



STATENS HELSETILSYN

KONTOR: CALMEYERS GATE 1 - TELEFONER 22 24 88 88 22 24 90 90 - TELEFAKS 22 24 95 90
POSTADRESSE: POSTBOKS 8128 DEP, 0032 OSLO

GJENNOMGANG AV LANDETS SYKEHUS - DELRAPPORT 1

KARTLEGGING AV KORRIDORPASIENTER OG BELEGGSPROSENT VED INDREMEDISINSKE, KIRURGISKE- OG ORTOPEDISKE AVDELINGER

Oktober 1998

0.0 Sammen drag	3
1.0 Innledning	4
2.0 Metode	4
2.1 Datakvalitet og metodeproblemer	4
3.0 Resultater	6
3.1 Korridorpasienter ved landets sykehus	7
3.1.1 Forekomst av korridorpasienter uke 24 1998	7
3.1.2 Hyppighet av korridorpasienter på årsbasis	9
3.2 Beleggsprosent ved landets sykehus	10
3.2.1 Beleggsprosent i 1997	10
3.2.2 Beleggsprosent 1. tertial 1998	11
3.3 Belastning og type sykehus	11
3.4 Belastning og fylke	11
4.0 Drøfting	12
4.1 Konsekvenser av korridorpasienter	14
4.2 Grenser - hva er akseptabelt og forsvarlig?	15
4.3 Hva kan gjøres? Ansvar for oppfølging	16
5.0 Helsetilsynets bemerkninger	17
Belastning ved indremedisinske avdelinger	18
Belastning ved kirurgiske og ortopediske avdelinger	21
Vedlegg nr 1	25
Vedlegg nr 2	28

0.0 Sammendrag

Statens helsetilsyn har på oppdrag av Sosial- og helsedepartementet (SHD) foretatt en gjennomgang av kapasitets- og driftsforhold, på enkelte områder, ved landets somatiske sykehus. Dette er en delrapport som omfatter belastningen ved indremedisinske, kirurgiske og ortopediske avdelinger. 61 sykehus er med i undersøkelsen. Som indikatorer på belastningen er beleggsprosent og antall korridorpasienter kartlagt. De viktigste resultatene kan oppsummeres i følgende hovedpunkter:

- Belastningen er størst ved indremedisinske avdelinger.
- 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.
- Kartlegging i uke 24 (8. - 14. juni), 1998 viste at et gjennomsnittlig overbelegg med korridorpasienter på 10% utover normal sengekapasitet ikke var uvanlig. Maksimal belastning med overbelegg høyere enn 20% av normal sengekapasitet forekom ved mange sykehus.
- 37% av de indremedisinske og 14% av de kirurgiske-/ortopediske avdelingene hadde en gjennomsnittlig beleggsprosent på 100% eller høyere i 1997. Samtidig hadde 48% av de kirurgiske-/ortopediske avdelingene en gjennomsnittlig beleggsprosent lavere enn 85%.
- Belastningen er høyest ved de store sykehusene. Størst er belastningen ved regionsykehusene, deretter følger sentralsykehusene. Med enkelte unntak er belastningen gjennomgående mindre ved store fylkessykehus og lokalsykehusene.

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 kan imidlertid ikke på grunnlag av de opplysninger som har fremkommet under denne undersøkelsen, konkludere med at det er et slikt kvalifisert avvik fra god praksis, at det er grunnlag for at drift og behandling er uforsvarlig ved noen av sykehusene.

Helsetilsynet vil imidlertid påpeke at det i 1997, etter mer detaljert gjennomgang, i 4 tilfeller er gitt varsel om pålegg, eller pålegg, fordi behandling er vurdert til å være uforsvarlig, og der overbelegg og korridorpasienter har vært er en vesentlig faktor for Helsetilsynets beslutning i disse tilfellene. Det er derfor viktig at sykehusene og eierne tar denne problematikken på alvor. Korridorpasienter må være unntaket, ikke regelen.

Helsetilsynet vil tilråde at det enkelte sykehus og sykehuseier snarlig bør gjennomgå og vurdere situasjonen lokalt, og iverksette nødvendige tiltak for å redusere belastning som fører til overbelegg. Sykehusene bør dessuten få standardiserte registreringssystemer for sentrale virksomhetsdata, bl.a. beleggsprosent, og datakvaliteten må bedres.

1.0 Innledning

I den senere tid har det vært rettet oppmerksomhet mot situasjonen, særlig i de større sykehusene. Det har vært fokusert på kapasitet i tilbudet (kvantitative forhold), spørsmål om forsvarlig drift og behandling, utstyrs-mangel og nedslitt utstyr, personellmangel og andre ressursbehov. Situasjonen som oppstod ved Sentralsykehuset i Akershus (SIA) høsten 1997 ga sterkt fokus på denne debatten.

I hht. lov om statlig tilsyn med helsetjenesten, har Statens helsetilsyn det overordnede faglige tilsyn med helsetjenesten i landet og skal utøve myndighet og gi råd i samsvar med det som er bestemt ved lov, forskrift eller pålegg fra departementet. Arbeidsoppgaver og myndighet fremgår av Instruks for Statens helsetilsyn, fastsatt ved kgl.res. 18. februar 1994.

På denne bakgrunn har Sosial- og helsedepartementet gitt Statens helsetilsyn i oppdrag å gjennomgå kapasitets- og driftsforhold ved landets sykehus i 1998, spesielt med henblikk på forsvarlig drift og behandling.

Denne rapporten er en delrapport og omfatter ett av flere områder som Statens helsetilsyn er bedt om å se på.

I lengre tid har det vært fokusert på høy belastning og korridorpasienter ved mange av landets sykehus. Det gjelder særlig avdelinger som har øyeblikkelig hjelp funksjoner. Statens helsetilsyn har derfor valgt å kartlegge korridorbelegg og beleggsprosent ved indremedisinske, kirurgiske og ortopediske avdelinger ved landets sykehus.

2.0 Metode

Som mål på kapasitet og belastning ved indremedisinske, kirurgiske og ortopediske avdelinger ble antall korridorpasienter og gjennomsnittlig beleggsprosent valgt som indikatorer.

Det er foretatt kartlegging ved bruk av standardiserte spørreskjema (se vedlegg nr. 1) som ble sendt til alle landets somatiske sykehus. Sykehusene ble bedt om å returnere utfylt skjema til fylkeslegen, for eventuelle tilleggskommentarer, før de ble videresendt til Statens helsetilsyn. Alle data er samlet, systematisert og analysert av Statens helsetilsyn.

For å sikre kvalitet på data og mulighet for sammenligning mellom sykehus, ble det 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 nr. 2.

For kartlegging av korridorpasienter ble det foretatt en daglig registrering, på samme tidspunkt, i uke 24 (8.-14. juni), 1998. I tillegg ble det forespurt om hyppighet av korridorpasienter på årsbasis samt hvilken periode i året hvor belastningen er høyest og lavest.

2.1 Datakvalitet og metodeproblemer

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.

Vi vil kort drøfte noen av de metodeproblemene som er til stede og hva beleggsprosent er uttrykk for.

Beleggsprosent er definert som

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

(Ref. NIS, Samdata-rapport 6/97)

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

Pasienter i permisjon vil naturligvis ikke være en reell belastning i permisjonsperioden. I hvilket omfang sykehusene har pasienter på permisjon og hvilket utslag dette gir på beleggsstatistikken har vi ikke data for. Vi antar at denne problematikken kanskje er mest aktuell ved sykehus med stort innslag av elektiv (planlagt virksomhet) med permisjoner lagt til helger og høytider.

Et annet moment er om tekniske senger (hjerteovervåkning, intensivsenger, dialyseplasser mm.) er inkludert i antall effektive senger eller ikke. *Tekniske senger 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 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 er innlagt på hjerteovervåkingen. Dette vil gi en "falsk" høy beleggsprosent ved den ordinære sengeposten.

Flertallet av sykehusene har oppgitt at tekniske senger inngår i beregningsgrunnlaget for antall effektive senger. De sykehusene som ikke har inkluderte tekniske senger vil ha en "falsk" høy beleggsprosent. Korreksjon for dette forhold har størst betydning ved medisinske avdelinger mht. hjerteovervåkningsplasser. Korreksjon for hjerteovervåknings-senger vil kunne gi en reduksjon av gjennomsnittlig beleggsprosent på 5 - 15 %, avhengig av antall senger og liggedøgn ved hjerteovervåkingen. Det er imidlertid ikke rimelig å legge til grunn full utnyttelse av hjerteovervåknings-senger / andre tekniske senger til enhver tid, da det ved slike poster bør være en viss ledighet for beredskap, og for å kunne ta topper av belastning.

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. Noen sykehus opererer med rapporter basert både på faktisk antall senger (effektive senger) og normerte senger.

Effektive senger er det faktiske antall senger som er i bruk. Det skal korrigeres for stengning av senger / poster i ferie, midlertidige stengning av annen årsak m.v. Dersom slik korreksjon ikke foretas, vil registrert gjennomsnittlig beleggsprosent bli lavere enn den faktiske på årsbasis.

Ved de fleste sykehusene har vi inntrykk av at registreringsrutinene er gode i hht. de registreringssystemer som brukes. Men ved enkelte sykehus kan vi få inntrykk av at det ikke er gode nok rutiner for oversikt og oppdaterte virksomhetsdata.

Registrering av antall liggedager er rimelig standardisert og korrekt ved sykehusene. Eventuelle avvik antas ikke å ha større kvantitativ betydning. Begrepet effektive senger er kjent ved de fleste sykehusene og de fleste har oppgitt at retningslinjene for beregning av antall effektive senger er fulgt.

Basert på de forutsetninger som er lagt til grunn, vurderes beleggprosenten å være rimelig korrekt ved flertallet av sykehusene. Vi har derfor funnet det riktig å legge sykehusenes egne opplysninger til grunn.

På grunn av ulikt registreringsgrunnlag, metode og kvalitet på data må det likevel tas forbehold ved bruk av data. De oppgitte tall for beleggprosent 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. Det må antas at de oppgitte tall for gjennomsnittlig beleggprosent, i de tabellariske oversiktene, er noe høyere enn den reelle gjennomsnittlige belastningen ved sykehusene. En høy gjennomsnittlig beleggprosent indikerer likevel at avdelingen i perioder vil ha en høy belastning og overbelegg.

Et bedre mål, indikator, for den faktiske belastningen er antall 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 ordinær sengeplass.

3.0 Resultater

Kartleggings skjema ble sendt til alle landets somatiske sykehus med kopi til fylkeslegene og fylkeshelsesjefene. Til sammen 64 sykehus fikk tilsendt skjema. Av disse har 61 sykehus svart helt eller delvis på de spørsmål som ble stillet. Det var nødvendig med purring for å utfyllende svar i mange tilfelle. Dette gjaldt spesielt opplysninger om beleggprosent. Totalt gir dette en svarprosent på 95%.

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.

En del 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.

Oversikt for alle sykehusene, av de forhold som ble kartlagt, er vist i tabell 1 for indremedisinske avdelinger og i tabell 2 for kirurgiske- og ortopediske avdelinger. Resultatene for korridorpasienter og beleggprosent vil først bli drøftet hver for seg og deretter drøftes i sammenheng.

3.1 Korridorpasienter ved landets sykehus

De alle fleste sykehusene besvarte den delen av undersøkelsen, og datakvaliteten bedømmes til å være god. Noen sykehus var imidlertid i kartleggingsperioden rammet av AF- og YS-streiken. Dette gikk utover elektiv virksomhet ved kirurgiske og ortopediske avdelinger. Noen få sykehus har derfor ikke foretatt noen registrering i kartleggingsperioden. Resultatene for alle sykehusene er vist i tabell 1 og 2. Tabell 3 og 4 viser antall korridorpasienter og antall effektive senger ved et utvalg av sykehus, dvs. de sykehusene som hadde flere eller mange korridorpasienter i kartleggingsuken.

3.1.1 Forekomst av korridorpasienter uke 24 1998

De viktigste funnene kan kort skisseres som følger:

- Antall korridorpasienter er klart størst ved de medisinske avdelingene
- Gjennomsnittlig daglig antall korridorpasienter i løpet av uken varierte fra 1 til 18. Variasjonen i løpet av ukens dager var betydelig (fra 1-26 ved medisinsk avd., RIT og fra 8-24 ved medisinsk avd., RiTØ).

Ved medisinske avdelinger synes belastningen å være størst de først dagene i uken (mandag - tirsdag). Ved kirurgiske og ortopediske avdelinger synes belastningen å være størst i midten av uken (onsdag - torsdag). Flere sykehus har et betydelig antall korridorpasienter også i helgene, spesielt medisinske avdelinger.

Overbelegg sett i forhold til antall senger ved avdelingene er gjennomsnittlig høyest ved medisinske avdelinger. Ved flere avdelinger er gjennomsnittlig overbelegg med korridorpasienter mer enn 10%. Maksimalt overbelegg var mer enn 20% ved 8 medisinske og 3 kirurgiske avdelinger.

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

Var uke 24 representativ for belastningen på årsbasis?

Et lite flertall av de medisinske avdelingene mener at registreringen er representativ for

belastningen på årsbasis, mens et lite flertall av de kirurgiske og ortopediske avdelingene angir at registreringen ikke er representativ for belastningen på årsbasis.

Det er noe variasjon i årstidsbelastningen mellom sykehusene, men de fleste oppgir størst belastning om høsten, vinteren og tidlig vår (oktober - april). Belastningen er lavest i sommerperioden (mai - september). Mange avdelinger oppgir en jevn stor belastning hele året. Dette gjelder særlig medisinske avdelinger. Sykehusene tilskriver dette et jevnt tilsig av øyeblikkelig hjelp innleggelser.

Ved noen sykehus som var rammet av AF-streiken i kartleggingsuken, er kartleggingen ikke representativ for belastningen på årsbasis. Dette gjelder først og fremst kirurgiske og ortopediske avdelinger som hadde stopp i inntak av elektive (planlagte) pasienter. Streiken synes ikke å ha hatt noen større betydning for belastningen ved medisinske avdelinger.

Tabell 3. Korridorpasienter ved et utvalg av indremedisinske avdelinger

Fylke / sykehus	Daglig antall korridorpasienter uke 24, 1998		Antall effektive senger i avdelingen
	Gjennomsnitt hele avdelingen	Variasjon i løpet av uken	
Østfold			
Sykehuset Østfold			
- SØ Fredrikstad	7,0	3 - 18	117
- SØ Sarpsborg	2,4	2 - 5	31
Akershus			
SIA	1,1	0 - 5	122
Bærum sh.	4,3	0 - 13	104
Oslo			
Ullevål (med. klinikk)	17,8	12 - 22	122
Aker (med. klinikk)	12,9	4 - 21	104
Buskerud			
BSS	10,9	3- 18	82
Vestfold			
VSS	3,9	0 - 8	49
Sandefjord	3,6	0 - 11	46
Aust-Agder			
AAS	2	0 - 7	
Vest-Agder			
VAS	3,1	0 - 7	95
Rogaland			
SIR	5,8	0 - 18	235
Haugesund	6,3	4 - 7	74
Hordaland			
Haukeland			
- hjerteavd	4,1	0 - 10	86
- medisinsk avd.	7,3	0 - 13	117
Møre og Romsdal			
Molde	4,1	1 - 8	55
Ålesund	3,6	0 - 7	97
Volda	2,6	0 - 7	26
Sør-Trøndelag			
RIT	11,7	1 - 26	212
Nordland			
NSS	1,6	1 - 3	84
Narvik	4,6	1 - 11	30
Stokmarknes	2,7	0 - 10	
Lofoten	3,7	1 - 5	24
Rana	5,1	0 - 16	30
Troms			
Ritø	18	8 - 24	101

Tabell 4. Korridorpasienter ved et utvalg av kirurgiske og ortopediske avdelinger

Fylke / sykehus	Daglig antall korridorpasienter uke 24 , 1998		Antall effektive senger i avdelingen
	Gjennomsnitt hele avdelingen	Variasjon i løpet av uken	
Østfold			
Sykehuset Østfold			
- SØ Fredrikstad			
-- kirurgisk avd	1,3	0 - 5	85
-- ortopedisk avd.	1,1	0 - 4	32
- SØ Moss	1,3	0 - 9	65
Akershus			
SIA			
- kirurgisk avd.	7,3	0 - 20	78
- ortopedisk avd.	2,6	1 - 6	51
Bærum sh.	7,6	4 - 11	81
Oslo			
Ullevål			
- gastroavd.	5,3	2 - 8	54
- ortopedisk avd.	3,0	0 - 6	78
Aker (kir. klinikk)	6,4	2 - 14	114
Vestfold			
VSS			
- kirurgisk avd.	0,6	0 - 2	52
- ortopedisk avd.	2,7	0 - 10	31
Rogaland			
Haugesund	4,6	0 - 10	72
Hordaland			
Haukeland			
- kirurgisk avd.	3,7	0 - 8	119
- ortopedisk avd.	0,9	0 - 3	60
Sør-Trøndelag			
RIT			
- kirurgisk avd.	3,0	1 - 6	122
Nord-Trøndelag			
Innherred	10,6	0 - 24	93
Nordland			
NSS			
- kirurgisk avd.	0,6	0 - 3	62
Rana	2,4	0 - 4	23

3.1.2 Hyppighet av korridorpasienter på årsbasis.

Sykehusenes angivelse av korridorpasienter på årsbasis fremgår i tabell 5 for indremedisinske avdelinger, og i tabell 6 for kirurgiske og ortopediske avdelinger. Kartleggingen viser at 79% av de medisinske og 59% av de kirurgisk / ortopediske avdelingene oppgir at de regelmessig eller ofte har korridorpasienter.

Tabell 5. Forekomst av korridorpasienter ved indremedisinske avdelinger

Antall sykehus/ avdelinger (n = 59)	Forekomst 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
	35	59	12	20	6	10	6	10

Tabell 6. Forekomst av korridorpasienter ved kirurgiske- og ortopediske avdelinger

Antall sykehus/ avdelinger (n = 68)	Forekomst korridorpasienter - kirurgiske og ortopediske 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
	22	32	18	27	15	22	13	19

3.2 Beleggsprosent ved landets sykehus

3.2.1 Beleggsprosent i 1997

Gjennomsnittlig beleggsprosent for det enkelte sykehus fremgår av tabell 1 og 2. Tabell 7 og 8 viser at 37% av de indremedisinske og 14 % av de kirurgiske / ortopediske avdelingene hadde en gjennomsnittlig beleggsprosent på 100% eller mer i 1997. Samtidig viser det seg at nærmere 48% av de kirurgiske- / ortopediske avdelingene hadde et belegg på under 85%.

Tabell 7. Beleggsprosent ved indremedisinske avdelinger 1997

Antall sykehus / avdelinger (n = 57)	Gjennomsnittlig beleggsprosent 1997 - indremedisin					
	over 100%		85 - 100%		under 85%	
	antall	prosent	antall	prosent	antall	prosent
	21	37	27	47	9	16

Tabell 8. Beleggsprosent ved kirurgiske og ortopediske avdelinger 1997

Antall sykehus / avdelinger (n = 73)	Gjennomsnittlig beleggsprosent 1997 - kirurgi og ortopedi					
	over 100%		85 - 100%		under 85%	
	antall	prosent	antall	prosent	antall	prosent
	10	14	28	38	35	48

3.2.2 Beleggsprosent 1. tertial 1998

Gjennomgående kan det synes som om beleggsprosenten har økt i 1998 sammenlignet med 1997 (se tabell 1 og 2). Det kan imidlertid ikke trekkes noen entydig konklusjon da vi ikke har sammenligning med samme periode i 1997.

Beleggsprosent for 1997 er gjennomsnitt for hele året. Det innbefatter også sommerhalvåret som har lavere belastning enn resten av året, og derfor vil den gjennomsnittlige belastningen på årsbasis reduseres. Tilsvarende antas også å gjelde for 1998.

Konklusjon som kan trekkes om data for 1. tertial 1998 er at belastningen fremdeles er stor, og tallene indikerer at det i perioder har vært et betydelig overbelegg ved mange sykehus.

3.3 Belastning og type sykehus

NIS har i Samdata-rapport 6/97 benyttet en inndeling av sykehusene i 6 grupper, nemlig: Regionsykehus, sentralsykehus, fylkessykehus med sentralsykehusfunksjoner, lokalsykehus, fylkessykehus med redusert lokalsykehusstilbud og somatiske spesialsykehus.

Vi har her forenklet dette til inndeling i 3 grupper som omfatter regionsykehus, sentralsykehus, fylkessykehus med sentralsykehusfunksjoner (store fylkessykehus) og lokalsykehus.

Belastning relatert til type sykehus og indremedisin er vist i tabell 9. Tabellen viser at belastningen er størst ved de store sykehusene. Størst er belastningen ved regionsykehusene, deretter følger sentralsykehusene, store fylkessykehus og lokalsykehus.

Alle regionsykehusene, med unntak av Rikshospitalet, hadde en beleggsprosent på over 100% i 1997, et høyt antall korridorpasienter i uke 24, 1998, og alle oppga regelmessig forekomst av korridorpasienter på årsbasis.

Når det gjelder kirurgiske og ortopediske avdelinger er den gjennomsnittlige belastningen på landsbasis mindre enn ved de indremedisinske avdelingene. Men både når det gjelder forekomst av korridorpasienter og beleggsprosent er belastningen også her, størst ved de store sykehusene. Belastningen er som ventet gjennomgående lavere ved avdelinger uten øyeblikkelig-hjelp-funksjon og som i hovedsak driver elektiv virksomhet.

Det finnes noen unntak i forhold til funnene ovenfor. Enkelte store lokalsykehus har betydelig belastning bl. a. Bærum sykehus og Fylkessykehuset i Haugesund samt noen av lokalsykehusene i Nordland.

Forøvrig vil vi bemerke at noen sykehus med stor belastning og overbelegg har stengt senger eller sengeposter. Se tabell 1 og 2. Vi kjenner ikke årsaken til stengningen ved det enkelte sykehus.

3.4 Belastning og fylke

Denne kartleggingen viser størst belastning ved de store sykehusene i Oslo, Østfold, Akershus, Vestfold, Rogaland, Hordaland, Sør-Trøndelag og Troms samt ved noen av lokalsykehusene i Nordland.

Tabell 9. Belastning og type sykehus - indremedisin

Type sykehus	Beleggsprosent 1997			Uke 24, 1998 %-vis overbelegg av korridorpas enter Antall sykehus			Forekomst korridorpasienter på årsbasis			
	Antall sykehus			Antall sykehus			Antall sykehus			
	over 100 %	85-100%	under 85 %	over 10%	0-10%	0%	regel- messig	ofte	av og til	sjelden/ aldri
Regionsykehus	4	1	-	3	1	1	4	-	-	1
Sentralsykehus	8	4	-	1	7	2	9	2	1	-
Store fylkessykehus og lokalsykehus	12	18	8	4	17	17	19	8	7	4

4.0 Drøfting

Med en svarprosent på over 90% er kartleggingen representativ for landets sykehus. Antall korridorpasienter er et konkret og direkte mål på belastning og overbelegg. Flertallet av de indremedisinske avdelingene oppga at uke 24, 1998 var representativ for belastningen på årsbasis, mens de kirurgiske og ortopediske avdelingene mente at denne uken ikke var representativ for belastningen på årsbasis. Belastningen er høyere i andre perioder på året. Både indremedisinske og kirurgiske-/ortopediske avdelinger oppgir at belastningen er høyest i perioden oktober til april. I tillegg var noen sykehus rammet av YS- og AF-streiken i kartleggingsperioden.

Det må derfor antas at antall korridorpasienter er høyere i store deler av året enn hva som har fremkommet i denne undersøkelsen. Det kan derfor være hensiktsmessig med nye kartlegginger i andre perioder av året.

Metodeproblemer og datakvalitet relatert til beleggsprosent er grundig drøftet tidligere under pkt. 2.1. Gjennomsnittlig beleggsprosent på årsbasis gir ikke et godt nok uttrykk for den reelle belastningen på avdelingene til enhver tid. Det må antas at de oppgitte tall for beleggsprosent i de tabellariske oversiktene er høyere enn det faktiske antall pasienter på sengepostene. Som tidligere nevnt er det 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 at beleggsprosent er en brukbar indikator og gir en klar indikasjon på belastningen ved sykehusene. Men registrering av korridorpasienter gir et bedre og mer direkte mål for den reelle belastningen.

Overbelegg og korridorpasienter er et problem først og fremst ved indremedisinske avdelinger, men forekommer også ved mange kirurgiske og ortopediske avdelinger. Korridorpasienter er faktisk regelen og ikke unntaket ved flertallet av landets sykehus.

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 i 1997 og sykehusenes angivelse av forekomst av korridorpasienter på årsbasis. Faktisk antall registrerte korridorpasienter i uke 24, 1998 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, kirurgiske og ortopediske avdelinger ved landets sykehus.

I 1996 ble det i regi av Helsetilsynet fortatt en kartlegging av beleggsprosent ved et utvalg av indremedisinske avdelinger, til sammen 47 avdelinger, ved landets sykehus. Denne kartleggingen viste også at belegget gjennomgående var høyest ved de store sykehusene, men det var i tillegg stor belastning ved flere mindre sykehus og problemer var til stede i hele landet.

Metode og definisjon av begreper var mindre presis ved denne kartleggingen og datakvaliteten var varierende. Det var heller ikke presisert at utregning skulle baseres på antall effektive senger. Siden metodevalg og definisjoner ikke er like, vil vi være varsomme med å trekke generelle konklusjoner om endringer fra 1996 til 1997.

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.

Problematikken er klart relatert til avdelinger med øyeblikkelig-hjelp funksjon. Ved de medisinske avdelingene innlegges fra 85 til mer enn 90% av pasientene som øyeblikkelig hjelp. Dette gjør at mulighet for styring av pasientinntaket er liten. Kirurgiske og ortopediske avdelinger har en lavere andel øyeblikkelig-hjelpinnleggelser, og kan til en viss grad styre inntak ved stopp i inntak av elektive (planlagte) operasjoner. Dette kan dog medføre økt ventetid, lengre ventelister og vansker med å overholde ventelistegarantien.

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 absolutt 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 behandlingsnivå, d.v.s. poliklinisk, dagbehandling og dagkirurgi.

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, antas å forårsake flere sykehusinnleggelser. Det kan være grunn til å spørre om planleggere og helsetjenesten har vært klar over, og tatt konsekvensen av dette forhold.

4.1 Konsekvenser av korridorpasienter

Hyppig forekomst av korridorpasienter gir konsekvenser på flere områder. Vi vil her nevne:

- Pasientens integritet:

Det blir vanskelig å ivareta pasientens integritet, krav til ro og hvile og alminnelig verdighet. Klinisk undersøkelse og god behandling og pleie vanskeliggjøres. Samtale med pasientene og informasjon gitt i en korridor er ikke akseptabelt. Taushetsplikt er vanskelig å overholde.

- Arbeidsmiljø, kvalitet og forsvarlig behandling:

Belastningen på personale blir stor med fare for stress, slitasje og dårligere arbeidsmiljø. Overbelegg er ofte forbundet med underbemanning, og avdelingene er ikke bemannet for et pasientantall utover hva sengepostene er beregnet for. Avdelingene må ofte benytte ekstrasjelp og vikarer. Dette øker belastningen ytterligere. Flere sykehus beskriver økt antall sykemeldinger, personalflykt og rekrutteringsvansker som følge av stort overbelegg. Dette fører igjen til ubesatte stillinger og ytterligere rekrutteringsvansker.

Stresset arbeidssituasjon og vanskelige arbeidsforhold øker fare for feilbehandling. Kvalitetskrav, krav til sikkerhet og prosedyrer kan bli vanskeligere å overholde. Krav til hygiene kan bli vanskelig å følge opp, og fare for smittespredning kan øke. Helsepersonell har hevdet at denne høye belastningen har svekket sikkerhetsnivået. Det har også vært hevdet at arbeidsbelastningen og sviktende organisering har vært medvirkende årsak der feilbehandling og uhell har oppstått. Dette har fremkommet i enkeltsaker om feilbehandling og i klagesaker.

En slik situasjon kan virke demoraliserende og få negative konsekvenser for hele avdelingsorganisasjonen. Etter Helsetilsynets oppfatning er dette ikke bare et arbeidsmiljøproblem for de ansatte. Det vil gå utover kvaliteten på behandlingen og risiko for uforsvarlig behandling vil øke.

- Brannforskriftene:

Det er vel kjent at mange sykehus ikke er i stand til å overholde brannforskriftene og at det er gitt anmerkning, varsel og pålegg fra det lokale brannvesen i mange tilfelle. Dette dreier seg om sikkerhet først og fremst for pasientene. Det sier seg selv at alvorlige katastrofer kan oppstå dersom korridorer og rømmingsveier er blokkert av senger og utstyr ved brann. Ved pålegg fra Brannvesenet har sykehusene gjerne vist til Sykehusloven og plikten til å yte øyeblikkelig hjelp. De har derfor prioritert inntak av øyeblikkelig hjelp pasienter selv om dette er i strid med brannforskriftene. Lite eller intet er gjort ved sykehusene på landsbasis for å løse denne problematikken.

4.2 Grenser - hva er akseptabelt og forsvarlig?

Helsetilsynet har ikke fått rapporter der overbelegg isolert sett har medført uforsvarlig drift og behandling. Imidlertid har Helsetilsynet i 4 tilfeller siste året vurdert drift og behandling til å være uforsvarlig, der overbelegg sammen med andre kritikkverdige forhold eller avvik har gitt uforsvarlige forhold. Det er i disse tilfellene gitt varsel om pålegg, eller pålegg om å endre forholdene.

Regelmessig overbelegg med korridorpasienter 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.

Det er imidlertid ikke realistisk med dagens økonomiske rammer, personelltilgang, bygningsmessige forhold, og sett i forhold til behov for innleggelser, at sykehusene til enhver tid kan unngå å ha korridorpasienter. Korridorpasienter må kunne aksepteres som et unntak ved topper av belastning.

Kartleggingen viser at det er samsvar mellom gjennomsnittlig beleggsprosent og forekomst av korridorpasienter. *Høy beleggsprosent* kan derfor være et **“varsellys”** og gi grunnlag for nærmere undersøkelse og vurdering av situasjonen ved det enkelte sykehus. Det er vanskelig å angi eksakte øvre grenser for akseptabel eller forsvarlig beleggsprosent og korridorbelegg.

I praksis må forsvarligheten vurderes som en helhet hvor forhold som bemanning og bygningsmessig standard m.m. også tas i betraktning. Viktige forhold er opprettholdelse av nødvendig faglig kvalitet og standard, god og oppdatert journaldokumentasjon, og at vedtatte sikkerhetsprosedyrer og retningslinjer kan overholdes.

I følge NIS (Samdata-rapport 3/94) finnes det ingen normer for optimal beleggsprosent på årsbasis. 85% er imidlertid et ofte sitert måltall for god driftsplanlegging. Det er grunn til å anta at det er overbelegg i perioder av året, når beleggsprosenten nærmer seg 90 (NIS Samdata-rapport 3/94)

Etter Helsetilsynets oppfatning bør det i statistikken skilles mellom avdelinger som mottar øyeblikkelig hjelp og de som kun, eller overveiende, har elektive pasienter. Det kan aksepteres en høyere beleggsprosent på en elektiv avdeling som kan planlegge virksomheten, enn en avdeling som mottar øyeblikkelig hjelp. En anbefalt retningslinje kan være gjennomsnittlig beleggsprosent på 85% på årsbasis for avdelinger med øyeblikkelig hjelp, og kanskje opp mot 90% - 95% for avdelinger med elektiv virksomhet. Mest nyttig og konkret er imidlertid kontinuerlig registrering og overvåkning av korridorpasienter.

Det bør være grunn til å reagere for eier og tilsynsmyndigheter når:

- gjennomsnittlig beleggsprosent er høyere enn 95 - 100% eller
- overbelegg av korridorpasienter på 10 - 15% forekommer hyppig
- krav til pasientintegritet og lovbestemt taushetsplikt ikke kan overholdes
- belastningen på personale blir så stor at det gir risiko for svekket sikkerhet og feilbehandling som kan tilskrives arbeidssituasjonen
- brannforskriftene brytes

En gjennomsnittlig beleggsprosent på 95 - 100% indikerer at det vil være hyppige perioder med overbelegg. Også med beleggsprosent på 85%, som er en anbefalt retningslinje, vil det

oppstå perioder med overbelegg. 15% overbelegg tilsvarer 3 - 4 korridorpasienter på en 25-sengs post og 4 - 5 korridorpasienter på en 30-sengs post. Med hyppig forekomst av korridorpasienter menes regelmessig eller ofte, dvs, flere ganger i uken eller mer enn 2 - 4 ggr. pr. måned.

Hva som er forsvarlig må vurderes i hvert enkelt tilfelle. God standard og god praksis bør være veiledende i denne sammenheng. Mindre kritikkverdige forhold og avvik på enkeltpunkter alene, behøver ikke gi uforsvarlig drift og behandling. Men sum av flere faktorer og forhold, varighet m.m., kan medføre at drift og behandling blir uforsvarlig. Hyppig og vedvarende overbelegg med korridorpasienter er helt sentralt i denne sammenheng.

4.3 Hva kan gjøres? Ansvar for oppfølging

Plikten til forsvarlig behandling fremår av *Legelovens* § 25. Fylkeskommunens ansvar og plikt til å gi et forsvarlig tilbud og drift fremgår bl.a. av *Sykehuslovens* §2, §6 og §18. I tilsynslovens § 3 om plikt til å opprette internkontrollsystem, fremgår 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".

" Fylkeslegen skal påse at alle som yter helsetjenester har etablert internkontrollsystem og fører kontroll med sin egen virksomhet på en slik måte at det kan forebygge svikt i helsetjenesten. Hvis virksomhet innen helsetjenesten drives på en måte som kan ha skadelige følger for pasienter eller andre eller på annen måte er uheldig eller uforsvarlig, kan Statens helsetilsyn gi pålegg om å rette på forholdene" (tilsynsloven § 5).

Statens helsetilsyn og fylkeslegene har således en klar lovmessig plikt til å påse at alle som yter helsetjenester utøver virksomhet på en slik måte at det kan forebygge svikt i helsetjenesten.

Svaret er ikke nødvendigvis flere folk og mer penger. Hvert enkelt sykehus og sykehuseier bør gå systematisk til verks, analysere situasjonen, finne årsaker og vurdere hva som kan gjøres lokalt. Aktuelle vurderinger og tiltak er:

1. 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?
2. Er samarbeid med kommunene og primærhelsetjenesten optimalt? Er videreføring og utskriving av pasienter til kommunehelsetjenesten en flaskehals?
3. Er samarbeid med andre sykehus i fylket eller helseregionen vurdert og utnyttet godt nok?
4. Har sykehusene et system og rutiner for å håndtere topper av belastning.
5. 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 sykehusinnleggelse. Behov relatert til antall eldre i befolkningen er viktig i denne sammenheng.

5.0 Helsetilsynets bemerkninger

Situasjonen ved flere av landets sykehus slik som fremkommet i denne kartleggingen, er ikke i samsvar med de krav det vil være rimelig å stille til god standard og god praksis med hensyn til å ivareta pasientenes integritet og alminnelige verdighet. Det er grunn til å anta at kvaliteten i pasientbehandlingen påvirkes negativt.

Mange sykehus er i en situasjon hvor behandlingen ikke oppfyller de krav som bør stilles i forhold til begrepet god praksis. Helsetilsynet kan imidlertid ikke på grunnlag av de opplysninger som har fremkommet under denne undersøkelsen, konkludere med at det er et slikt kvalifisert avvik fra god praksis, at det er grunnlag for at drift og behandling er uforsvarlig ved noen av sykehusene.

Imidlertid har Helsetilsynet i flere tilfeller det siste året, etter mer inngående undersøkelser, gitt varsel, eller pålegg om å endre forhold ved sykehus p.g.a uforsvarlig drift og behandling. Overbelegg og korridorpasienter har vært en viktig faktor, sammen med andre forhold, som grunnlag for beslutningen i disse tilfellene.

Overbelegg ved landets sykehus har vært en vedvarende problematikk i lengre tid. Situasjonen er ikke bedret, det er heller indikasjoner på at forholdene har blitt verre ved mange sykehus. Sykehusledelse og eiere i flere fylker har vært for passive og akseptert forholdene. Forholdene ved mange sykehus er ikke i samsvar med dagens krav til kvalitet og standard på sykehustjenester.

Regelmessig overbelegg med korridorpasienter bør ikke aksepteres. Korridorpasienter må være unntaket, ikke regelen. Fokus bør i første omgang rettes mot indremedisinske avdelinger, men også mot kirurgiske, ortopediske og andre avdelinger der det er nødvendig.

Helsetilsynet vil påpeke at det er sykehuseier som i hht. lov og forskrifter skal sørge for forsvarlig drift og behandling. Helsetilsynet vil tilråde at det enkelte sykehus og sykehuseier snarlig bør gjennomgå og vurdere situasjonen lokalt, og foreta nødvendige tiltak for å redusere belastning og overbelegg. Sykehusene bør dessuten få standardiserte registreringssystemer for sentrale virksomhetsdata, bl.a. beleggsprosent, og datakvaliteten må bedres. Dette er informasjon som vil ha grunnleggende betydning for Helsetilsynet som overordnet tilsynsorgan.

Statens helsetilsyn vil sammen med fylkeslegene prioritere å overvåke utviklingen av overbelegg og korridorpasienter ved landets sykehus.

TABELL 1

BELASTNING VED INDREMEDISINSKE AVDELINGER

Fylke / sykehus	Beleggsprosent		Tekniske senger medregnet	Antall korridorpasienter		Hyppighet av korridor-pasienter siste år	Antall stengte eller ledige senger 1997/98	Kommentarer
	1997	1. tertial 1998		uke: 24, 1998	Variasjon i løpet av uken			
Østfold								
Sykehuset Østfold								
- SØ Fredrikstad +	98	101	ja	7,0	3 -18	regelmessig	-	SØF og SØS felles avdeling i 1997
- SØ Sarpsborg	98	101	ja	2,4	2 - 5	regelmessig	-	
- SØ Halden	96	98	ja	0,8	0 - 3	regelmessig	2	
- SØ Moss	101	?	ja	0	-	regelmessig	-	
- SØ Askim	?	?	ja	0	-	regelmessig	-	
Akershus								
Stensby sykehus	81	85	ja	0,6	0 - 3	regelmessig	-	
SIA	116	125	ja	1,1	0 - 5	regelmessig	25	
Bærum sh.	101	105	ja	4,3	0 - 13	regelmessig	-	
Ski sh.	82	91	ja	0,1	0 - 1	ofte	-	
Oslo								
Rikshospitalet	95	97	-	-	-	aldri/sjelden	-	omfatter Med. A og Med. B inklusiv hud og nevrologi, ---> beleggsprosent indremed. 112 -114 Sengetall økt med 50 ultimo 1996
Ullevål (med. klinikk)	98	106	ja	17,8	12 - 22	regelmessig	-	
Aker (med. klinikk)	91	98	ja	12,9	4 - 21	regelmessig	-	
Lovisenberg	95	103	-	-	-	ofte/regelm.	-	
Diakonhjemmet	94	104	-	3,3	2 - 6	regelmessig	-	
Radiumhosp.	83	83	-	0	-	-	-	gjelder onkologisk avdeling
Hedmark								
SSH avd. Elverum	100	104	nei	0	-	ofte/regelm.	-	
SSH avd. Hamar	99	106	nei	0	-	ofte/regelm.	-	
Kongsvinger	100	99	nei	1,4	0 - 4	ofte	-	
Tynset	72	72	ja	0	-	aldri/sjelden	-	
Oppland								
LFS	95	104	nei	0	-	regelmessig	-	
GFS	93	98	-	-	-	-	-	

TABELL 1 forts. BELASTNING VED INDREMEDISINSKE AVDELINGER

Fylke / sykehus	Beleggsprosent		Tekniske senger medregnet	Antall korridorpasienter uke 24, 1998		Hyppighet av korridor-pasienter siste år	Antall stengte eller ledige senger 1997/98	Kommentarer
	1997	1. tertial 1998		Gjennomsnitt hele avd.	Variasjon i løpet av uken			
Buskerud								
BSS	97	100	nei	10,9	3- 18	regelmessig	-	
Ringerike	101	102	nei	0,6	0- 2	ofte	-	
Kongsberg	?	?	?	?		?	?	
Vestfold								
VSS	124	130	nei	3,9	0- 8	regelmessig	-	Korrigert for hj. overvåkning 1996
Larvik	79	85	ja	0,4	0- 3	av og til	-	
Sandefjord	92	93	ja	3,6	0- 11	regelmessig	-	
Horten	93	88	ja	0	-	regelmessig	-	
Telemark								
TSS (Porsgr./Skien)	113	105	-	2,6	1- 5	regelmessig	-	1996 hhv. Porsgrunn og Skien
Notodden	72	91	-	0,6	0- 2	ofte	-	
Rjukan	88	95	nei	0,1	0- 1	av og til	-	
Aust-Agder								
AAS	93	96	nei	2	0- 7	ofte	3	
Vest-Agder								
VAS	88	100	ja	3,1	0- 7	regelmessig	-	
Lister sh.	76	106	-	0	-	av og til		gjelder kun Farsund sykehus
Rogaland								
SIR	103	110	ja	5,8	0- 18	regelmessig	har 12d post	
Haugesund	97	108	nei	6,3	4- 7	regelmessig	-	
San.f. revmatismesh.	85	92		0		av og til	-	felles kir./ med. sengeposter
Hordaland								
Haukeland								
- hjerteavd.	98	100	ja	4,1	0- 10	regelmessig	5- 10	
- medisinsk avd.	101	114	nei	7,3	0- 13	regelmessig	-	
- lungeavd.	99	109	nei	0	-	regelmessig	-	
Diakonissesh.	?	?	?	0	-	ofte	-	
Odda	90	84	nei	0	-	aldri/sjelden	ferie	
Stord	115	112	nei	0,7	0- 3	regelmessig	20s 7 uker/97	
Voss	80	95	nei	0	-	ofte	7	stengt 20 senger i 7 uker 1997

TABELL 1 forts. BELASTNING VED INDREMEDISINSKE AVDELINGER

Fylke / sykehus	Beleggsprosent		Tekniske senger medregnet	Antall korridorpasienter uke 24, 1998		Hyppighet av korridor-pasienter siste år	Antall stengte eller ledige senger 1997/98	Kommentarer
	1997	1. tertial 1998		Gjennomsnitt hele avd.	Variasjon i løpet av uken			
Sogn og Fjordane								
SSF	102	108	nei	0	-	av og til	-	
Lærdal	102	108	ja	0	-	aldri/sjelden	ferie	
Nordfjordeid	76	85	nei	0	-	aldri/sjelden	-	
Møre og Romsdal								
Molde	95	119	ja	4,1	1 - 8	regelmessig	-	
Ålesund	75 - 117	82 - 121	ja	3,6	0 - 7	regelmessig	-	beleggs% er variasjon mellom poster
Volda	110	114	-	2,6	0 - 7	regelmessig	-	
Kristiansund	94	107	nei	0,1	0 - 1	ofte	2	
Sør-Trøndelag								
RIT	105	111	ja	11,7	1 - 26	regelmessig	?	
Orkdal	?	?	?	0,9	0 - 3	av og til	?	
Nord-Trøndelag								
Imherrerød	100	104	nei	0,4	0 - 2	ofte	-	
Namdal	?	?		?		?	?	
Nordland								
NSS	100	107	ja	1,6	1 - 3	regelmessig	-	red. kapasitet helger / spl. mangel
Narvik	99	118	nei	4,6	1 - 11	ofte	-	
Stokmarknes				2,7	0 - 10	regelmessig	-	
Lofoten	112	118	nei	3,7	1 - 5	regelmessig	-	
Rana				5,1	0 - 16	regelmessig	-	
Vefsn	91	111	nei	0,1	0 - 1	regelmessig	-	
Sandnessjøen	105	118	nei	0,3	0 - 2	av og til	-	inkl. en felles kir./med. post
Troms								
RITø	92-110	93-114	-	18	8 - 24	regelmessig	-	bl.% er variasjon på seksjonsnivå
Harstad	83	92	nei	0,3	0 - 2	ofte	?	18 senger stengt v/sh., kir. eller med.?
Finmark								
Kirkenes	111	106	nei	1,4	0 - 2	regelmessig	-	
Hammerfest	92	97	nei	0	-	aldri/sjelden	-	

TABELL 2 BELASTNING VED KIRURGISKE OG ORTOPEDISKE AVDELINGER

Fylke / sykehus	Beleggsprosent		Tekniske senger medregnet	Antall korridorpasienter uke 24., 1998		Hyppighet av korridor- pasienter siste år	Antall stengte eller ledige senger 1997/98	Kommentarer
	1997	1. tertial 1998		Gjennomsnitt hele avd.	Variasjon i løpet av uken			
Østfold								
Sykehuset Østfold								
- SØ Fredrikstad								
-- kirurgisk avd.	91	100	nei	1,3	0-5	regelmessig	-	
-- ortopedisk avd.	87	101	nei	1,1	0-4	ofte	-	
- SØ Halden	63	67	nei	0	-	aldri/sjelden av og til	-	
- SØ Moss	81	74	nei	1,3	0-9	-	5	Drift 40 uker i 1997
- SØ Askim	55	55	nei	-	-	-	-	Stengt 2+6 uker i 1997
Akershus								
Stensby sykehus	73	71	ja	0,6	0-3	ofte	6	
SIA								
- kirurgisk avd.	113	103	nei	7,3	0-20	ofte/regelm.	-	Felles kir./ortop., 1997
- ortopedisk avd.	-	87	ja	2,6	1-6	ofte	-	Avd. etablert 1/1-98
Bærum sh.	99	101	nei	7,6	4-11	regelmessig	-	
Martina Hansen	71	80	nei	0	-		17	
Ski sh.	88	88	nei	0,1	0-1	ofte	-	
Hertensenteret, Oslo	100	100	ja	0	-		-	
Oslo								
Rikshospitalet								
- kir. A og B	85	92	-	-	-		-	
- nevrokir. Avd.	86	89	-	-	-		-	
- Senter for ortopedi Ullevål	81	83	-	-	-		-	
- gastroavd.	98	-	nei	5,3	2-8	regelmessig	8	
- nevrokir./kjevokir.	93	97	nei	0,1	0-1	regelmessig	-	
- kar/thorax	-	100	nei	0,9	0-2	regelmessig	15	
- plastisk kir.	-	90	nei	0,7	0-1	regelmessig	-	
- ortopedisk avd.	-	-	nei	3,0	0-6	regelmessig	-	

TABELL 2 forts. BELASTNING VED KIRURGISKE OG ORTOPEDISKE AVDELLINGER

Fylke / sykehus	Beløgsprosent		Tekniske senger medregnet	Antall korridorpasienter uke 24, 1998		Hypighet av korridor-pasienter siste år	Antall stengte eller ledige senger 1997/98	Kommentarer
	1997	1. tertial 1998		Gjennomsnitt hele avd.	Variasjon i løpet av uken			
Aker (kir. klinikk)	98	100	ja	6,4	2-14	regelmessig aldri/sjelden av og til	-	
Lovisenberg	64	61	nei	0	-	-	-	
Diakonhjemmet	85	92	-	0	-	av og til	-	
Radiumhosp.	87	85	-	0	-	-	-	
Hedmark								
SSH avd. Elverum	76	85	nei	0	-	ofte	-	
SSH avd. Hamar	90	91	nei	0,9	0-3	regelmessig	-	
Kongsvinger								
- kirurgisk avd.	84	94	nei	0	-	regelmessig av og til	-	
- ortop./revmakr. avd.	74	80	nei	0	-	aldri/sjelden	-	
Tynset	62	69	ja	0	-	aldri/sjelden	-	
Oppland								
LFS	79	84		0,1	0-1	ofte/regelm.	-	
GFS	78	76	nei	-	-	-	-	
Buskerud								
BSS								
- kirurgisk avd	78	86	nei	0	-	regelmessig av og til	i ferien	redusert drift pga. streik
- ortopedisk avd.	87	86	nei	0	-	ofte	-	redusert drift pga. streik
Ringerike	78	87	nei	0,3	0-1	ofte	-	
Kongsberg	?	?	?	?	-	?	?	
Vestfold								
VSS								
- kirurgisk avd.	114	107	nei	0,6	0-2	regelmessig	-	
- ortopedisk avd.	98	90	nei	2,7	0-10	regelmessig	-	
Larvik	41 - 54	29 - 61	ja	0	-	ofte	-	
Sandefjord	74	82	nei	0	-	av og til	i perioder	
Horten	71	67	ja	0	-	ofte	-	
Telemark								
TSS								
- kirurgisk avd.	66	70	nei	0	-	ofte	-	
- ortopedisk avd.	74	82	nei	0	-	av og til	-	
Notodden	66	64	nei	1,7	0-3	ofte	-	

TABELL 2 forts. BELASTNING VED KIRURGISKE OG ORTOPEDISKE AVDELLINGER

Fylke / sykehus	Beløgsprosent		Tekniske senger medregnet	Antall korridorpasienter		Hypighet av korridor-pasienter siste år	Antall stengte eller ledige senger 1997/98	Kommentarer
	1997	1. tertial 1998		Gjennomsnitt hele avd.	Variasjon i løpet av uken			
Rjukan	67	75	nei	0	-	ofte	-	
Aust-Agder								
AAS	82	80	nei	0	-	ofte	9	
Vest-Agder								
VAS	81	82	nei	-	-	av og til aldri/sjelden	-	redusert drift pga. streik
Mandal	62	67	nei	0	-	aldri/sjelden	-	
Lister sh.	87	85	nei	0	-	aldri/sjelden	-	
Rogaland								
SIR								
- kirurgisk avd.	107	109	nei	-	-	ofte	-	redusert drift pga. streik
- ortopedisk avd.	84	83	nei	-	-	regelmessig	-	redusert drift pga. streik
Haugesund	111	118	nei	4,6	0 - 10	regelmessig	-	
San.f.revmatismesh.	85	93		-	-	av og til	-	felles kir./ med. sengeposter
Hordaland								
Haukeland								
- kirurgisk avd.	91	96	ja	3,7	0 - 8	regelmessig	-	redusert drift pga. streik
- ortopedisk avd.	101	100	nei	0,9	0 - 3	regelmessig	i ferien	redusert drift pga. streik
Kysthosp. i Hagavik	81	77	nei	0	-	aldri/sjelden	-	
Diakonissesykehuset	65	80	nei	0	-	aldri/sjelden	-	
Odda	65	81	nei	0	-	aldri/sjelden	-	
Stord	?	?	nei	1,2	0 - 5	ofte	-	20 senger stengt 7 uker 1997
Voss	78	88	nei	0	-	av og til	7 (delvis)	kir. og gyn..
Sogn og Fjordane								
SSF								
- kirurgisk avd.	85	84	nei	0	-	av og til	-	
- ortopedisk avd.	88	77	nei	0	-	av og til	-	
Lærdal	63	62	ja	0	-	aldri/sjelden	helger/ferie	
Nordfjordeid	63	77	nei	0	-	aldri/sjelden	-	
Møre og Romsdal								
Molde	88	83	nei	0,7	0 - 3	regelmessig	-	
Ålesund	95 - 103	90 - 96	ja	-	-	-	-	redusert drift pga. streik
Volda	96	83	nei	0	-	ofte	-	kir./gyn. avd.

TABELL 2 forts. BELASTNING VED KIRURGISKE OG ORTOPEDISKE AVDELLINGER

Fylke / sykehus	Beløgsprosent		Tekniske senger medregnet	Antall korridorpasienter		Hyppighet av korridor-pasienter siste år	Antall stengte eller ledige senger 1997/98	Kommentarer
	1997	1. tertial 1998		Gjennomsnitt hele avd.	Uke 24, 1998 Variasjon i løpet av uken			
Kristiansund	?	?	?	?	?	?	?	
Sør-Trøndelag								
RIT								
- kirurgisk avd.	98	100	ja	3,0	1 - 6	regelmessig	-	redusert drift pga. streik
- ortopedisk avd.	96	90	ja	0,4	0 - 2	av og til	i ferien	redusert drift pga. streik
Orkdal	82	90	nei	0	-	av og til	-	
Nord-Trøndelag								
Innhæred	85	90	nei	10,6	0 - 24	av og til	-	
Namdal	?	?	?	?	?	?	?	
Nordland								
NSS								
- kirurgisk avd.	95	77	ja	0,6	0 - 3	aldri/sjelden	-	delvis stengning - mangel på spl.
- ortopedisk avd	84	86	nei	0	-	aldri/sjelden	-	avd. opprettet 1/9-97
Narvik	91	97	nei	0,3	0 - 2	av og til	-	
Stokmarknes	100	107	nei	0,4	0 - 3	regelmessig	-	
Lofoten	70	74	nei	0,4	0 - 3	ofte	-	
Rana	?	?	?	2,4	0 - 4	regelmessig	-	
Vefsn	112	102	nei	0	-	ofte	-	
Sandnessjøen	88	92	nei	?	-	av og til	-	inkl. en felles kir./med. post
Troms								
RITØ								
- kirurgisk avd.	69-87	72-101	-	0	-	av og til	-	redusert drift pga. streik ---> bl. % er variasjon på seksjonsnivå
- ortopedisk avd.	95	89	-	0	-	ofte	-	redusert drift pga. streik
Harstad	86	89	nei	0,1	0 - 1	ofte	?	18 senger stengt v/sh., kir./med.?
Finmark								
Kirkenes	103	114	nei	0	-	regelmessig	-	
Hammerfest	78	85	nei	0,1	0 - 1	aldri/sjelden	-	

Vedlegg nr 1
Statens helsetilsyn / fylkeslegene

KARTLEGGING BELASTNING MEDISINSKE AVDELINGER

SYKEHUS:

Kontaktperson ved sykehuset:

Definisjoner / veiledning utfylling av skjema, se vedlegg.

Effektive senger:

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:

Antall innleggelser, liggedager og beleggsprosent for hele året 1997 og 1. tertial 1998

	Antall innleggelser		Antall liggedager		Beleggsprosent	
	1997	1. tertial 1998	1997	1. tertial 1998	1997	1. tertial 1998
Hele avdelingen						
Dersom tilgjengelige data, post / seksjon:						

Evt. Kommentar:

Utfylt skjema bes sendt fylkeslegen innen 22. juni, 1998
Statens helsetilsyn / fylkeslegene

KARTLEGGING BELASTNING KIRURGISKE OG ORTOPEDISKE AVDELINGER

SYKEHUS:

Kontaktperson ved sykehuset:

Definisjoner / veiledning utfylling av skjema, se vedlegg.

Effektive senger:

Antall:

Er tekniske senger (intensivsenger mv.) inkludert i antall effektive senger?

Ja **Nei**

Dersom ja, oppgi antall tekniske senger.

Antall:

Har avdelingen senger / poster som er stengt?

Ja **Nei**

Dersom ja, oppgi antall stengte senger.

Antall:

Antall innleggelser, liggedager og beleggsprosent for hele året 1997 og 1. tertial 1998

	Antall innleggelser		Antall liggedager		Beleggsprosent	
	1997	1. tertial 1998	1997	1. tertial 1998	1997	1. tertial 1998
Hele avdelingen						
Dersom tilgjengelige data, post / seksjon:						

Evt. Kommentar:

Utfylt skjema bes sendt fylkeslegen innen 22. juni, 1998

Vedlegg nr 2

UTFYLLING AV SKJEMA - SPØRREUNDERSØKELSE 1998 OM BELASTNING VED MEDISINSKE-, KIRURGISKE- OG ORTOPEDISKE AVDELINGER

VEILEDNING, BEGREPER OG DEFINISJONER

Antall innleggelser: I denne sammenheng velger vi:

Antall innleggelser = antall utskrivninger = antall avdelingsopphold

Effektive senger

= Gjennomsnittlig antall tilgjengelige senger i løpet av året.

Dette er en beregnet størrelse, og viser gjennomsnittlig antall tilgjengelige sengerdøgn i løpet av året (ref. NIS). I praksis er dette det faktiske 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 (hjerteovervåkning-, 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..

Liggedager totalt

Utskrivningsdato - innskrivningsdato, dog minst en liggedag. D.v.s. sykehusopphold med innskriving og utskrivning samme dag får beregnet en liggedag.

Kurdøgn skal **ikke** brukes her.

Beleggsprosent

sum liggedager x 100

effektive senger x 365 (eller antall kalenderdøgn i perioden)*

(NIS, Samdata-rapport 6/97)

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

Korridorpatient

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 ordinære sengeplasser.