på definisjoner benyttet av Norsk institutt for sykehusforskning (NIS) og Statistisk sentralbyrå (SSB). Se vedlegg 2 og 3.

Begreper og definisjoner som er benyttet:

Korridorpasienter: Med korridorpasient forstås pasient som på et gitt tidspunkt (kl. 08.00) er plassert i seng i sykehuskorridor (gjelder også pasienter plassert på bad, skyllerom, dagligstue mm.) på grunn av mangel på ordinære sengeplasser.

Effektive senger = Gjennomsnittlig antall tilgjengelige senger i løpet av året.

Dette er en beregnet størrelse, og viser gjennomsnittlig antall tilgjengelige senger i løpet av året (ref. NIS, Samdata-rapport 6/97)). I praksis er dette det faktiske antall senger avdelingen har i drift, dvs. normalsenger ved sengepostene. Ved beregning må det gjøres fratrukk for antall dager i året der poster, senger har vært ute av drift på grunn av f.eks. feriestengning, annen stengning, korleksjon for 5- eller 6-døgnposter mv.

Normerte senger er **ikke** brukt. Dagplasser / observasjonssenger er **ikke** inkludert.

Tekniske senger (hjerterovervåkning-, intensivplasser mm.) inngår i følge NIS i antall effektive senger dersom pasienten ikke disponerer annen seng i tillegg. I praksis antar vi at det er få avdelinger som har en ledig seng stående når pasienten er midlertidig plassert i en teknisk seng.

Vi har i denne sammenheng kun bedt om å få opplyst om tekniske senger er medregnet eller ikke, slik at vi kan gjøre eventuelle korleksjoner med hensyn til sammenligning mellom sykehus.

Beleggsprosent =

$$\frac{\text{sum liggedager} \times 100}{\text{effektive senger} \times 365}$$

(* eller antall kalenderdøgn i perioden)

* NB! Dersom senger / poster har vært stengt i deler av året brukes det antall kalenderdøgn sengene / posten har vært åpen ved beregning av beleggsprosent.

Når en pasient er ferdigbehandlet

Vi har lagt til grunn definisjoner i forskrift om kommunal betaling for ferdigbehandlede pasienter fastsatt av Sosial- og helsedepartementet 16. desember 1998.

En pasient er ferdigbehandlet når følgende punkter er vurdert og konklusjonene dokumentert i pasientjournalen (§ 3) :

1. Problemstillingen(e) ved innleggelsen slik disse var formulert av innleggende lege skal være avklart.
2. Øvrige problemstillinger som har framkommet skal som hovedregel være avklart.
3. Dersom man avstår fra endelig å avklare enkelte spørsmål skal dette redegjøres for.
4. Det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose(r), samt videre plan for oppfølging av pasienten.
5. Pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelse, og forventet framtidig utvikling skal være vurdert.
6. Dersom pasienten har behov for spesialisthelsetjenester som er utenfor den aktuelle avdelingens ansvarsområde, skal det sørges for at relevant kontakt etableres, og plan for denne oppfølgingen beskrives.

Vi har bedt om registrering av totalt antall ferdigbehandlede pasienter på kartleggingsdagen (onsdag 9/6-99) basert på pkt. 1 - 6 ovenfor.

2.1 Datakvalitet og metodeproblemer

Vi vil kort drøfte datakvalitet og metodiske forhold knyttet til indikatorene antall korridorpasienter og beleggsprosent brukt som mål på belastning og overbelegg ved sykehusene.

2.1.1 Korridorpasienter

Antall korridorpasienter er et godt indirekte mål, en indikator, på belastning og overbelegg ved sengepostene. Registreringen er basert på det faktiske antall korridorpasienter på et bestemt tidspunkt på døgnet. Registreringen foretas i praksis av ansvarlig sykepleier ved optelling på det gitte tidspunktet.

Vi er klar over at antall korridorpasienter varierer i løpet av døgnet, men vi har av praktiske grunner valgt å registrere daglig kl. 08.00.

Ideelt sett hadde det vært ønskelig med kontinuerlig registrering av korridorpasienter daglig over hele året. Imidlertid er det få sykehus som foretar slik registrering. Vi har derfor valgt registrering kun i en gitt periode, en uke.

Registrering av korridorpasienter tar ikke høyde for overbelegg på ordinære sengerom. Det vil si at det benyttes flere senger enn hva sengerommet er beregnet for.

2.1.2 Beleggsprosent

Beregning av beleggsprosent kan foretas på grunnlag av daglig fortløpende virksomhetsdata ved sykehusene og har gjerne vært brukt som en indikator på belastningen ved sengepostene. Det er ikke standardiserte systemer for virksomhetsregistrering ved landets sykehus. Dette representerer et metodeproblem ved beregning av beleggsprosent.

Data om antall innleggelser, liggedager og beleggsprosent er basert på sykehusenes egne rapporter fra de pasientadministrative Edb-systemene. Vanligvis er registreringen ved sykehusenes Edb-avdelinger slik at alle som på et gitt tidspunkt er innskrevet, registreres som inneliggende pasienter, og inngår i grunnlaget for beregning av beleggsprosent.

Registreringen og grunnlag for beregning av beleggsprosent omfatter da:

- faktiske pasienter på sengepostene
- pasienter på permisjon
- eventuelt pasienter innlagt på intensivavdeling og hjerteovervåkning (tekniske sengeplasser)

Det er derfor viktig å merke seg at beleggsprosent ikke nødvendigvis gir uttrykk for den reelle belastningen på sengepostene til enhver tid.

Tekniske senger (hjerteovervåkning, intensivsenger, dialyseplasser mm.) inngår i følge NIS i antall effektive senger dersom pasienten ikke disponerer annen seng i tillegg. I praksis antar vi at det er få avdelinger som har en ledig seng stående på en ordinær post, når pasienten er midlertidig plassert i en teknisk seng.

Dersom tekniske senger ikke er inkludert i antall effektive senger, kan registreringen være slik at pasienten i Edb-systemet registreres som innlagt på en vanlig sengepost, mens pasienten i realiteten for eksempel er innlagt på hjerteovervåkingen. Dette vil i gi en "falsk høy" beleggsprosent ved den ordinære sengeposten.

Normerte senger er ikke brukt i denne undersøkelsen. Normerte senger er et sengetall som benyttes i administrativ, budsjett- og planleggingsmessig sammenheng og behøver ikke være i samsvar med det faktiske sengetall.

Ved de fleste sykehusene har vi inntrykk av at registreringsrutinene er gode i henhold til de registreringssystemer som brukes. Men ved enkelte sykehus kan vi få inntrykk av at det ikke er gode nok rutiner for oversikt, og oppdatering av data som danner grunnlag for beregning av beleggsprosent.

På grunn av ulikt registreringsgrunnlag, metode og kvalitet på data, må det tas forbehold ved bruk av beleggsprosent. De oppgitte tall for beleggsprosent må ikke oppfattes som absolutte uttrykk for den faktiske belastningen ved avdelingene. Det må videre vises varsomhet ved sammenligning mellom sykehus dersom registreringsgrunnlaget er ulikt.

En høy gjennomsnittlig beleggsprosent indikerer likevel at avdelingen i perioder vil ha en høy belastning og overbelegg.

3.0 Resultater

Til sammen 62 sykehus fikk tilsendt kartleggings skjema. Av disse har 60 sykehus svart helt eller delvis på de spørsmål som ble stillet. Det var nødvendig med purring for å få utfyllende svar i enkelte tilfelle. Totalt gir dette en svarprosent på 97%.

Noen av sykehusene er slått sammen i større organisatoriske enheter f. eks. Sykehuset Østfold som omfatter alle sykehusene i fylket. I den grad det er gitt spesifiserte opplysninger om de enkelte sykehus i en større organisatorisk enhet, er hvert enkelt sykehus, klinikk eller avdeling tatt med i de tabellariske oversiktene. Ved noen store sykehus er intern avdelingsinndeling lagt til grunn.

Enkelte sykehus har i tillegg til opplysning om hele avdelingen også gitt opplysninger på seksjons- og postnivå. Opplysninger på seksjons- og postnivå er av praktiske og oversiktsmessige grunner ikke tatt med i de vedlagte tabeller.

En oversiktstabell over alle forhold som ble kartlagt i 1999 og 1998, ved de medisinske avdelingene ved alle sykehusene, er vist i vedlegg 1, tabell 1.

Resultatene for korridorpasienter og beleggsprosent vil først bli presentert hver for seg og deretter ses i sammenheng. Til slutt følger resultatene fra kartleggingen av ferdigbehandlede pasienter.

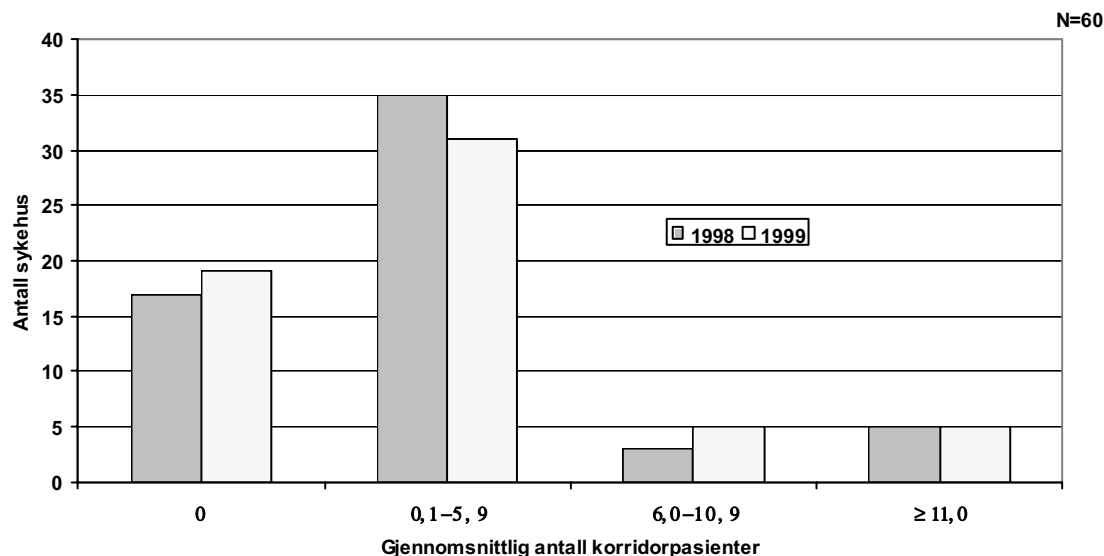
3.1 Korridorpasienter ved landets sykehus

Alle de 60 sykehusene besvarte denne delen av undersøkelsen, og datakvaliteten bedømmes til å være god. Resultatene for alle sykehusene er vist i oversiktstabellen, vedlegg 1, tabell 1

3.1.1 Forekomst av korridorpasienter i kartleggingsuken 1999 sammenlignet med 1998

Gjennomsnittlig daglig antall korridorpasienter ved de medisinske avdelingene for alle sykehusene i uke 24 1998 og uke 23 1999 er vist i figur 1. Vi har valgt å gruppere sykehusene i forhold til gjennomsnittlig daglig antall korridorpasienter og har brukt følgende grupper: 0 korridorpasienter, 0,1 – 5,9, 6,0 – 10,9 og 11 korridorpasienter eller mer.

Figur 1 Gjennomsnittlig antall korridorpasienter i kartleggingsuken 1998 og 1999



De viktigste funnene i kartleggingsuken kan kort skisseres som følger:

- Registreringen viser ingen sikker endring i antall korridorpasienter i 1999 sammenlignet med 1998 totalt sett. Gjennomsnittlig antall korridorpasienter er i stor grad på det samme nivået ved de samme sykehusene i både 1999 og 1998 med noen få unntak. Noen sykehus har færre, mens andre har flere korridorpasienter.
- Variasjonen i løpet av ukens dager var betydelig. F.eks. fra 8 til 28 korridorpasienter ved Ullevål sykehus og fra 22 til 40 ved Regionsykehuset i Trondheim.

Det var variasjon mellom sengeposter / seksjoner på samme avdeling. Ved enkeltposter ble det registrert opptil 7 - 8 korridorpasienter (25-sengposter) på en enkelt dag.

Belastningen i form av korridorpasienter synes å være størst de første dagene i uken (mandag - tirsdag). Flere sykehus har et betydelig antall korridorpasienter også i helgene.

- Maksimalt overbelegg, på en enkelt dag, var 20% eller mer ved 4 avdelinger i 1999 og ved 8 avdelinger i 1998.

Høyest var belastningen i 1999 ved Ullevål sykehus, Haukeland sykehus, Sentralsjukehuset i Møre og Romsdal og ved Regionsykehuset i Trondheim (RIT).

Ved enkelte sykehus var belastningen lavere i 1999 enn i 1998. Dette gjelder bl.a. Aker sykehus, Fylkessjukehuset i Haugesund og Regionsykehuset i Tromsø (RiTø).

3.1.2 Hyppighet av korridorpasienter på årsbasis

Hyppighet av korridorpasienter på årsbasis (siste halvår 1997/første halvår 1998 og siste halvår 1998/første halvår 1999) for det enkelte sykehus, basert på sykehusenes

opplysninger, er vist i oversiktstabellen i vedlegg 1, tabell 1. Hyppighet for alle sykehusene i landet er vist i tabell 1 nedenfor.

Tabell 1 Hyppighet av korridorpasienter på årsbasis ved indremedisinske avdelinger i 1997/98 og 1998/99

	Hyppighet av korridorpasienter – indremedisinske avdelinger							
	Regelmessig 2 - 4 ggr. pr. uke		Ofte 2 - 4 ggr. pr måned		Av og til 2 - 4 ggr. pr kvartal		Aldri/sjelden 0 – 4 ggr. pr år	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
1997/98 Antall sykehus (n = 60)	33	55,0	14	23,3	7	14,6	6	10,0
1998/99 Antall sykehus (n = 60)	34	56,6	16	26,6	7	11,6	3	5,0

Kartleggingen viser at 83% av de medisinske avdelingene oppga at de regelmessig eller ofte hadde korridorpasienter i 1998/99. Tilsvarende tall for 1997/98 var 78%. Totalt sett på landsbasis er det ingen sikker forskjell i 1998/99 sammenlignet med 1997/98.

3.2 Beleggsprosent ved landets sykehus

3.2.1 Beleggsprosent i 1998 sammenlignet med 1997

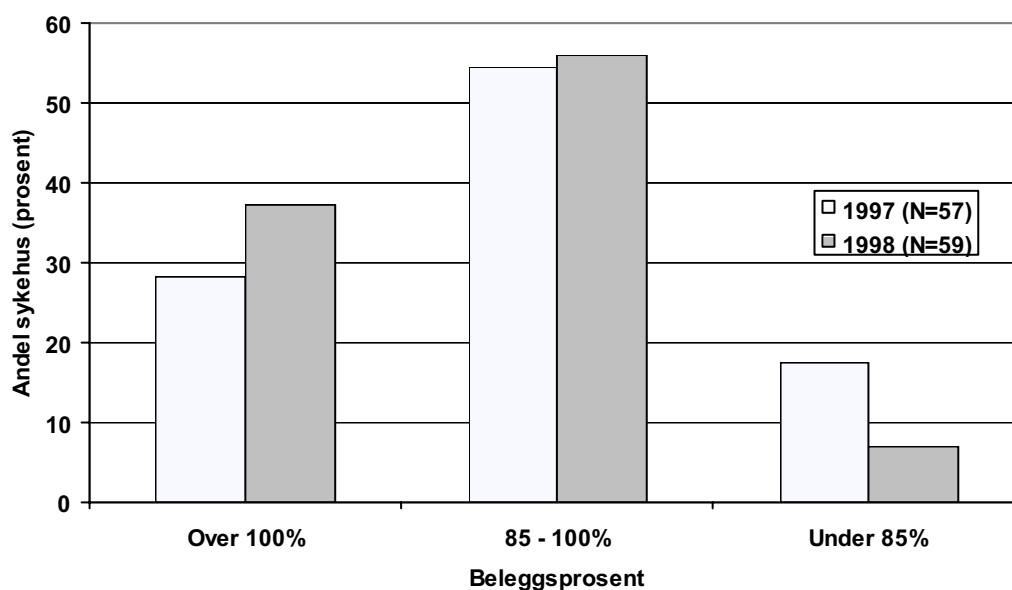
Gjennomsnittlig beleggsprosent for det enkelte sykehus for hele året 1998 og 1997 fremgår av oversikten i vedlegg 1, tabell 1.

Oversikt over alle sykehusene er vist i figur 2. Vi har her valgt inndeling i tre grupper: over 100%, 85-100% og under 85% belegg. Figuren viser at 37% av de indremedisinske avdelingene hadde en gjennomsnittlig beleggsprosent på 100% eller mer i 1998. Tilsvarende tall for 1997 var 28%.

85% gjennomsnittlig beleggsprosent på årsbasis er ofte anbefalt med hensyn til driftsplanlegging. Gjennomsnittlig beleggsprosent på 95% eller mer indikerer at avdelingen har overbelegg store deler av året.

Detaljdata viser at mange sykehus hadde nær opptil 100% belegg. Velges grensen ved 95% belegg, fordobles antall sykehus som har en beleggsprosent på 95% eller over sammenlignet med å sette grensen til 100%. Se også tabell 2 under punkt 3.3.

Figur 2 Gjennomsnittlig beleggsprosent - indremedisinske avdelinger 1997 og 1998



3.2.2 Beleggsprosent 1. tertial 1998 og 1999

Beleggsprosent for det enkelte sykehus for 1. tertial 1999 og 1998 er vist i oversikten i vedlegg 1, tabell 1.

Gjennomgående er det høyere beleggsprosent for 1. tertial enn for hele året. Dette har sammenheng med at beleggsprosent for hele året også innbefatter sommerhalvåret som har lavere belastning enn resten av året, og derfor vil den gjennomsnittlige belastningen på årsbasis reduseres.

Sammenligning av beleggsprosent for 1. tertial 1999 og 1998 viser ingen klar trend. I hovedtrekk er beleggsprosenten for 1. tertial 1999 for flertallet av sykehusene på samme nivå som i 1998. Noen få sykehus har høyere beleggsprosent, andre har lavere i 1999, sammenlignet med samme periode i 1998.

3.3 Belastning og type sykehus

Vi har valgt å gruppere sykehusene med utgangspunkt i Samdata-rapporter fra NIS hvor sykehusene inndeles i 6 grupper. Vi har forenklet dette til inndeling i 3 grupper som omfatter:

- regionsykehus
- sentralsykehus
- fylkessykehus med sentralsykehusfunksjoner (store fylkessykehus), lokalsykehus og andre sykehus

Belastning i form av korridorpasienter og beleggsprosent relatert til type sykehus er vist i tabell 2. Vi har her valgt å se på gruppene med beleggsprosent over 95%. En gjennomsnittlig beleggsprosent over 95% på årsbasis indikerer at sykehuset i store perioder av året har overbelegg.

Tabellen viser at mer en halvparten av sykehusene hadde en beleggsprosent som var 95% eller høyere i både 1998 og 1997.

Det er ingen endring i hyppighet av korridorpasienter på årsbasis i 1998/99 sammenlignet med 1997/98. Det er en liten økning av beleggsprosent i 1998 sammenlignet med 1997 for gruppen store fylkessykehus og lokalsykehus.

Det synes å være samsvar mellom høy beleggsprosent, sykehusenes opplysninger om regelmessig forekomst av korridorpasienter og det faktiske antall registrerte korridorpasienter i kartleggingsuken.

Registreringen både i 1998 og 1999 viser at belastningen er størst ved de store sykehusene. Størst er belastningen ved regionsykehusene, deretter følger sentralsykehusene, store fylkessykehus / lokalsykehus / andre sykehus.

Alle regionsykehusene, med unntak av Rikshospitalet, hadde en beleggsprosent på over 95%, et høyt antall korridorpasienter i kartleggingsuken og alle oppga regelmessig forekomst av korridorpasienter på årsbasis både i 1999 og 1998.

Det finnes noen unntak i forhold til funnene ovenfor. Enkelte store fylkessykehus har betydelig belastning bl. a. Bærum sykehus og Fylkessjukehusene i Molde og Volda. Ved flere av lokalsykehusene i Nordland er belastningen gått ned i 1999 sammenlignet med 1998. Det samme gjelder ved bl.a. Fylkessjukehuset i Haugesund, RiTø og Aker sykehus

Forøvrig vil vi bemerke at enkelte sykehus med stor belastning og overbelegg har stengte senger varierende fra noen få senger til en hel sengepost (25 senger) ved ett enkelt sykehus.

Tabell 2. Belastning og type sykehus – indremedisin

Type sykehus	Gjennomsnittlig beleggsprosent på årsbasis		Hyppighet av korridorpasienter på årsbasis		
	År	Over 95% Ant. sykehus	År	Antall sykehus	
				Regelmessig / ofte	Av og til / sjelden
Regionsykehus (n=5)	1997	5	1997/98	4	1
	1998	4	1998/99	4	1
Sentralsykehus (n=12)	1997	11	1997/98	11	1
	1998	11	1998/99	10	1
Store fylkessykehus, lokalsykehus, andre sykehus (n=43)	1997	18	1997/98	32	11
	1998	27	1998/99	35	8
Alle sykehusene	1997	34	1997/98	47	13
	1998	42	1998/99	50	10

3.4 Belastning og fylke

Kartleggingen i 1999 viser omtrent samme mønster som i 1998, at belastningen er størst ved de store sykehusene i Oslo, Østfold, Akershus, Buskerud, Vestfold, Rogaland, Hordaland, Møre og Romsdal og Sør-Trøndelag.

3.5 Ferdigbehandlede pasienter

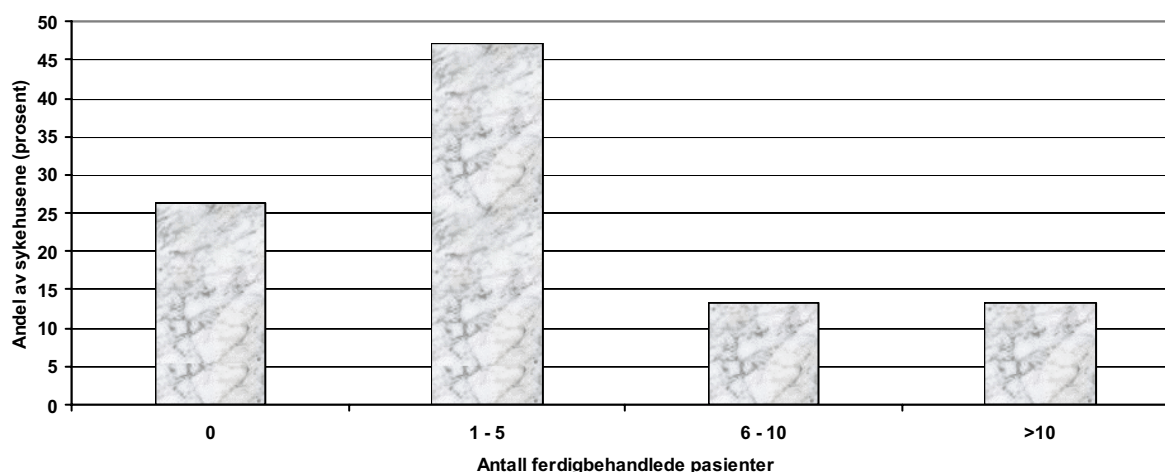
Antall ferdigbehandlede (utskrivningsklare) pasienter ved det enkelte sykehus på kartleggingsdagen fremgår av oversikten i vedlegg 1, tabell 1.

Oversikt over antall ferdigbehandlede pasienter ved alle sykehusene fremgår av figur 3. Vi har valgt å gruppere sykehusene i forhold til antall ferdigbehandlede pasienter og har brukt følgende grupper: 0 ferdigbehandlede pasienter, 1 - 5, 6 - 10 og mer enn 10 ferdigbehandlede pasienter.

Kartleggingen viser at 26% av sykehusene hadde 6 eller flere ferdigbehandlede pasienter på kartleggingsdagen. Nærmere 50% av sykehusene hadde 1-5 og 26% hadde ingen ferdigbehandlede pasienter.

Det var flest ferdigbehandlede pasienter ved sykehusene i Oslo, Sentralsjukehuset i Rogaland, Gjøvik fylkessykehus, Sentralsjukehuset i Møre og Romsdal og Regionsykehuset i Trondheim.

Figur 3 Ferdigbehandlede pasienter ved indremedisinsk avdeling - 1 dags - undersøkelse, juni 1999



I Oslo var det til sammen 66 ferdigbehandlede pasienter ved sykehusene, derav 22 ved Ullevål sykehus og 23 ved Lovisenberg sykehus.

4.0 Drøfting

Hovedkonklusjonen, sett på landsbasis, er at overbelegget i form av korridorpasienter og høy beleggsprosent ikke er endret fra 1998 til 1999. I stor grad er det de samme sykehusene som har overbelegg og nivået er det samme i 1999 som i 1998.

Med en svarprosent på over 90% i både 1998 og 1999 er kartleggingene representative for landets sykehus.

Flertallet av de indremedisinske avdelingene oppga ved kartleggingen i 1998 at uke 24, 1998 var representativ for gjennomsnittlig belastningen på årsbasis. Men belastningen er høyere i andre perioder på året. Sykehusene opplyste at belastningen er høyest i perioden oktober til april, dvs. topper av belastning forekommer i denne perioden av året. Vi legger til grunn at

disse forutsetningen også gjelder for situasjonen i 1999 og at resultatene for 1998 og 1999 derved er sammenlignbare.

Antall korridorpasienter er et konkret og indirekte mål på belastning og overbelegg og gir et bedre bilde av den faktiske situasjonen enn gjennomsnittlig beleggsprosent.

Metodeproblemer og datakvalitet relatert til beleggsprosent er drøftet grundig under pkt. 2.1. Gjennomsnittlig beleggsprosent på årsbasis gir ikke et godt nok uttrykk for den reelle belastningen på avdelingene til enhver tid. Det er heller ikke standardiserte registreringssystemer for aktivitetsdata ved sykehusene. Datakvaliteten er også variabel. Det har derfor vært hevdet at beleggsprosent ikke er noen god indikator for belastningen ved sykehusene. I utgangspunktet er beleggsprosent et mål for utnyttelsesgrad ved sengepostene og blir brukt som indikator for produktivitet og effektivitet.

Til tross for disse innvendingene mener vi likevel at beleggsprosent er en brukbar metode for å gi indikasjon på belastningen. Beleggsprosent kan benyttes som et varsellys for belastningen ved sykehus.

Det er indikasjon på at beleggsprosenten har økt fra 1997 til 1998 ved store fylkessykehus og lokalsykehus. Vi finner likevel ikke tilstrekkelig grunnlag for å trekke noen sikker konklusjon her.

Belastningen er størst ved regionsykehusene, deretter følger sentralsykehusene og større fylkessykehus og lokalsykehus. Belastningen ved regionsykehusene, med unntak av Rikshospitalet, må i stor grad tilskrives at de i tillegg til regionsykehusfunksjon, har en betydelig lokalsykehusfunksjon og øyeblikkelig-hjelp innleggelser.

For flertallet av sykehusene er det samsvar mellom høy beleggsprosent og sykehusenes angivelse av forekomst av korridorpasienter på årsbasis. Faktisk antall registrerte korridorpasienter i kartleggingsuken i 1998 og 1999 synes også i stor grad å samsvare med opplysninger om beleggsprosent og hyppighet av korridorpasienter på årsbasis.

Vi mener at denne kartleggingen, når alle indikatorene ses i sammenheng, gir et representativt bilde av den faktiske situasjonen ved indremedisinske avdelinger ved landets sykehus.

Denne kartleggingen viser at opphopning av ferdigbehandlede pasienter ikke er et gjennomgående problem på landsbasis. Problematikken er knyttet til et mindre antall sykehus. Situasjonen er klart verst i Oslo. I Oslo var det til sammen 66 ferdigbehandlede pasienter ved sykehusene. Dette tilsvarer sengeplassene ved 2-3 normalsengeposter (a 25 senger), eller totalt antall senger ved hele medisinsk avdeling ved enkelte større fylkessykehus og mindre sentralsykehus.

Det er videre en sammenheng mellom høyt antall ferdigbehandlede pasienter ved de sykehusene som hadde det, og antall korridorpasienter ved de samme sykehusene.

Det må tas forbehold om i hvilken grad denne kartleggingen som kun omfatter en enkelt dag, er representativ for det enkelte sykehus og situasjonen på årsbasis. Vi mener likevel at kartleggingen gir en indikasjon på omfanget av ferdigbehandlede pasienter og hvilke sykehus og fylker det gjelder.

DEL II

HVA HAR SYKEHUSEIERNE (FYLKESKOMMUNENE) GJORT?

1.0 Innledning

Som ledd i oppfølgingen av overbelegg med hyppig forekomst av korridorpasienter ved mange av landets sykehus, besluttet Helsetilsynet å kontakte sykehuseierne for å kartlegge oppfølging og tiltak som er iverksatt. Bakgrunnen er situasjonen som er beskrevet i Helsetilsynets rapport , " Kartlegging av beleggsprosent og korridorpasienter ved indremedisinske, kirurgiske og ortopediske avdelinger" , av oktober 1998.

2.0 Metode

Helsetilsynet ba i mai 1999 fylkeslegene om å tilskrive sykehuseierne, landets fylkeskommuner, med henvisning til ovennevnte rapport. Eierne ble bedt om å:

1. Gi sin vurdering av situasjonen ved eget / egne sykehus i forhold til situasjonen beskrevet i rapporten.
2. Beskrive hva som er gjort lokalt samt effekt av tiltak.
3. Beskrive hvilke tiltak som er planlagt med tidsplan.

Det ble i tillegg bedt om eventuelle kommentarer til de forslag som fremkom i Helsetilsynets rapport av 1998, pkt. 4.3 s. 14 - 15. Det ble der foreslått at sykehuseierne og hvert enkelt sykehus bør gå systematisk til verks, analysere situasjonen, finne årsaker og vurdere hva som kan gjøres lokalt. Aktuelle vurderinger og tiltak som ble foreslått var:

- En systematisk gjennomgang og analyse av situasjonen ved det enkelte sykehus. Utnyttes eventuelle ledige senger på andre avdelinger? Sykehusets totale kapasitet må tas med i vurderingen. Kan drift og rutiner effektiviseres? Er pasientflyt god nok? Er alternative løsninger med bruk av observasjonssenger, pasienthotell mv. aktuelle?
- Er samarbeid med kommunene og primærhelsetjenesten optimalt? Er videreføring og utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten en flaskehals?
- Er samarbeid med andre sykehus i fylket eller helseregionen vurdert og utnyttet godt nok?
- Har sykehusene et system og rutiner for å håndtere topper av belastning.
- Eller er det nødvendig å øke antall sengeplasser og bemanning? Bygningsmessige investeringer kan være nødvendig, men slik vurdering bør ses opp mot behov for innleggelse i årene fremover. Sykehusene og eierne bør i denne sammenheng foreta behovsanalyser basert på demografisk utvikling og antatt behov for innleggelse. Behov relatert til antall eldre i befolkningen er viktig i denne sammenheng.

Fylkeskommunene fikk svarfrist til 20. juni 1999 for skriftlig tilbakemelding til fylkeslegen. Den enkelte fylkeslege ble anmodet om å gi eventuelle tilleggskommentarer til fylkeskommunenes, eventuelt sykehusenes, redegjørelser. Innsamling, sammenstilling og vurdering av redegjørelsene og resultatene er foretatt i Statens helsetilsyn.

3.0 Resultater

Det innkom svar fra 18 av 19 fylkeskommuner. En fylkeskommune har ikke svart på henvendelsen (Nord-Trøndelag). I noen tilfeller, etter puring, kom svaret fra fylkeskommunen opptil 2-3 måneder etter at svarfristen var utløpt.

Til sammen har 6 av 19 fylkeskommuner ikke foretatt vurdering av situasjonen i eget fylke, og av disse har 5 henvist til svar fra sykehusene.

Av de 13 fylkeskommunene som har svart at de har vurdert situasjonen, har mer enn halvparten gitt en mer utfyllende vurdering av situasjonen ved sykehusene i eget fylke. Færre har beskrevet konkrete tiltak som er iverksatt. Flere av fylkeskommunene har i tillegg til egne vurderinger og uttalelser henvist til mer utfyllende redegjørelser fra sykehusene. Se tabell 1.

I flere fylker er overbeleggsproblematikken tatt opp i fylkets helse- og sosialutvalg som orienteringssak, men tiltak har blitt koplet til budsjett og økonomiplaner og dermed utsatt, dels på ubestemt tid.

Tabell 1 Oversikt over svar på henvendelsen til fylkeskommunene

Fylkeskommunene (n=19)			Sykehusene (antall fylker hvor sykehusene har gitt uttalelse alene, eller som del av fylkets uttalelse)
Foretatt egen vurdering og/eller beskrivelse av tiltak (antall)	Ikke foretatt egen vurdering, men henvist til svar fra sykehusene (antall)	Ikke svart i det hele tatt (antall)	
13	5	1	12

I de 8 fylkene hvor situasjonen var verst bedømt ut fra kartleggingen i 1998 (Oslo, Akershus, Østfold, Vestfold, Rogaland, Hordaland, Sør-Trøndelag og Troms), er det kun Sør-Trøndelag og Akershus fylkeskommune som har gitt utfyllende tilsvarende egen vurdering og kommentar til situasjonen og de tiltak som er iverksatt. I de øvrige fylkene er det i hovedsak sykehusene alene som har svart på de spørsmålene som ble stilt.

Flertallet av sykehusene har gitt omfattende og grundige redegjørelser. I tillegg er det gitt kommentarer fra fylkeslegene, særlig i de fylkene hvor overbelegg og korridorpasienter er et uttalt problem.

Nedenfor gis en summarisk oversikt over momenter som er tatt opp i redegjørelsene fra fylkeskommunene eller sykehusene.

3.1 *Vurdering av situasjonen ved eget / egne sykehus i forhold til situasjonen beskrevet i Helsetilsynets rapport av 1998*

Flertallet er enige i Helsetilsynets beskrivelse av situasjonen slik som fremstilt i Helsetilsynets rapport av oktober 1998. Flere uttrykker at rapporten gir en god beskrivelse av de faktiske forholdene.

Årsaker til overbelegg og korridorpasienter

Viktige faktorer som fremheves av fylkeskommunene og sykehusene er:

Kapasitet i primærhelsetjenesten:

- opphopning av ferdigbehandlede pasienter. Dette gjelder ikke alle fylker. Enkelte sykehus og fylker har få, eller akseptabel andel, ferdigbehandlede pasienter
- for få leger i primærhelsetjenesten. Lav eller utilstrekkelig dekning av primærleger øker presset på sykehusenes akuttavdelinger.

Forhold ved sykehusene:

- svikt i sykepleiebemanning og rekrutteringsvansker – dette skaper problemer og gjør at sengeplasser må stenges, og gir ytterlige innskrenkning av kapasiteten
- flaskehals internt i sykehusene, gjelder bl.a., røntgen, operasjonsavdeling mm.
- manglende samordning mellom sykehusene i eget fylke.

Behov, ressurser og planlegging:

- økning av antall innleggelser hos eldre over 70 år
- ikke samsvar mellom behov og kapasitet ved mange sykehus
- manglende ressurser og oppfølging fra fylkeskommunene bemerkes av flere sykehus
- eierne har ikke fulgt opp demografisk utvikling med økning av kapasiteten i forhold til økningen av befolkningen og behov for sykehustjenester.

3.2 Beskrivelse av hva som er gjort lokalt, samt effekt av tiltak

Nedenfor gis en samlet oversikt over tiltak i fylkeskommunene og sykehusene.

Overvåkning / kartlegging:

- mange fylker og sykehus har system for kontinuerlig eller regelmessig overvåkning av egen situasjon (beleggsprosent, overbelegg mm.)
- flere fylker har i løpet av det siste året kartlagt situasjonen ved egne sykehus. Ett fylke har hyret konsulentfirma for gjennomgang av situasjonen i fylket i samarbeid med representanter for fagmiljøene.

Interne tiltak ved sykehusene:

- retningslinjer / prosedyrer for tiltak og fordeling av pasienter ved overbelegg
- observasjonsavdeling opprettet ved flere sykehus
- økt og bedret poliklinisk tilbud og vidning til mer poliklinisk behandling
- langåpent ved poliklinikken (til kl. 19.00 på hverdager)

- økt dagbehandling
- opprettet pasienthotell - har hatt liten effekt når det gjelder medisinske pasienter
- pasientskoler (diabetes, lungesykdommer, hjertesvikt, astmaskole for barn) – antas å minske behov for innleggelser

- geriatrisk poliklinikk og med øyeblikkelig hjelp funksjon
- akutte geriatriske senger
- slagenheter

- bedring av pasientflyt og redusert liggetid, pasientflytprosjekter
- fleksibel bruk av senger på tvers av avdelinger ved behov
- bruk av "kompetente leger" (overleger) på lørdager (lørdagsvisitt) og helger for å kunne øke utskrivningshastigheten

- økt sykepleiebemanning på belastede sengeposter
- diverse rekrutteringstiltak for sykepleiere, boliger, barnehager mm.
- økning av antall medisinske senger.

Samarbeid med primærhelsetjenesten:

- samarbeidsavtaler og regelmessige møter med primærhelsetjenesten dels på overordnet administrativ- / ledernivå og mellom operative ledere (avdelingssykepleiere og ledere i kommunenes sykehjems- og hjemmetjeneste) - etablering av nettverk
- vurdert henvisningspraksis til sykehusene – tatt opp med primærlegene
- opprettet stilling for praksiskonsulent (primærlege som konsulent i deltidsstilling ved sykehuset og som bindelegg mellom sykehusene og primærhelsetjenesten)
- Forskrift om betaling for ferdigbehandlede pasienter som trådte i kraft 1/1-99. Det har vært blandet erfaring hos de som har inngått slik avtale. Følgende uttalelser er bl.a. gitt: ”Fylkeskommunen er bekymret, for enkelte kommuner er det billigere å betale enn å ta imot pasientene”. ”Noen venter inntil 14 dager før de tar i mot pasientene - loven virker da mot sin hensikt”. Det har vært positive erfaringer i enkelte fylker. Andre har ikke tatt ordningen i bruk.

Samarbeid med andre sykehus:

- i flere fylker er det innledet samarbeid mellom sykehusene med overføring av pasienter fra store til mindre sykehus
- direkte inntak av akuttpasienter ved lokalsykehusene (i utgangspunktet elektive sykehus) for å lette presset på sentralsykehuset
- omfordeling / endring av opptaksområder for sykehusene
- kjøp av innleggelser og operasjoner ved andre sykehus, private sykehus / institusjoner.

3.3 Beskrivelse av hvilke tiltak som er planlagt med tidsplan

Flere fylker og sykehus planlegger slike tiltak som nevnt foran, men visse andre tiltak og forslag er også vurdert. Dette gjelder bl.a.:

- avdeling for langtidspasienter, daghospital, hospice
- Trust Health – overføring av sykepleierapporter elektronisk til dem som trenger det (Aker sykehus). Dette vil gi raskere og bedre kommunikasjon mellom helsepersonell og bedret kvalitet på pasientopplysninger og data
- sektorkoordinatorer (Oslo og Bergen) – koordinator mellom sykehusene og sektorene (de enkelte bydeler)
- utarbeide analyse av behov for senger
- ombygging eller utbygging av sykehusene
- vurdering av interkommunalt samarbeid om sykehjemsplasser (Oppland).

4.0 Drøfting

Flertallet av fylkene og sykehusene som har uttalt seg er enig i Helsetilsynets beskrivelse av situasjonen, slik som fremstilt i Helsetilsynets rapport av oktober 1998. Enkelte gir klart uttrykk for at situasjonen ikke er ønskelig eller akseptabel særlig mht. kvaliteten i tilbudet til pasientene samt arbeidssituasjonen for behandlende personale.

I forhold til de spørsmålene som ble stilt, vil vi kort kommentere de mest sentrale momentene som tas frem av fylkeskommunene og sykehusene.

Årsaksforhold

Kapasitetsmangel i primærhelsetjenesten.

Foruten opphopning av ferdigbehandlede pasienter, påpekes mangel på leger i primærhelsetjenesten i enkelte fylker som en faktor som øker presset på sykehusenes akuttavdelinger. I hvilken grad dette øker antall innleggelser kjenner vi ikke til.

Forhold i sykehusene.

Sentrale forhold i sykehusene gjelder svikt i sykepleiebemanning og rekrutteringsvansker. Dette er et kjent problem som kan få store konsekvenser i tiden fremover dersom ikke tilgangen på sykepleiere øker. Andre påpeker flaskehals i sykehusene samt manglende samordning mellom sykehusene i eget fylke. Slikt arbeid pågår i flere fylker og bør fortsette aktivt videre.

Diskrepans mellom behov og kapasitet.

Flere påpeker diskrepans mellom behov og kapasitet ved sykehusene. Det påpekes videre at planlegging ikke har vært god nok, man har ikke fulgt opp demografisk utvikling med økning av kapasitet og behov i forhold til økningen av befolkningen, særlig i de høyeste aldersgruppene. Dette forholdet er også påpekt i Helsetilsynets rapport i 1998.

Lokale tiltak og planer

Kapasitetsøkning.

Tiltak for kapasitetsøkning omfatter bl.a. økning av sykepleiebemanningen som et strakstiltak på sterkt belastede poster. Dette kan synes fornuftig og nødvendig både av hensyn til kvalitet i behandlingen og av hensyn til å opprettholde et akseptabelt arbeidsmiljø.

Økning av antall senger er foretatt ved flere sykehus, dels ved interne rokkeringer. Andre har planer om økning av sengetall ved ombygging eller utbygging. Slike tiltak tar dessverre ofte lang tid pga. planlegging, budsjettering, politiske vedtak og til slutt selve byggetiden. Dersom det er behov for kapasitetsøkning, er det viktig at utredning og nødvendige beslutninger tas raskt. Flere fylkesleger påpeker at fylkene viser til planer, men disse blir i liten grad fulgt opp.

Begrensning eller reduksjon av antall innleggelser.

For å begrense eller redusere antall innleggelser er det bl.a. opprettet observasjonsavdelinger, dagavdelinger og pasienthotell. Det er usikkert om pasienthotell har noen særlig effekt for å redusere antall innleggelse innen indremedisin. Pasienthotell har sannsynligvis mer betydning for avlastning av sengeposter når det gjelder andre pasientgrupper.

Et viktig virkemiddel synes å være ytterligere vridning til poliklinisk behandling og dagbehandling. Noen har utvidet åpningstiden ved poliklinikkene, andre har poliklinikker som tar i mot øyeblikkelig hjelp bl. for å redusere antall innleggelser. Dette bør ses som positive og hensiktsmessige tiltak. Alternativer til innleggelse har vært en ønsket utvikling, men det er også indikasjoner på at enkelte sykehus har vært tvunget til slike løsninger pga. mangel på sengeplasser. Om dette har gitt negative konsekvenser for kvaliteten i behandlingen er ikke kjent.

Behovene hos de eldre og de høyeste aldersgruppene.

Vi merker oss at flere sykehus har fokusert på behovene hos eldre og de høyeste aldersgruppene. Flere har grepet fatt i denne problematikken og iverksatt særlig tiltak for å ta hånd om denne pasientgruppen. Det er opprettet geriatriske poliklinikker, akutte geriatriske senger, slagenheter mm. Dette viser etter vår oppfatning målrettede initiativ og tiltak for å ta hånd om en gruppe pasienter som står for en betydelig andel av innleggelser og liggedager i sykehusenes akuttavdelinger.

Pasientflyt og effektivisering.

Enkelte sykehus har fokusert på tiltak for å bedre pasientflyt og fjerning av interne flaskehalsar samt bruk av senger som en felles ressurs på tvers av avdelingsgrenser. Vi antar at det er et ytterligere potensial for effektivisering med bedret pasientflyt ved mange sykehus.

Utskrivning av ferdigbehandlede pasienter.

Utskrivning av ferdigbehandlede pasienter er helt sentralt for enkelte sykehus. I Oslo representerer opphopning av ferdigbehandlede pasienter en alvorlig flaskehals. Enkelte sykehus hevder at korridorproblematikken kunne vært betydelig redusert eller løst, dersom sykehusene hadde fått utskrevet ferdigbehandlede pasienter tidligere. Etter Helsetilsynets vurdering er det flere fylker som ikke har grepet tilstrekkelig fatt i denne problematikken.

Kommentarer fra to fylkeskommuner tyder heller ikke på at den nye forskriften om kommunal betaling for ferdigbehandlede pasienter som trådte i kraft fra 1. januar 1999, har hatt noen avgjørende betydning i denne sammenheng. Enkelte mener at det er positive erfaringer med ordningen. Andre har ikke tatt ordningen i bruk.

De fleste har fokusert på viktigheten av et godt samarbeid med kommunene og primærhelsetjenesten. Mange sykehus synes å ha etablert gode rutiner og samarbeidsformer med kommunehelsetjenesten. Forslag om interkommunalt samarbeid om sykehjemsplasser i Oppland er et interessant innspill i denne sammenheng.

Det er likevel vårt inntrykk at samarbeidet først og fremst har blitt en sak mellom det enkelte sykehus og kommunene. Flertallet av fylkeskommunene synes i liten grad å være aktivt involvert i slikt samarbeid på tvers av forvaltningsnivåene. Det må likevel nevnes at enkelte fylkeskommuner har vært mer aktive og engasjert enn andre.

Samarbeid mellom sykehus.

Samarbeidet og fordeling av oppgaver mellom sykehusene er tatt opp av flere. En målsetting har bl.a. vært å avlaste de mest belastede sykehusene. Vi har ingen oversikt over slike tiltak på landsbasis.

Endring av opptaksområder for innleggelse av øyeblikkelig hjelp er foretatt i Sør-Trøndelag, for å avlaste Regionsykehuset i Trondheim. Dette er et konkret og målrettet tiltak for å få en mer hensiktsmessig fordeling, særlig av øyeblikkelig hjelp innleggelser.

Effekt av tiltak.

Få fylker og sykehus har beskrevet effekten av iverksatte tiltak. I hvilken grad det er foretatt evalueringer kjenner vi ikke til. Effekten kan være vanskelig å beskrive og dokumentere dersom de ikke er evaluert. Noen tiltak har virket kort tid og det er flere faktorer og variabler som det må tas hensyn til. De siste årene har det samtidig vært en økning i antall innleggelser og liggedøgn særlig innen indremedisin. Dette fremgår av aktivitetsdata fra sykehusene og Samdata-rapporter. Det er likevel grunn til å anta at de tiltak som er iverksatt, har hindret at situasjonen har blitt ytterligere forverret ved flere sykehus.

Planer fremover.

Enkelte fylkeskommuner har pågående utredninger eller konkrete planer med tiltak for å bedre situasjonen. Dette gjelder bl.a. ombygging eller utbygging for å øke sengetallet. Det er likevel et gjennomgående trekk at planene er lite konkrete i forhold til fremdrift, gjennomføring og tidsplan. Tiltak er bundet til budsjetter og økonomiplaner. Flere fylkeskommuner viser til en vanskelig økonomisk situasjon, planer og tiltak er derfor utsatt på ubestemt tid.

Ansvarsforhold og drift av sykehusene

Ansvar for planlegging og drift av sykehusene fremgår av sykehusloven. I lovens § 2 fremgår: *"Enhver fylkeskommune skal sørge for planlegging, utbygging og drift av de institusjoner og tjenester som nevnt i § 1 første ledd (de områder loven gjelder), slik at behovet for nødvendig ambulansetransport, undersøkelse, behandling og opphold i helseinstitusjon blir dekket for befolkningen innen området".* I lovens §18 fremgår: *"Hvis en helseinstitusjon eller fylkeskommunale tjenester som nevnt i § 1 første ledd, drives på en måte som må antas å ha skadelige følger for pasientene eller deres omgivelser - eller på annen uforsvarlig måte - kan Statens Helsetilsyn eller den det gir myndighet gi påbud om å rette manglene".*

I tilsynslovens § 3 om plikt til å opprette internkontrollsystem, fremgår videre at *"Enhver som yter helsetjeneste skal sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med allment aksepterte faglige normer og krav fastsatt i medhold av lov eller forskrift".*

Det er således klart at det er eierne som har ansvar for drift av sykehusene og at virksomheten er i samsvar med lover og forskrifter.

Vi registrerte at flere av fylkeskommunene var trege med å svare på henvendelsen fra fylkeslegen og Helsetilsynet. Det var først etter purring at det ble gitt tilsvaret. Av de 13 fylkeskommunene som har svart og vurdert situasjonen, har kun 7 gitt en mer utfyllende egen vurdering av situasjonen ved sykehusene i eget fylke.

Flere Fylkeskommuner synes å ha vært heller passive i forhold til å ta tak i kapasitetsproblematikken med overbelegg og korridorpasienter.

En kunne kanskje forventet at alle fylkeskommunene hadde svart på forespørselen selv og at redegjørelsen hadde vært mer grundig enn hva som er tilfelle for flertallet, særlig sett på bakgrunn av den fokusering det har vært på korridorproblematikken. Vi vil likevel bemerke at enkelte fylkeskommuner har gitt fyllestgjørende og grundige redegjørelser i forhold til de spørsmålene som ble stilt.

Det er i stor grad sykehusene selv som har foretatt tiltak for å bedre situasjonen og som har etablert samarbeid og kontakt med andre på tvers av forvaltningsnivåer bl.a. i forhold til primærhelsetjenesten og kommunene. Mange sykehus har gått systematisk til verks med analyse av egen situasjon og iverksettelse eller planlegging av tiltak for å redusere overbelegg og korridorpasienter.

Til tross for store problemer har mange sykehus gjort en betydelig innsats for å bedre forholdene. Dette gjelder bl.a. ved sykehusene i Rogaland og Oslo.

Antall korridorpasienter er redusert det siste året bl.a. ved Fylkessjukehuset i Haugesund og Aker sykehus samt ved Regionsykehuset i Tromsø (RiTØ).

Flere fylkesleger påpeker i sine kommentarer utilstrekkelig oppfølging fra fylkeskommunenes side. Tiltak og planer blir i liten grad fulgt opp. Flere er bekymret over situasjonen ved sykehusene.

I Oslo hvor situasjonen lenge har vært problematisk, og hvor det først og fremst er kapasitetsmangel i primærhelsetjenesten til å ta hånd om ferdigbehandlede pasienter, uttaler fylkeslegen i Oslo i sin kommentar: *"I tillegg til sykehuslokale tiltak synes det imidlertid for denne fylkeslegen som om helhetsløsninger på tvers av nivåer i helsetjenesten, og med sterk involvering av kommunal og fylkeskommunal ledelse, er helt nødvendig".*

Når det gjelder oppfølging og tiltak uttaler fylkeslegen i Hordaland i sin kommentar til Helsetilsynet: *"Denne kartlegginga viser at situasjonen ikkje er blitt betre dei siste åra, på tross av at problemstillinga har vore fokusert, mange tiltak er iverk sette og det har vore tett oppfølging fra fylkeslegen og Statens helsetilsyn"*.

Fylkeslegen i Sør-Trøndelag påpeker at korridorproblematikken ved Regionsykehuset i Trondheim ble tatt opp med fylkeskommunen første gang i 1993. Mange tiltak er forslått, men de er bare delvis iverksatt.

På bakgrunn av resultatene av spørreundersøkelsen samt kommentarer fra enkelte fylkesleger er det derfor grunn til å stille flere kritiske spørsmål.

- Hvilken rolle har fylkeskommunene i forhold til sitt ansvar som eier av sykehusene, og hvordan følger de opp eier- og arbeidsgiveransvaret som de er pålagt i følge lowerket?
- Er ansvar for drift og håndtering av overbeleggs-problematikken overlatt til det enkelte sykehus?

Når det gjelder fylkeskommunens rolle i forhold til kapasitetsproblemene ved Haukeland sykehus, uttaler fylkeslegen i Hordaland videre: *"Det er mogleg at det styringssystemet Hordaland fylkeskommune har etablert, ikkje fungerer tilfredsstillande i høve til å løyse dette og andre problem som også gjeld styring av sjukehusa"*.

Denne uttalelsen kan kanskje være representativ for situasjonen i flere fylker. Det kan synes som om flere fylkeskommuners oppfølging og ansvar i forhold til sykehusene ikke blir ivaretatt slik som forventet og forutsatt.

DEL III

UTDYPENDE KARTLEGGING OG ANALYSE AV KONSEKVENSER AV KORRIDORPASIENTER – DE FAGLIG ANSVARLIGES VURDERINGER

1.0 Innledning

Fjorårets undersøkelse avdekket at situasjonen ved flere av landets sykehus ikke var i samsvar med de krav det er rimelig å stille til god standard og praksis med hensyn til å ivareta pasientenes integritet og alminnelig verdighet.

Helsetilsynet fremhevet at hyppig forekomst av korridorpasienter medførte konsekvenser ikke bare for korridorpatientene selv, men også for de øvrige pasientene ved avdelingen og for personalet. Korridorpatienten får ikke tilstrekkelig ro og hvile, klinisk undersøkelse og god behandling og pleie vanskeliggjøres. Taushetsplikten er vanskelig å overholde. Kvalitetskrav, krav til sikkerhet og prosedyrer kan være vanskelig å overholde. Dessuten kan overbelegg og korridorpasienter ha en negativ effekt i forhold til arbeidsmiljøet i avdelingene.

Helsetilsynet vil i denne undersøkelsen følge opp ovennevnte problemstillinger, blant annet gjennom en utdypende kartlegging og analyse av det å ha korridorpasienter. I den forbindelse har det vært sentralt å få frem de faglig ansvarliges vurderinger og synspunkter. Dette gjelder konsekvenser for alle pasientene ved avdelingen, korridorpatientene, forhold ved avdelingen og avdelingens arbeidsmiljø samt enkelte forhold ved primærhelsetjenesten som er relevante i denne sammenheng.

2.0 Metode

Vi valgte å benytte spørreskjema med strukturerte spørsmål med klare svaralternativer. Skjemaet ble testet ut ved enkelte indremedisinske avdelinger i en pilotundersøkelse. Avdelingsledelsen (avdelingsoverlege og oversykepleier) ved indremedisinske avdelinger ble bedt om å fylle ut spørreskjemaet om konsekvenser av korridorpasienter i forhold til medisinskfaglige og sykepleiefaglige forhold. Undersøkelsen ble utført i samme uke som kartleggingen for øvrig.

Vi valgte å rette spørreundersøkelsen mot følgende fem hovedproblemområder:

- A. Forhold som gjelder alle pasientene i avdelingen
- B. Forhold som gjelder korridorpatientene
- C. Forhold som gjelder avdelingen og som berører korridorpatientene
- D. Forhold som gjelder avdelingens arbeidsmiljø
- E. Forhold vedrørende primærhelsetjenesten og pasientene generelt

I spørreskjemaet er det fire svaralternativer for områdene A og B. Det er benyttet en glideskala fra helt uenig til helt enig (helt uenig, uenig, enig, helt enig). For områdene C, D og E er svaralternativene ja, nei og vet ikke valgt.

Se for øvrig kartleggings-skjema, vedlegg 4.

3.0 Resultater

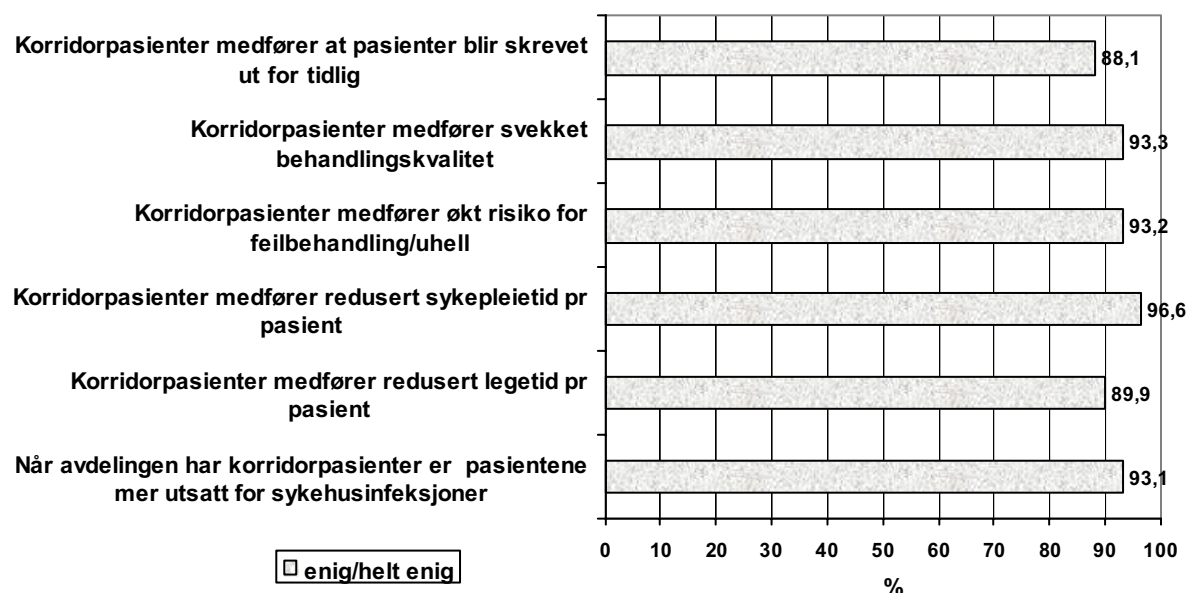
Til sammen 62 sykehus fikk tilsendt kartleggings skjemaet. Av disse har 60 sykehus fylt ut spørreskjemaet. Dette gir en svarprosent på 97%. For å gi en enkel oversikt samt for å vise i hvilken retning svarene peker, har vi slått sammen gruppene enig/helt enig og uenig/helt uenig under presentasjon av resultater. Oversikt over alle svarene er gitt i vedlegg 1, tabell 2.

3.1 Forhold som gjelder alle pasienter ved avdelingen

Det er stor grad av enighet om at korridorpasienter medfører at både lege og sykepleier får mindre tid til den enkelte pasient (henholdsvis 90% og 97%), fordi det totale antall pasienter i avdelingen er økt. Videre fremgår det at risiko for feilbehandling, sykehusinfeksjoner og svekket behandlingskvalitet øker når avdelingen har korridorpasienter. Pasientene skrives også tidligere ut fra sykehuset, enn det som normalt ville vært tilfelle, når belastningen ved avdelingene er høy.

Figur 1

Forhold som gjelder alle pasientene i avdelingen



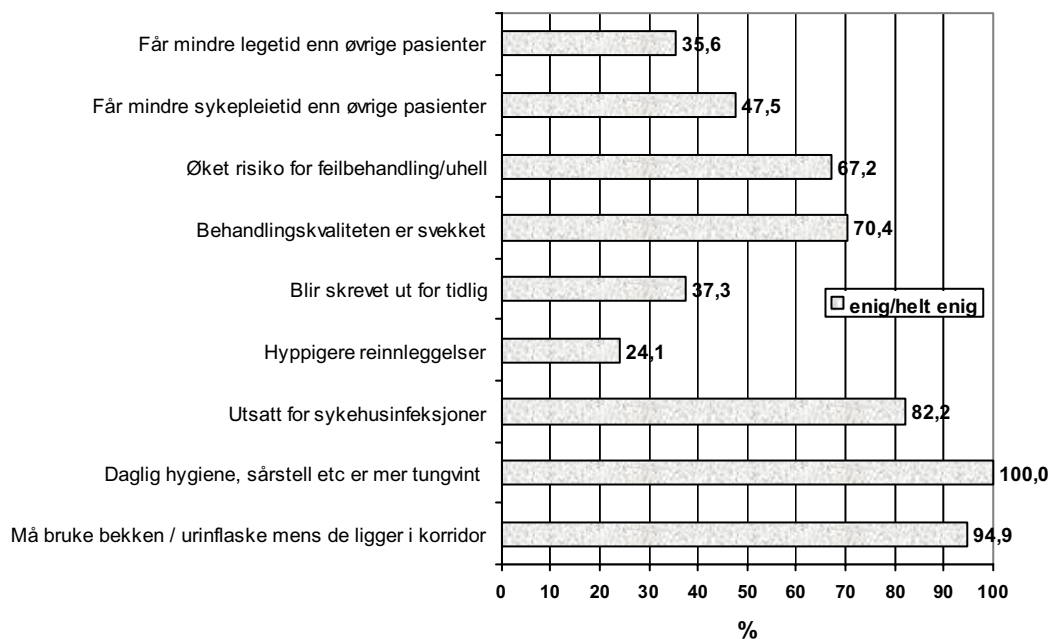
3.2 Forhold som gjelder korridorpasientene

Når det gjelder korridorpasientene isolert sett synes det ikke som om disse får mindre oppmerksomhet fra personalet enn øvrige pasienter (se figur 2a og 2b). Hele 64% er uenige i at korridorpasienter får mindre legetid enn øvrige pasienter. Videre er 2/3 av de spurte uenige i at korridorpasienter skrives ut for tidlig, og i at korridorpasienter får hyppigere reinnleggelser enn andre pasienter.

Det fremgår likevel av svarene at behandlingskvaliteten er ytterligere forringet (70%), og at risiko for feilbehandling er enda større, for korridorpasientene (33%) sammenlignet med øvrige pasienter ved avdelingen.

Figur 2a

Forhold som gjelder korridorpatientene



Gjøremål som daglig stell, intim hygiene og toalettbesøk er tungvint og ofte vanskelig å utføre. 94% har svart at korridorpatienter må bruke urinflaske eller bekken mens de ligger i korridoren. Sårstell, sterile prosedyrer mm. er mer tungvint i korridor. 82% av de spurte hevder at korridorpatienter er utsatt for sykehusinfeksjoner i større grad enn andre pasienter.

67% svarer at korridorpatienter har øket risiko for feilbehandling og uhell. Flere årsaker til dette er angitt. De viktigste forholdene er:

- vanskelig å undersøke pasientene tilfredsstillende
- uoversiktlig arbeidssituasjon
- for liten tid til de riktige og fullstendige vurderingene
- dårligere klinisk undersøkelse og oppfølging
- uro i arbeidssituasjonen
- økt fare for feilmedisinering
- dårlige lysforhold
- manglende utstyr
- manglende merking av seng
- økt fare for fallulykker

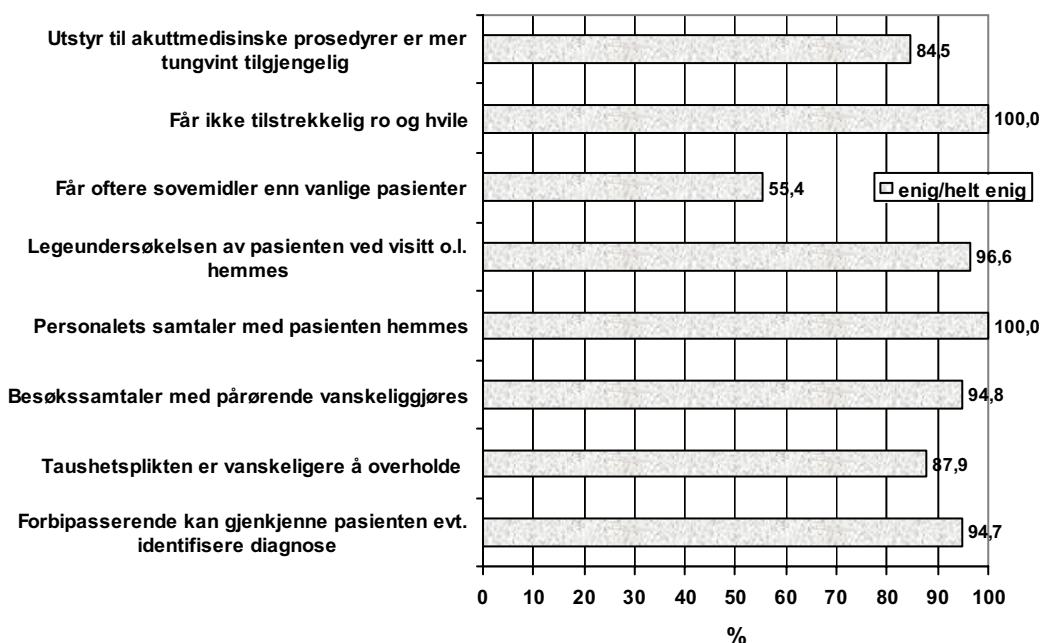
70% av respondentene svarer at behandlingskvaliteten er svekket for korridorpatientene.

Årsaker som oppgis er:

- det kan være uklare ansvarsforhold omkring korridorpatientene
- offentlig rom, vanskelig å utføre prosedyrer, stor gjennomgangstrafikk
- integritet og hygiene
- vanskeliggjort informasjonsmulighet
- korridorpatienter medfører at det totalt sett er flere pasienter, mindre tid til hver enkelt og mer stress for personalet
- vanskeliggjort anamnese (samtale, få frem opplysninger, journalopptak) og undersøkelse

Figur 2b

Forhold som gjelder korridorpatientene



Problem med å få nok ro og hvile er stort og oppgis av alle (100%). Halvparten av de spurte svarer at det hyppigere gis sovemedikamenter til korridorpatienter enn til øvrige pasienter.

I situasjoner hvor det er bruk for utstyr til akuttmedisinske prosedyrer er dette tungvint tilgjengelig. Det kan for eksempel være at man må bruke transportabelt utstyr i stedet for veggfast (oksygen) eller at det er lang avstand til nærmeste stikkontakt ol.

Når pasienten ligger på korridoren er legens samtale og undersøkelse av pasienten hemmet. Det kan være vanskelig å overholde taushetsplikten både fordi utenforstående kan overhøre samtale med pasienten, og fordi forbipasserende kan kjenne igjen eller identifisere pasienten på andre måter. Det er også vanskelig for korridorpatientene å ha en fortrolig samtale med pårørende.

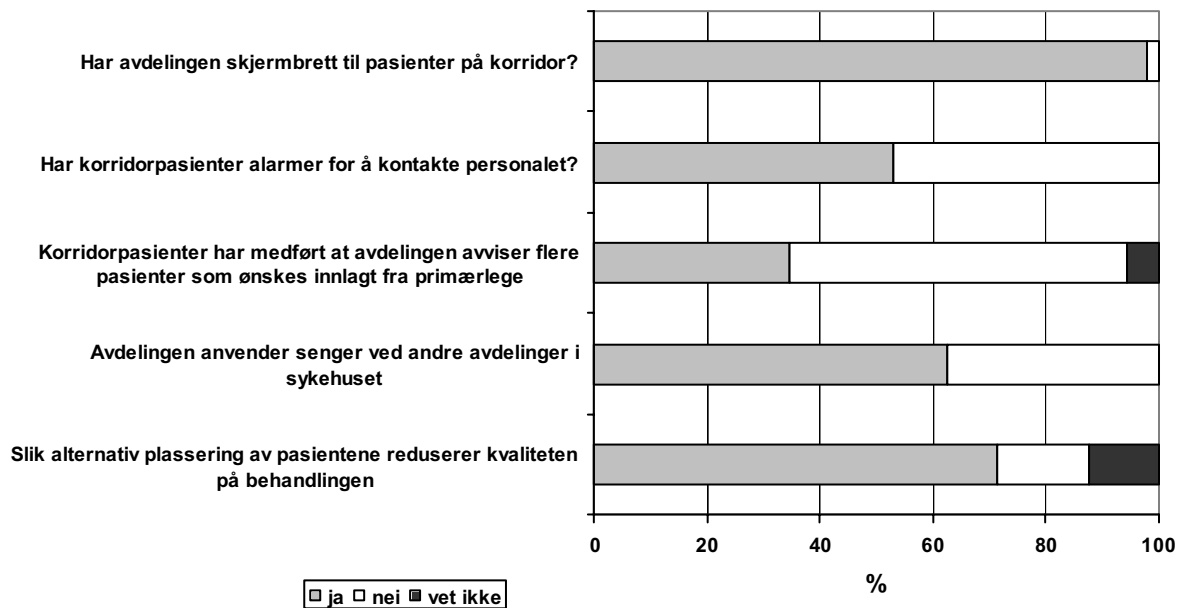
3.3 Forhold som gjelder avdelingen og som berører korridorpatientene

98% svarer at pasienter på korridor har skjerm Brett, mens bare halvparten av pasientene har alarmer (som regel bjeller) for å tilkalle personalet. Drøyt 60% angir at de har tilgang til å legge pasienten på andre avdelinger ved overbelegg, samtidig angis det at en slik plassering utenfor moderavdelingen reduserer behandlingskvaliteten (71%).

Flertallet hevder at korridorpatienter ikke medfører at avdelingen awiser flere pasienter som søkes innlagt fra primærlege. (Se figur 3)

Figur 3

Forhold som gjelder avdelingen og som berører korridorpatientene



3.4 Forhold som gjelder avdelingens arbeidsmiljø

Det er 100% enighet om at det fysiske arbeidsmiljøet forringes, og 93% enighet om at det psykiske arbeidsmiljøet forringes, når avdelingene har korridorpasienter regelmessig eller ofte.

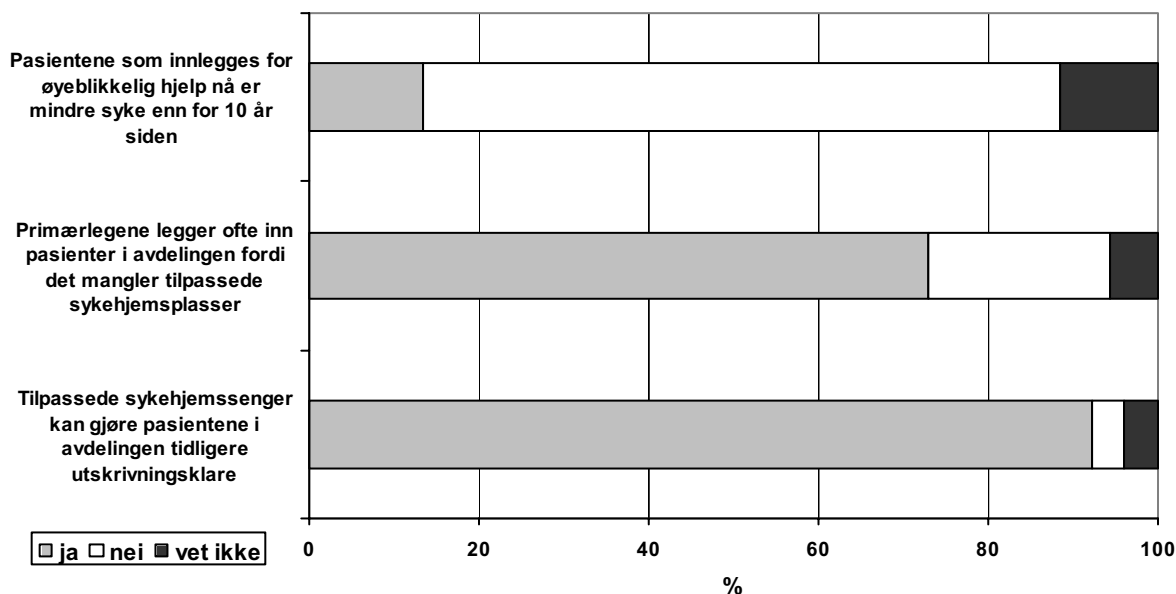
3.5 Forhold vedrørende primærhelsetjenesten og pasientene generelt

Et klart flertall, 75%, mener at pasienter som innlegges for øyeblikkelig hjelp i dag, ikke er mindre syke enn for 10 år siden. Primærlegene legger imidlertid oftere inn pasienter i mangel av andre tilbud slik som tilpassede sykehjemsplasser.

Det er stor enighet (92%) om at tilpassede sykehjemsplasser kan gjøre pasientene i avdelingen tidligere utskrivingsklare. (Se figur 4).

Figur 4

Forhold vedr. primærhelsetjenesten og pasientene generelt



4.0 Drøfting

Med en svarprosent som omfatter nær 97% av alle indremedisinske avdelinger, er spørreundersøkelsen representativ for landets indremedisinske avdelinger. Det som karakteriserer resultatene av spørreundersøkelsen, samlet sett, er ganske entydige svar. På de fleste spørsmålene har et klart flertall avgitt svar som peker enten i den ene eller andre retningen. Dette tyder på rimelig konsensus om de avgitte svarene.

Det var et bevisst valg at vi ba avdelingsoverlegen og oversykepleier om å besvare spørsmålene i fellesskap. Hensikten var å få frem de faglig ansvarliges vurderinger både i forhold til medisinskfaglige og sykepleiefaglige problemstillinger.

Undersøkelsen viser at korridorpasienter medfører negative konsekvenser for:

- alle pasientene i avdelingen
- korridorpasienter spesielt
- forhold som gjelder avdelingen og arbeidsforholdene
- arbeidsmiljøet

Alle pasientene i avdelingen

Korridorpasienter medfører at det totalt sett er flere pasienter i avdelingen. Lege og sykepleier har derfor mindre tid til hver enkelt pasient. Plassmangel og stor belastning medfører at pasienter utskrives tidligere enn hva som ellers ville vært tilfelle. Dette kan medføre hyppigere reinnleggelser (svingdørpasienter). Det øker presset på avdelingene ytterligere.

Korridorpasientene – integritet og alminnelig verdighet.

Pasientenes integritet og alminnelig verdighet lar seg vanskelig ivareta. Et stort antall av korridorpasientene (94%) må ofte bruke bekken eller urinflaske mens de befinner seg i korridoren. Det er ofte lang vei til nærmeste toalett og kronglete å komme seg dit for

eksempel med intravenøs-stativ. Bruk av urinflaske, bekken og dostol skjer i et "offentlig rom" med redusert mulighet for skjerming.

Pasientene er mer eller mindre ubeskyttet for innsyn fra andre pasienter og tilfeldig forbipasserende. De kan lett gjenkjennes av utenforstående.

Pasientene får ikke tilstrekkelig ro og hvile. 55% opplyser at korridorpasienter får hyppigere sovemedisiner enn andre pasienter. Dette gir grunnlag for bekymring.

Mulighet for fortrolig samtale med pasienten blir forringet. Taushetsplikten blir vanskelig å overholde. Utskrivningssamtale blir ofte foretatt i korridoren.

Etter Helsetilsynets vurdering er en slik situasjonen ikke i samsvar med god praksis for ivaretagelse av personlig integritet og alminnelig verdighet.

Forhold ved avdelingen – arbeidsforhold – mulighet for å gi god behandling og pleie.

Flertallet av avdelingene har skjembrett til korridorpatientene, men bare halvparten har alarmer (ringeklokker) for å tilkalle personalet.

Stell av pasienter i korridor er hemmet av flere grunner. Med sengen plassert inntil en vegg og omgitt av skjembrett, blir det liten plass for pleiepersonalet og vanskelig å skjerme pasienten for innsyn under stell og behandling.

Det er vanskelig å utføre pasientrelaterte prosedyrer i korridoren fordi forholdene ikke er lagt til rette for dette. Det er trange plassforhold, dårlig lys, stor gjennomgangstrafikk og uro, videre er utstyr vanskeligere tilgjengelig og ofte mer tungvint å bruke. Utstyr for akuttmedisinske prosedyrer er mer tungvint tilgjengelig i korridoren.

Risiko for uhell eller feilbehandling øker. Dette gjelder alle pasientene, men rammer i særlig grad korridorpatientene.

Korridorpatienter er videre utsatt for fallskader fordi det er trangt og ofte uoversiktlig, stor trafikk og dårlige lysforhold.

Krav til god hygiene kan under slike forhold bli vanskelig å følge opp, og fare for sykehusinfeksjoner og smittespredning øker. Fylkeslegenes felles tilsyn med smittevern i sykehus våren 1999, berørte også forhold knyttet til korridorpatienter. Det ble i denne sammenheng påvist brudd på prosedyrer for håndhygiene ved flere avdelinger, for eksempel i forbindelse med legevisitt, blant annet fordi håndvasker var vanskelig tilgjengelige.

I kommentarene fra sykehusene påpekes at det kan da bli uklare ansvarsforhold og dårligere klinisk oppfølging av pasientene. I tillegg kan muligheten for sikker pasientidentifikasjon være svekket for eksempel fordi merking av seng blir mindre tydelig i korridoren. Faren for forveksling av pasienter for eksempel i forbindelse med medisinerings øker.

70% svarte at arbeidssituasjonen og arbeidsforholdene er slik at behandlingskvaliteten er svekket for korridorpatientene.

Etter Helsetilsynets vurdering er sykehuskorridoren lite egnet for pasientbehandling og svekker kvaliteten i behandling og pleie og er ikke i samsvar med god praksis.

Arbeidsmiljøet

Belastningen på personalet øker, det blir mere stress og tidspress. Dette gir ytterligere fare for feilbehandling og uhell. Undersøkelsen viser entydig, nærmere 100%, at det fysiske og psykososiale arbeidsmiljøet svekkes når avdelingen har korridorpasienter. Dette kan gi økt sykemeldingsfrekvens og fare for utbrenthet hos personalet. Dette kan igjen resultere i personalflykt og derpå følgende rekrutteringsvansker.

Avdelingene kan derved komme inn i en ond sirkel og miste grunnstammen av erfarne og kompetente sykepleiere. Betydelige ressurser må brukes til rekruttering og opplæring av nye medarbeidere og vikarer.

Andre forhold

Spørreundersøkelsen viser at helsepersonellet ikke forholder seg annerledes til korridorpasienter enn til pasienter på pasientrom. Det er de samme normer, verdier og kvalitetskrav som legges til grunn for behandling og pleie til tross for vanskelige arbeidsforhold. Korridorpasienter skrives heller ikke tidligere ut enn andre pasienter.

Vi merker oss at de faglig ansvarlige hevder at de pasienter som innlegges i dag, ikke er mindre syke enn for 10 år siden. Dette kan tyde på at inntakskriteriene ikke har blitt endret, og at terskel for innleggelse ikke har blitt senket.

Samtidig hevdes det at primærlege ofte legger inn pasienter fordi det mangler tilpassede sykehjems plasser i kommunen. Tilpassede sykehjems plasser i kommunene vil også gjøre at enkelte pasienter som er innlagt, kunne bli tidligere utskrivningsklare.

Det har den senere tid vært økende fokus på utnyttelse av det totale antall senger i sykehuset og bruk av eventuelle ledige senger på andre avdelinger for å få bukt med korridorproblemer. Undersøkelsen viser at mer enn 60% har muligheter til, og benytter slik omrokking.

Samtidig gir de ansvarlige uttrykk for at dette reduserer behandlingskvaliteten for de pasientene som blir innlagt på en annen avdeling eller post. En kartlegging av korridorpasienter ved et utvalg av sykehus i Sverige i regi av Sosialstyrelsen viste det samme (Sosialstyrelsens meddelandebrev 6/99). Plassering av pasienter på en "fremmed avdeling" kan medføre vansker i forhold til kontinuitet og oppfølging av leger fra moderavdelingen, for eksempel legevisitt. Ansvarsforholdene kan bli uklare. Sykepleierne på andre avdelinger kan bli usikre i forhold til behandling og prosedyrer når de må ta i mot andre kategorier pasienter enn de er vant med.

Oppsummering og konklusjon

Det viktigste konsekvensene av overbelegg og korridorpasienter kan oppsummeres som følger:

- vansker med å ivareta pasientenes integritet og alminnelig verdighet
- mulighet for å gi god behandling og pleie svekkes
- fare for feilbehandling og uhell øker
- krav til god hygiene er vanskelig å opprettholde, fare for sykehusinfeksjoner og smittespredning øker
- personalet får mindre tid til den enkelte pasient
- arbeidsmiljøet for de ansatte svekkes.

Kartleggingen bekrefter de negative effekter av å ha overbelegg og korridorpasienter, slik som det ble tatt opp i Helsetilsynets rapport i 1998.

DEL IV

SAMLET DRØFTING

Hovedfunnet i denne kartleggingen, sett på landsbasis, er at belastningen og overbelegget ved indremedisinske avdelinger i form av korridorpasienter ikke er endret fra 1998 til 1999. I stor grad er det de samme sykehusene som har overbelegg og omtrent på samme nivå også i 1999. Korridorpasienter er fremdeles regelen og ikke unntaket.

Det er indikasjon på at beleggprosenten har økt fra 1998 til 1999 ved store fylkessykehus og lokalsykehus, men uten at dette har gitt økning i antall korridorpasienter.

Spørreundersøkelsen om konsekvenser av korridorpasienter viser entydig, i følge de faglig ansvarliges vurderinger, at korridorpasienter gir negative konsekvenser for flertallet av pasientene ved avdelingen, men de negative konsekvensene er mest uttalt for korridorpasientene. I tillegg gir en slik situasjon negative konsekvenser for arbeidsmiljøet. Dette kan forsterke de negative konsekvensene for pasientene. Et samlet norsk fagmiljø gir uttrykk for at korridorpasienter ansees som et betydelig kvalitetsproblem.

Dette er i samsvar med Helsetilsynets tidligere vurdering. *Situasjonen ved landets sykehus slik som fremkommet i kartleggingene i 1998 og 1999, sikrer etter Helsetilsynets vurdering ikke i tilstrekkelig grad ivaretagelse av pasientens integritet og alminnelig verdighet. Det er videre grunn til å anta at situasjonen påvirker kvaliteten i pasientbehandlingen negativt, ved at den gjør det vanskelig å gjennomføre en behandling som er i samsvar med god praksis.*

1.0 Hvorfor har vi korridorpasienter?

Årsaksforholdet til overbelegg er komplekst, og mange faktorer spiller inn. Vi har ikke grunnlag eller data for å trekke entydige konklusjoner om årsakssammenheng. Vi vil likevel peke på noen forhold.

Kapasiteten i primærhelsetjenesten i sykehusenes opptaksområde er en viktig faktor. Dette gjelder særlig kommunenes kapasitet og evne til å ta hånd om ferdigbehandlede pasienter.

Den utvidede kartleggingen i 1999 viser at opphopning av ferdigbehandlede pasienter ikke er et gjennomgående problem på landsbasis. Problematikken er knyttet til et mindre antall sykehus. Problemet er størst i Oslo. Spørreundersøkelsen viser videre at behov for sykehusinnleggelse kunne vært redusert dersom det hadde vært egnede plasser i kommunene til å ta hånd om enkelte pasientgrupper.

Etter Helsetilsynets vurdering må det gripes mer aktivt fatt i disse problemene. Det er dårlig ressursutnyttelse at pasienter som ikke behøver å være i sykehus, likevel oppholder seg i sykehus når det ville være rimeligere og mer hensiktsmessig med plassering på annet omsorgsnivå.

Signaler fra fagmiljøer og enkelte fylkesleger tyder på at ustabil legebemannning i kommunene med hyppig bruk av legevikarer gir økt hyppighet av øyeblikkelig hjelp-innleggelse.

Interne forhold i sykehusene når det gjelder organisering, pasientflyt og effektivisering har vært fokusert. Derfor har aktive tiltak, endringer og omorganisering blitt iverksatt ved mange sykehus. Dette har uten tvil hatt effekt.

Imidlertid har det i den samme perioden vært en økning i antall øyeblikkelig-hjelp innleggelse (Samdata-rapport 2/98). Effekt av iverksatte tiltak kan derfor bli nøytralisert eller kamuffert, dvs. det kan se ut som om alt er som før og intet er gjort. Det er likevel grunn til å

tro at dersom ikke tiltak hadde blitt iverksatt, ville situasjonen blitt ytterligere forverret ved flere sykehus.

Det antas fremdeles å være potensiale for forbedringer når det gjelder interne forhold ved enkelte sykehus. I denne sammenheng bør det kanskje vurderes om en større andel av det totale antall senger sykehusene har i dag, kan brukes til indremedisinske pasienter jf. frigjorte senger på grunn av kortere liggetid og overgang til dagbehandling og dagkirurgi innen de kirurgiske fagområdene.

Samarbeid mellom sykehusene er heller ikke optimalt i flere fylker eller på regionnivå. Det er imidlertid pågående prosesser i forhold til samordning og samarbeid i flere fylker og helseregioner. Dette forventes å gi en mer hensiktsmessig fordeling av oppgaver og pasienter.

Tiltak i og utenfor sykehus bør være primære satsningsområdene for optimalisering av drift og samarbeid. I en nylig utgitt rapport av august 1999 fra Sosial- og helsedepartementet om sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester, drøftes det hvilken rolle sykehjemmene kan ha ved behov for korttidsopphold for medisinsk behandling og pleie. Det påpekes at tilgjengelige korttidsplasser vil kunne redusere presset på sykehus. Dette gjelder bl.a. utredning og observasjon, behandling etter sykehusopphold og medisinsk behandling og korttidspleie for kronisk syke personer med komplekse og sammensatte behov.

Til tross for slike tiltak er det likevel grunnlag for å hevde at sengekapasiteten ikke er tilstrekkelig og bør økes ved medisinske avdelinger ved flere sykehus.

Overbelegg er klart relatert til avdelinger med øyeblikkelig-hjelp funksjon. Dette gjør at mulighet for styring av pasientinntaket er liten.

I perioden 1992 til 1997 har antall øyeblikkelig-hjelp opphold ved landets sykehus økt med 10,7% (Samdata-rapport 1/98). En stor del av økningen kan tilskrives økt antall innleggelser hos pasienter på 80 år og over. Økningen av denne befolkningsgruppen, populasjonen, forårsaker flere sykehusinnleggelser. Totalt sett utgjør øyeblikkelig hjelp innleggelser til medisinsk behandling nesten all vekst i perioden (Sintef Unimed, 1999).

Antall effektive sengeplasser pr. 1000 innbyggere, sengefaktor, er på landsbasis redusert fra 3,41 i 1991 til 3,13 i 1997 (Samdata-rapport 2/98). Reduksjonen i antall senger har vært størst innen kirurgi, men det har også vært en reduksjon av antall senger innen indremedisin i perioden. Reduksjon av sengetallet har vært en følge av ønske om endret organisering og drift og behandling på annet nivå, dvs poliklinisk, dagbehandling og dagkirurgi.

Vi har i denne kartleggingen ikke gått nærmere inn på variasjon i antall medisinske senger mellom fylkene, årsaker til variasjon samt relasjon til antall korridorpasienter. Dette kunne imidlertid være av interesse i en utdypende kartlegging, men det ligger utenfor rammen for denne rapporten.

Flere sykehus påpeker at det ikke er samsvar mellom behov for innleggelser og dagens kapasitet ved sykehusene. Etter Helsetilsynets vurdering kan det være grunn til å stille spørsmål ved om planleggere og helsetjenesten har vært klar over, og tatt konsekvensen av dette forholdet.

Det finnes få utredninger som fremskriver behovet for senger i den norske helsetjenesten. Norsk institutt for sykehusforskning, NIS, har i rapporten «16 prosent av befolkningen - halvparten av sykehusforbruket. Eldres sykehusbruk på 90-tallet.» juni 1999, fremskrevet behovet for sykehussenger med utgangspunkt i demografiske variable. Her fremkommer det at det vil være et svakt økende behov for sykehussenger frem til år 2010, mens behovet for

sykehussenger vil øke raskt mellom år 2010 og 2030 med utgangspunkt i befolkningens aldersfordeling.

Imidlertid kan behovet for sykehussenger være avhengig av en rekke variable ut over de demografiske. Dette gjelder:

1. Det medisinske fagets utvikling (medisinsk teknologisk utvikling).
2. Forhold i helsetjenesten, herunder
 - forholdet mellom hvilke spesialisthelsetjenester som ytes ved bruk av innleggelser og hvilke som ytes poliklinisk, eller som dagbehandling / dagkirurgi
 - liggetiden ved sykehusene og
 - primærhelsetjenestens evne til å avlaste sykehusene.
3. Endring i befolkningens helsetilstand og sykkelighet
4. Pasientrettigheter og økte krav fra befolkningen.

Drøfting av alle disse punktene ligger utenfor rammen for denne rapporten. Vi vil likevel ta frem noen momenter.

Helsetjenesten organiseres og drives nå slik at behovet for sykehussenger relativt sett stadig reduseres. Blant endringene som skjer er stadig kortere liggetid for identiske problemstillinger og en betydelig dreining fra inneliggende utredning og behandling til poliklinisk virksomhet. For de indremedisinske avdelingene, har dette medført at planlagt innleggelse av pasienter for utredning og behandling nå bare skjer i liten grad.

85 til 90% av pasientene som legges inn i medisinske avdelinger er øyeblikkelig hjelp. Også for de pasientene som trenger øyeblikkelig hjelp, forsøker man å organisere seg bort fra det økende presset på innleggelser i sykehusavdeling. Dette skjer for eksempel gjennom etablering av observasjonsposter knyttet til sykehusets akuttmottak. I enkelte fylker samfinansierer fylkeskommuner og kommuner tilsvarende observasjonsposter knyttet til kommunale sykehjem for å redusere antallet sykehusinnleggelser.

Helsetilsynet antar at den naturlige økningen i behovet for sykehussenger gjennom de siste to til tre tiår, som følge av demografisk utvikling og økte tilbud, har blitt mer enn oppveid av effektivisering, bl.a. gjennom organisasjonsendringer og endringer i driftsformer. Tidligere tillot effektiviseringspotensialet en reduksjon av sykehussenger. I perioden 1970 til 1990 ble antallet somatiske sykehussenger i Norge betydelig redusert. Denne trenden har imidlertid snudd på 90-tallet, hvor antallet somatiske sykehussenger har vært stabilt mellom 13500 og 14000 (Sintef Unimed-rapporter).

Det er lite tilgjengelig litteratur om korridorproblemer og overbelegg fra andre land. En 1-dagskartlegging av Sosialstyrelsen i januar 1999 ved 63 indremedisinske avdelinger ved svenske sykehus viste imidlertid at flere avdelinger eller sengeposter hadde overbelegg. Men overbelegget var moderat. Av dem som hadde overbelegg hadde de fleste et overbelegg på 1-2 pasienter og noen få sengeposter hadde 6 pasienter utover hva sengeposten var beregnet for. De 63 sykehusene hadde til sammen totalt 311 ekstra pasienter på kartleggingsdagen, men kun 46 var plassert i korridor (Sosialstyrelsens meddelandebud 6/99).

Så vidt vites er korridorproblematikken, i det omfang som er registrert i Norge, et særmorsk fenomen. Land vi kan sammenligne oss med har ikke kultur for, eller aksept for drift med regelmessig forekomst av korridorpasienter, slik som ved norske sykehus.

Foruten de faktorene som er nevnt ovenfor, er det også andre forhold som kan være av betydning. Vi vil nevne:

Motiver hos aktørene – bidrar dette til å opprettholde korridorsengene?

En faktor kan være en relativt passiv holdning og akseptering av situasjonen. Korridorproblematikken er ikke ny, men har vært til stede i lang tid. Er det slik at man har blitt vant med å ha korridorpasienter, at dette er en ordening vi må leve med, og at dette problemet ikke lar seg løse? Vi er klar over at korridorpatientene ikke kan fjernes over natten. Det må likevel være en målsetting at våre pasienter ikke skal tilbys en plass i en sykehuskorridor.

Pasientene

Pasientene ønsker, med få unntak, å ligge i seng på pasientrom. Imidlertid er pasienter med behov for sykehustjenester, ikke i en posisjon til å stille ultimative krav. De fleste pasienter vil, i valget mellom å få et sykehus tilbud eller ikke, velge å akseptere korridorseng siden dette gir inngangsbillett til sykehuset. Faktisk ser mange pasienter på korridorsengene som en trygghet som sikrer mulighet for sykehusinnleggelse.

Helsepersonellet

Helsepersonellet ønsker å legge pasientene i seng på pasientrom både av hensyn til behandlingskvaliteten og av hensyn til arbeidsmiljøet. Imidlertid er det dypt forankret i helsepersonellens arbeidsetikk at de pasientene som har behov for deres hjelp, skal få det. For helsepersonellet er det derfor langt bedre å ta i mot en pasient og tildele vedkommende en korridor plass, enn det er å avise pasienten. Også helsepersonellet har derfor motiver som medfører fortsatt bruk av korridorsenger når andre, bedre alternativer mangler.

Sykehuseier / sykehusledelse

Vi går ut fra at sykehuseier (fylkeskommunen) og sykehusledelsen har den felles antagelse og forutsetningen at fjerning av overbelegg og korridorpasienter nødvendigvis koster mer. Økonomien oppgis ofte som en begrensende faktor. Selv om både sykehuseier og sykehusledelsen ønsker et optimalt tilbud til sine pasienter, så er deres rolle også nært knyttet til forpliktelsen om at sykehuset ikke skal forbruke større ressurser enn det har tilgang til. Både sykehuseier og sykehusledelse er derfor i den situasjonen at de vil kunne spare penger ved at sykehuset har færre senger enn det faktiske behovet skulle tilsi.

Er det slik at utvidelse av kapasiteten for å fjerne overbelegg og korridorpasienter nødvendigvis alltid koster mer? Det genereres også ekstra kostnader dersom overbelegg medfører uttalt bruk av overtid og ekstrahjelp. Kostnadene kan bli store dersom situasjonen blir slik at det oppstår stort sykefravær, personalfukt og rekrutteringsvansker.

Fritt sykehusvalg, større grad av valgmuligheter og konkurranse vil kunne endre dagens situasjon og de prioriteringer som foretas i sykehusene og av sykehuseierne.

Innsatsstyrt finansiering (ISF) og korridorsenger

Innsatsstyrt finansiering medfører at landets sykehus får inntekter knyttet til hvor mange pasienter som behandles og hvor ressurskrevende tilstanden for hver pasient er. For hver ny pasient som behandles, genereres nye inntekter.

Korridorpasienter har eksistert lenge før ordningen med ISF ble innført. Dersom vanlige betraktninger om marginalkostnader tilsier at korridorpatienten koster mindre enn pasienter som har vanlig sykehusseng, er det da slik at det vil kunne gi motiver for å ikke gjøre noe med problematikken? Vi har intet sikkert grunnlag for å kunne besvare et slikt spørsmål, men det kan likevel være grunn til å være klar over, og eventuelt overvåke en slik utvikling.

2.0 Sykehuseiernes rolle

Flertallet av fylkeskommunene har i liten grad foretatt noen grundig vurdering av situasjonen med overbelegg og hyppig eller regelmessig forekomst av korridorpasienter. Tiltak og planer for å bedre forholdene er ikke utarbeidet eller fulgt opp i tilstrekkelig grad.

Fylkeskommunene synes å ha vært heller passive i forhold til å ta tak i denne problematikken. Det kan virke som om situasjonen ikke er tatt tilstrekkelig på alvor. Dette gjelder flere av de fylkene hvor situasjonen har vært, og er, problematisk med betydelig og regelmessig overbelegg.

Kartleggingen tyder på at overbeleggs-problematikken og tiltak og løsninger i stor grad er overlatt til det enkelte sykehus. Mange sykehus har likevel gjort en betydelig innsats innenfor de rammer og muligheter de har for å bedre situasjonen. Dette er likevel ikke tilstrekkelig alene for å løse problemene.

Det kan stilles spørsmål ved om fylkeskommunene har ivaretatt sin rolle som eier av sykehusene slik som forventet og forutsatt.

Etter Helsetilsynets vurdering må eierne ta situasjonen på alvor i langt større grad enn hittil. Fylkeskommunene bør derfor utvikle en helhetlig strategi for å løse problemet. Planer og tiltak må utarbeides, iverksettes og følges opp. Dette ansvaret ligger hos fylkeskommunene som sykehuseiere.

I denne sammenheng kan det også være grunn til å stille spørsmål ved om de styringssystemene fylkeskommunene bruker i forhold til sykehusene, er hensiktsmessige for å løse denne problematikken.

3.0 Veien videre – bør nye, eller andre virkemidler tas i bruk?

Det må være en målsetting for norske sykehus å unngå korridorpasienter. I prinsippet bør korridorpasienter ikke aksepteres. Kun unntaksvis i særlige tilfelle, og for korte perioder, kan korridorpasienter godtas som en nødløsning.

Helsetilsynets anbefalinger

Vi vil minne om Helsetilsynets forslag og tiltak som ble tatt opp i rapporten i 1998, se også denne rapportens side 18. Flere sykehus har tatt utgangspunkt i, og vist til disse i sine redegjørelser. Det må likevel være de lokale forholdene og den lokale situasjonen som må være styrende for det enkelte sykehus.

Aktuelle vurderinger og tiltak bør videre omfatte:

- Tiltak i og utenfor sykehus bør være satsningsområder for optimalisering av drift og samarbeid. Tilpassede sykehjemsplasser i kommunene vil kunne hindre en del innleggelser samt gjøre at enkelte pasienter som er innlagt, kan bli tidligere utskrevet.
- Det må gripes mer aktivt fatt i problematikken med ferdigbehandlede pasienter ved enkelte sykehus. Det er dårlig ressursutnyttelse at pasienter som ikke behøver å være i sykehus, likevel oppholder seg i sykehus når det ville være rimeligere og mer hensiktsmessig med plassering på annet omsorgsnivå.
- Til tross for slike tiltak er det likevel grunnlag for å hevde at sengekapasiteten ikke er tilstrekkelig og bør økes ved medisinske avdelinger ved flere sykehus.

- Det er diskrepans mellom behov og kapasitet ved sykehusene i flere fylker. Etter Helsetilsynets vurdering er det grunn til å stille spørsmål ved om planlegging og oppfølging har vært god nok. Man har ikke fulgt opp demografisk utvikling med økning av kapasiteten i forhold til økningen av befolkningen og behovene, særlig i de høyeste aldersgruppene.
- Etter Helsetilsynets vurdering må eierne ta situasjonen på alvor i langt større grad enn hittil. Fylkeskommunene bør derfor utvikle en helhetlig strategi for å løse problemene. Planer og tiltak må utarbeides, iverksettes og følges opp.

Dagens lowerk - Sanksjoner

Dagens lowerk gir Helsetilsynet myndighet til å gi sykehuseier påbud om å rette på forholdene dersom de vurderes til å ikke være faglig forsvarlige. Sykehusloven § 18 gir også Helsetilsynet hjemmel til om nødvendig å fatte vedtak om stenging av institusjon.

Andre sanksjoner kan Helsetilsynet i dag ikke iverksette i forhold til sykehusvirksomhet som drives i strid med lov eller forskrift.

Det kan imidlertid stilles spørsmål ved om det også finnes andre og sterkere virkemidler når det gjelder korridorproblematikken. Bruk av dagbøter/tvangsmulkt har derfor vært fremme i diskusjonen. Det vises i den forbindelse til Ot. prp. nr. 10 (1998-99) kap. 8, samt merknadene til § 8-1 i Innst. O. nr. 65 (1998-99).

Et annet virkemiddel kunne være sanksjoner med bruk av ISF-systemet. Sykehus som driver med betydelig overbelegg og korridorpasienter kunne for eksempel, etter en rimelig frist, få reduserte overføringer i forhold til normale DRG-takster basert på DRG-poeng. Det vil si at det blir stilt kvalitetskrav og ikke bare kvantitative krav om antall behandlede pasienter som grunnlag for utbetaling.

Egnede virkemidler og bruken av dem bør imidlertid utredes og vurderes nærmere før det gis noen anbefalinger i denne sammenheng.

Litteratur:

1. Statens helsetilsyn: Gjennomgang av landets sykehus, del I. Kartlegging av beleggsprosent og korridorpasienter ved indremedisinske, kirurgiske og ortopediske avdelinger, oktober 1998.
2. St prp nr 1, 1999: Statsbudsjettet for budsjetterminen 1999.
3. Sintef Unimed: Samdata-rapport 6/97.
4. Sintef Unimed: Samdata-rapport 2/98.
5. Sintef Unimed: 16 prosent av befolkningen - halvparten av sykehusforbruket. Eldres sykehusbruk på 90-tallet, juni 1999.
6. Sosial- og helsedepartementet (SHD): Forskrift om kommunal betaling for ferdigbehandlede pasienter, 16 desember 1998 (SFT 78 A99527).
7. Rapporter fra landets fylkeskommuner og sykehus, 1999.
8. Rapporter fra landets fylkesleger, 1999.
9. Sosialstyrelsen, Sverige: Sosialstyrelsens meddelandeblad 6/99.
10. Fylkeslegenes felles tilsyn 1999 med smittevern i sykehus.
11. Sosial- og helsedepartementet: Rapport. Sykehjemmenes rolle og funksjon i fremtidens pleie- og omsorgstjenester. 6. august 1999.
12. Ot. prp. nr. 10 (1998-99) kap. 8, samt merknadene til § 8-1 i Innst. O. nr. 65 (1998-99).

BELASTNING VED INDREMEDISINSKE AVDELINGER 1998 - 1999

Vedlegg 1

Tabell 1

m= mangler data

Fylke / sykehus	Beleggsprosent		Beleggsprosent		Antall korridorpasienter uke 24, 1998		Antall korridorpasienter uke 23, 1999		Hyppighet av korridor-pasienter 97/98	Hyppighet av korridor-pasienter 98/99	Antall ferdigbehandlede pasienter onsdag i uke 23 1999
	1997	1. tertial 1998	1998	1. tertial 1999	Gjennomsnitt hele avd.	Variasjon i løpet av uken	Gjennomsnitt hele avd.	Variasjon i løpet av uken			
Østfold											
Sykehuset Østfold											
- SØ Fredrikstad +	98	101	104,2	104,1	7,0	3 -18	4,7	0 - 11	regelmessig	regelmessig	m
- SØ Sarpsborg	98	101	98	90,9	2,4	2 - 5	1,3	0 - 4	regelmessig	regelmessig	m
- SØ Halden	96	98	90,7	89,9	0,8	0 - 3	0	0	regelmessig	regelmessig	m
- SØ Moss	101	m	99,7	99,7	0	m	0,4	0 - 3	regelmessig	regelmessig	m
- SØ Askim	m	m	98,2	110,2	0	m	0	0	regelmessig	regelmessig	m
Akershus											
Stensby sykehus	81	85	96,3	93,1	0,6	0 - 3	0,3	0 - 2	regelmessig	regelmessig	2
SIA	116	125	116,3	122,7	1,1	0 - 5	7	0 - 8	regelmessig	regelmessig	4
Bærum sh.	101	105	102	107	4,3	0 - 13	2,3	0 - 7	regelmessig	regelmessig	4
Ski sh.	82	91	84,5	85,8	0,1	0 - 1	0	0	ofte	aldri	5
Oslo											
Rikshospitalet	95	97	73,5 - 98	75,9 - 97,3	0	0	0	0	aldri/sjelden	regelmessig	26
Ullevål (med. klinikk)	98	106	112	114	17,8	12 - 22	19,7	8 - 28	regelmessig	regelmessig	22
Aker (med. klinikk)	91	98	97	100,85	12,9	4 - 21	0	0	regelmessig	ofte	8
Lovisenberg	95	103	98,6	98,9	m	m	0	0	ofte/regelm.	av og til	13
Diakonhjemmet	94	104	101,4	101,5	3,3	2 - 6	3,6	0 - 7	regelmessig	regelmessig	23
Radiumhosp.	83	83	82,9	m	4	0 - 15		m	m	av og til	0
Hedmark											
SSH avd. Elverum	100	104	92,1	m	0	m	0	0	ofte/regelm.	av og til	0
SSH avd. Hamar	99	106	105,6	104	0	m	0,3	0 - 2	ofte/regelm.	ofte	0
Kongsvinger	100	99	97,6	107,67	1,4	0 - 4	0	0	ofte	ofte	2
Tynset	72	72	74,3	74,6	0	m	0,8	0 - 2	aldri/sjelden	ofte	2
Oppland											
LFS	95	104	98,4	m	0	m	0,7	0 - 3	regelmessig	ofte	4
GFS	93	98	87	90	m	m	1,4	0 - 4	m	regelmessig	13

Fylke / sykehus	Beleggsprosent		Beleggsprosent		Antall korridorpasienter uke 24, 1998		Antall korridorpasienter uke 23, 1999		Hyppighet av korridorpasienter 97/98	Hyppighet av korridorpasienter 98/99	Antall ferdigbehandlede pasienter onsdag i uke 23 1999
	1997	1. tertial 1998	1998	1. tertial 1999	Gjennomsnitt hele avd.	Variasjon i løpet av uken	Gjennomsnitt hele avd.	Variasjon i løpet av uken			
Buskerud											
BSS	97	100	100	133,4	10,9	3-18	9,3	3-14	regelmessig	regelmessig	2
Ringerike	101	102	101,6	99,6	0,6	0-2	2,4	0-5	regelmessig	regelmessig	2
Kongsberg	m	m	105	111	m	m	4,4	0-11	regelmessig	regelmessig	0
Vestfold											
VSS	124	130	119	m	3,9	0-8	0,3	0-1	regelmessig	regelmessig	8
Larvik	79	85	107,8	96,6	0,4	0-3	0,3	0-2	av og til	av og til	2
Sandefjord	92	93	87,8	82,4	3,6	0-11	0	0	regelmessig	ofte	0
Horten	93	88	82,29	m	0	m	0	0	regelmessig	regelmessig	4
Telemark											
TSS (Porsgr./Skien)	113	105	101,7	101,4	2,6	1-5	3,8	1-7	regelmessig	regelmessig	1
Notodden	72	91	87,3	96,6	0,6	0-2	0	0	ofte	ofte	0
Rjukan	88	95	94,2	98,8	0,1	0-1	0	0	av og til	ofte	2
Aust-Agder											
AAS	93	96	99,2	98,5	2	0-7	5,1	1-9	regelmessig	regelmessig	6
Vest-Agder											
VAS	88	100	94,8	108	3,1	0-7	4,6	2-11	regelmessig	regelmessig	0
Lister sh.	76	106	97,1	95,1	0	m	0,4	0-2	av og til	av og til	0
Rogaland											
SIR	103	110	98	116,7	5,8	0-18	11,6	1-22	regelmessig	regelmessig	14
Haugesund	97	108	100,2	106,4	6,3	4-7	3,7	0-8	regelmessig	regelmessig	2
San. f. revmatismesh.	85	92			0				av og til	av og til	
Hordaland											
Haukeland	98	100	112,4	123,4	4,1	0-10	19,6	16-22	regelmessig	regelmessig	4
- hjerteavd.	101	114			7,3	0-13			regelmessig	regelmessig	
- medisinsk avd.	99	109			0	m			regelmessig	regelmessig	
- lungeavd.	m	m	102	109	0	m	6,4	4-9	ofte	regelmessig	9
Diakonissesh.	90	84			0	m			aldri/sjelden	aldri/sjelden	
Odda	115	112	98,6	113,3	0,7	0-3	0,7	0-1	regelmessig	regelmessig	2
Stord	80	95	78,6	95,1	0	m	0,6	0-2	ofte	regelmessig	
Voss									ofte	regelmessig	

Fylke / sykehus	Beleggsprosent		Beleggsprosent		Antall korridorpasienter uke 24, 1998		Antall korridorpasienter uke 23, 1999		Hyppighet av korridorpasienter 97/98	Hyppighet av korridorpasienter 98/99	Antall ferdigbehandlede pasienter onsdag i uke 23 1999
	1997	1. tertial 1998	1998	1. tertial 1999	Gjennomsnitt hele avd.	Variasjon i løpet av uken	Gjennomsnitt hele avd.	Variasjon i løpet av uken			
Sogn og Fjordane											
SSF	102	108			0	m			av og til		
Lærdal	102	108	m	m	0	m	1	1 - 6	av og til	av og til	0
Nordfjordeid	76	85	85,5	98,4	0	m	0	0	aldri/sjelden	aldri/sjelden	4
Møre og Romsdal											
Molde	95	119	118,77	108,07	4,1	1 - 8	3,3	0 - 9	regelmessig	regelmessig	7
Alesund	75 - 117	82 - 121	107	112,1	3,6	0 - 7	14,3	11 - 17	regelmessig	regelmessig	15
Volda	110	114	108	118	2,6	0 - 7	6,6	4 - 9	regelmessig	regelmessig	2
Kristiansund	94	107	99,2	95,1	0,1	0 - 1	0	0	ofte	ofte	3
Sør-Trøndelag											
RIT	105	111	105,8	114,6	11,7	1 - 26	30,4	22 - 40	regelmessig	regelmessig	?
Orkdal	m	m	94	103	0,9	0 - 3	0,4	0 - 3	av og til	regelmessig	0
Nord-Trøndelag											
Innherrød	100	104	94,7	92,6	0,4	0 - 2	0	0	ofte		0
Namdal	m	m	106	103	m		0,14	0 - 1	m	regelmessig	0
Nordland											
NSS	100	107	101	102	1,6	1 - 3	2,4	2 - 3	regelmessig	regelmessig	7
Narvik	99	118	110	114,5	4,6	1 - 11	0,3	0 - 2	ofte	ofte	1
Stokmarknes			98	91	2,7	0 - 10	0,4	0 - 1	regelmessig	ofte	m
Lofoten	112	118	89,1	94	3,7	1 - 5	0	0	regelmessig	ofte	0
Rana			94,5	96,7	5,1	0 - 16	0	0	regelmessig	ofte	3
Vefsn	91	111	89,4	96,1	0,1	0 - 1	0	0	regelmessig	sjelden	5
Sandnessjøen	105	118	111	128	0,3	0 - 2	1	0 - 3	av og til	ofte	0
Troms											
RITø	92-110	93-114	107	105	18	8 - 24	6,6	3 - 10	regelmessig	regelmessig	6
Harstad	83	92	93,5	100,2	0,3	0 - 2	0,71	1 - 4	ofte	regelmessig	4
Finmark											
Kirkenes	111	106	99,4	103,4	1,4	0 - 2	0,86	0 - 3	regelmessig	ofte	8
Hammerfest	92	97	100,7	112	0	m	0	0	aldri/sjelden	ofte	4

Spørreskjema til landets indremedisinske avdelinger vedrørende konsekvensene av korridorpasienter

A. Forhold som gjelder alle pasientene i avdelingen:	helt			helt
	uenig	uenig	enig	enig
1 Korridorpasienter medfører redusert legetid pr pasient	0,0	10,2	42,4	47,5
2 Korridorpasienter medfører redusert sykepleietid pr pasient	0,0	3,4	35,6	61,0
3 Korridorpasienter medfører økt risiko for feilbehandling/uhell	0,0	6,8	57,6	35,6
4 Korridorpasienter medfører svekket behandlingskvalitet	0,0	6,8	49,2	44,1
5 Korridorpasienter medfører at pasienter blir skrevet ut for tidlig	0,0	11,9	50,8	37,3
6 Når avdelingen har korridorpasienter er pasientene mer utsatt for sykehusinfeksjoner	0,0	6,9	43,1	50,0
B. Forhold som gjelder korridorpasientene:				
	helt			helt
	uenig	uenig	enig	enig
1 Korridorpasienter får mindre legetid enn øvrige pasienter	3,4	61,0	28,8	6,8
2 Korridorpasienter får mindre sykepleietid enn øvrige pasienter	1,7	50,8	40,7	6,8
3 Korridorpasienter har øket risiko for feilbehandling/uhell Hvis enig, på hvilken måte	0,0	32,8	56,9	10,3
4 For korridorpasienter er behandlingskvaliteten svekket Hvis enig, på hvilken måte	0,0	29,6	53,7	16,7
5 Korridorpasienter blir skrevet ut for tidlig	1,7	61,0	33,9	3,4
6 Korridorpasienter får hyppigere reinnleggelser	7,4	68,5	22,2	1,9
7 Korridorpasienter er mer utsatt for sykehusinfeksjoner	0,0	17,9	51,8	30,4
8 Daglig hygiene, sårstell etc er mer tungvint for korridorpasienter enn for øvrige pasienter	0,0	0,0	22,0	78,0
9 Korridorpasienter må bruke bekken / urinflaske mens de ligger i korridor	0,0	5,1	40,7	54,2
10 Utstyr til akuttmedisinske prosedyrer er mer tungvint tilgjengelig for korridorpasienter enn for øvrige pasienter	1,7	13,8	36,2	48,3
11 Korridorpasienter får ikke tilstrekkelig ro og hvile	0,0	0,0	20,3	79,7
12 Korridorpasienter gis oftere sovemidler enn vanlige pasienter	5,4	39,3	37,5	17,9
13 Når pasienten ligger i korridor er legeundersøkelsen av pasienten ved visitt o.l. hemmet	0,0	3,4	30,5	66,1

	helt uenig	uenig	enig	helt enig
14 Når pasienten ligger i korridor hemmes personalets samtaler med pasienten	0,0	0,0	31,0	69,0
15 Korridorpasienter opplever at besøkssamtaler med pårørende vanskeligjøres	0,0	5,2	44,8	50,0
16 Taushetsplikten er vanskeligere å overholde for korridorpasienter	0,0	12,1	27,6	60,3
17 Ved å ligge i korridor vil enkelte forbigående kunne gjenkjenne pasienten evt. identifisere diagnose ved å se på drypp, medikasjon etc.	0,0	5,3	29,8	64,9

C. Forhold som gjelder avdelingen og som berører korridorpasientene

	ja	nei	vet ikke
1 Har avdelingen skjermbrett til pasienter på korridor?	98,2	1,8	0,0
2 Har korridorpasienter alarmer for å kontakte personalet?	50,0	48,2	1,8
3 Korridorpasienter har medført at avdelingen aviser flere pasienter som ønskes innlagt fra primærlege	35,7	58,9	5,4
4 Avdelingen anvender senger ved andre avdelinger i sykehuset	60,0	40,0	0,0
5 Slik alternativ plassering av pasientene reduserer kvaliteten på behandlingen	71,7	17,0	11,3

D. Forhold som gjelder avdelingens arbeidsmiljø

	ja	nei	vet ikke
1 Er det fysiske arbeidsmiljøet på avdelingen svekket når avdelingen har korridorpasienter?	100,0	0,0	0,0
2 Er det psykososiale arbeidsmiljøet på avdelingen svekket når avdelingen har korridorpasienter?	93,0	7,0	0,0

E. Forhold vedr. primærhelsetjenesten og pasientene generelt:

	ja	nei	vet ikke
1 Pasientene som innlegges for øyeblikkelig hjelp nå er mindre syke enn for 10 år siden	14,3	75,0	10,7
2 Primærlegene legger ofte inn pasienter i avdelingen fordi det mangler tilpassede sykehjemsplasser	73,2	21,4	5,4
3 Tilpassede sykehjemssenger kan gjøre pasientene i avdelingen tidligere utskrivningsklare	92,7	3,6	3,6

Kartlegging belastning VED medisinske avdelinger

SYKEHUS:

Definisjoner / veiledning, utfylling av skjema, se baksiden av arket.

Status på registreringstidspunkt:

Effektive senger (faktisk antall senger avd. har i drift):

Antall:

Hjerteovervåknings- (medisinsk intensiv) senger:

Antall:

Er hjerteovervåknings-/med. intensivsenger inkludert i antall effektive senger?

Ja

Nei

Har avdelingen senger / poster som er stengt.

Ja

Nei

Dersom ja, oppgi antall stengte senger.

Antall:

Beleggsprosent for hele året 1998 og 1. tertial 1999

	Beleggsprosent	
	1998	1. tertial (1/1- 31/4) 1999
Hele avdelingen		
Dersom tilgjengelige data, post / seksjon:		

Eventuell kommentar:

Skjema utfyllt av (kontaktperson):

Utfyllt skjema bes sendt Statens helsetilsyn m/kopi til fylkeslegen innen 21. juni 1999.

UTFYLLING AV SKJEMA - SPØRREUNDERSØKELSE 1999 OM BELASTNING VED MEDISINSKE AVDELINGER

VEILEDNING BEGREPER OG DEFINISJONER

Effektive senger = Gjennomsnittlig antall tilgjengelige senger i løpet av året.

Dette er en beregnet størrelse, og viser gjennomsnittlig antall tilgjengelige sengedøgn i løpet av året (ref. NIS). I praksis er dette det faktisk antall senger avdelingen har i drift, dvs. normalsenger ved sengepostene.

Normerte senger skal **ikke** brukes. Dagplasser / observasjonssenger skal **ikke** inkluderes.

Ved beregning må det gjøres fratrukk for antall dager i året der poster, senger har vært ute av drift på grunn av f.eks. feriestengning, annen stengning, korreksjon for 5 eller 6 døgnposter mv.

Tekniske senger (hjerterovervåkning-, intensivplasser mm.) inngår i.f. NIS i antall effektive senger dersom pasienten ikke disponerer annen seng i tillegg. I praksis antar vi at det er få avdelinger som har en ledig seng stående når pasienten er midlertidig plassert i en teknisk seng.

Vi ber i denne sammenheng kun å få opplyst om tekniske senger er medregnet eller ikke, slik at vi kan gjøre eventuelle korreksjoner med hensyn til sammenligning mellom sykehus..

Beleggsprosent =

$$\frac{\text{sum liggedager} \times 100}{\text{effektive senger} \times 365 \text{ (* eller antall kalenderdøgn i perioden)}}$$

* NB! Dersom senger / poster har vært stengt i deler av året brukes det antall kalenderdøgn sengene / posten har vært åpene ved beregning av beleggsprosent.

Korridorpasienter: Med korridorpasient forstås pasient som på et gitt tidspunkt er plassert i seng i sykehuskorridor (gjelder også pasienter plassert på bad, skyllerom, dagligstue mm.) på grunn av mangel på ordinære sengeplasser.

KARTLEGGING AV KORRIDORPASIENTER
Medisinske avdelinger

SYKEHUS:

Med korridorpatient forstås pasient som på et gitt tidspunkt er plassert i seng i sykehuskorridor (gjelder også pasienter plassert på bad, skyllerom, dagligstue mm.) på grunn av mangel på ordinær sengeplass.

Antall korridorpasienter de enkelte ukedager kl. 08.00 - uke 23 (7. - 12. juni 1999)

	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag
Hele avdelingen							
Den enkelte sengepost eller seksjon							

Ferdigbehandlede pasienter (definisjon se baksiden av arkett)

Antall ferdigbehandlede pasienter onsdag 9/6 – totalt hele avdelingen.	
-------------------------------------------------------------------------------	--

Hvor hyppig forekommer korridorpasienter på din avdeling? (ref. siste året)

- aldri/sjelden (0 - 4 ggr. pr. år):
- av og til (2 - 4 ggr. pr. kvartal):

- ofte (2 - 4 ggr. pr. måned):
- regelmessig (2 - 4 ggr. pr. uke):

Eventuelle kommentarer: Skriv på baksiden eller eget ark

Skjema utfyllt av (kontaktperson):

Utfyllt skjema bes sendt Statens helsetilsyn m/kopi til fylkeslegen innen 21. juni 1999.

Når en pasient er ferdigbehandlet

Vi har lagt til grunn definisjoner i forskrift om kommunal betaling for ferdigbehandlede pasienter fastsatt av Sosial- og helsedepartementet 16. desember 1998.

En pasient er **ferdigbehandlet** når følgende punkter er vurdert og konklusjonene dokumentert i pasientjournalen (§ 3) :

1. Problemstillingen(e) ved innleggelsen slik disse var formulert av innleggende lege skal være avklart,
2. Øvrige problemstillinger som har framkommet skal som hovedregel være avklart,
3. Dersom man avstår fra endelig å avklare enkelte spørsmål skal dette redegjøres for,
4. Det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose(r), samt videre plan for oppfølging av pasienten,
5. Pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelse, og forventet framtidig utvikling skal være vurdert,
6. Dersom pasienten har behov for spesialisthelsetjenester som er utenfor den aktuelle avdelingens ansvarsområde, skal det sørges for at relevant kontakt etableres, og plan for denne oppfølgingen beskrives.

Vi ønsker oppgitt **antall ferdigbehandlede pasienter på kartleggingsdagen** (onsdag 9/6-99) basert på pkt. 1-6 ovenfor.

Spørreskjema til landets indremedisinske avdelinger vedrørende konsekvensene av korridorpasienter

A. Forhold som gjelder alle pasientene i avdelingen:

	helt uenig	uenig	enig	helt enig
1 Korridorpasienter medfører redusert legetid pr pasient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Korridorpasienter medfører redusert sykepleietid pr pasient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Korridorpasienter medfører økt risiko for feilbehandling/uhell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Korridorpasienter medfører svekket behandlingskvalitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Korridorpasienter medfører at pasienter blir skrevet ut for tidlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Når avdelingen har korridorpasienter er pasientene mer utsatt for sykehusinfeksjoner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Forhold som gjelder korridorpasientene:

	helt uenig	uenig	enig	helt enig
1 Korridorpasienter får mindre legetid enn øvrige pasienter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Korridorpasienter får mindre sykepleietid enn øvrige pasienter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Korridorpasienter har øket risiko for feilbehandling/uhell Hvis enig, på hvilken måte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 For korridorpasienter er behandlingskvaliteten svekket Hvis enig, på hvilken måte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Korridorpasienter blir skrevet ut for tidlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Korridorpasienter får hyppigere reinnleggelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Korridorpasienter er mer utsatt for sykehusinfeksjoner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Daglig hygiene, sårstell etc er mer tungvint for korridorpasienter enn for øvrige pasienter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Korridorpasienter må bruke bekken / urinflaske mens de ligger i korridor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Utstyr til akuttmedisinske prosedyrer er mer tungvint tilgjengelig for korridorpasienter enn for øvrige pasienter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Korridorpasienter får ikke tilstrekkelig ro og hvile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Korridorpasienter gis oftere sovemidler enn vanlige pasienter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Når pasienten ligger i korridor er legeundersøkelsen av pasienten ved visitt o.l. hemmet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	helt uenig	uenig	enig	helt enig
14 Når pasienten ligger i korridor hemmes personalets samtaler med pasienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Korridorpasienter opplever at besøkssamtaler med pårørende vanskelig gjøres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Taushetsplikten er vanskeligere å overholde for korridorpasienter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Ved å ligge i korridor vil enkelte forbipasserende kunne gjenkjenne pasienten evt. identifisere diagnose ved å se på drypp, medikasjon etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. Forhold som gjelder avdelingen og som berører korridorpasientene

	ja	nei	vet ikke
1 Har avdelingen skjerm Brett til pasienter på korridor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Har korridorpasienter alarmer for å kontakte personalet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Korridorpasienter har medført at avdelingen aviser flere pasienter som ønskes innlagt fra primærlege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Avdelingen anvender senger ved andre avdelinger i sykehuset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Slik alternativ plassering av pasientene reduserer kvaliteten på behandlingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D. Forhold som gjelder avdelingens arbeidsmiljø

	ja	nei	vet ikke
1 Er det fysiske arbeidsmiljøet på avdelingen svekket når avdelingen har korridorpasienter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Er det psykososiale arbeidsmiljøet på avdelingen svekket når avdelingen har korridorpasienter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E. Forhold vedr. primærhelsetjenesten og pasientene generelt:

	ja	nei	vet ikke
1 Pasientene som innlegges for øyeblikkelig hjelp nå er mindre syke enn for 10 år siden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Primærlegene legger ofte inn pasienter i avdelingen fordi det mangler tilpassede sykehjemsplasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Tilpassede sykehjemssenger kan gjøre pasientene i avdelingen tidligere utskrivningsklare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer (evt. på eget ark):

Skjema utfyllt av: _____

Utfyllt skjema sendes Statens helsetilsyn m/kopi til fylkeslegen innen 21. Juni 1999