

På feil sted til rett tid?



HELSETILSYNET
tilsyn med sosial og helse

Rapport fra Helsetilsynet 1/2003
På feil sted til rett tid?
Korridorpasienter og utskrivningsklare pasienter i indremedisinske avdelinger.
Kartleggingen 2002 og utviklingen 1999-2002
Februar 2003

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgave)

Denne utgivelsen ble publisert november 2003 og finnes bare
på Helsetilsynets nettsted www.helsetilsynet.no

Design: Gazette
Elektronisk versjon: Lobo Media

Statens helsetilsyn
Postboks 8128 Dep, NO-0032 OSLO, Norway
Telefon: 21 52 99 00
Faks: 21 52 99 99
E-post: postmottak@helsetilsynet.no

Innhold

Innledning	4
Metode og materiale	5
Metode	5
Materiale	6
Resultater	7
Belegg	7
Ferdigbehandlede/utskrivningsklare pasienter	8
Forholdet: korridorpasienter og ferdigbehandlede/utskrivningsklare pasienter	9
Diskusjon	10
Metodevurdering	10
Forholdene ved regionsykehusene	11
Utskrivningsklare pasienter – ikke kommunens ansvar alene	11
Utfordring for de regionale helseforetak	12
Konklusjoner	13
Referanser	14

Innledning

Å skaffe oversikt over overbelegg og forekomst av korridorpasienter ved landets somatiske sykehus har vært et satsingsområde for Helsetilsynet de siste årene. Denne rapporten er utarbeidet som en del av Helsetilsynets arbeid med å overvåke forekomsten av korridorpasienter i indremedisinske avdelinger. Hensikten med rapporten er både å beskrive situasjonen i 2002 og å analysere utviklingen siden 1999.

I september 2002 gjennomførte Helsetilsynet en kartlegging av korridorpasienter og utskrivningsklare pasienter i indremedisinske avdelinger. Helsetilsynet har tidligere kartlagt overbelegg og korridorpasienter i disse avdelinger, i 1998¹, 1999^{2,3} og 2001⁴.

Metode og materiale

Metode

Kartleggingen 2002 ble gjort ved bruk av et standardisert spørreskjema (vedlegg 1), som ble sendt til alle helseforetakene som omfatter somatiske sykehus og til alle private somatiske sykehus.

I brevet av 23. august 2002 ba Helsetilsynet helseforetak og private sykehus om å sende kartleggingsskjema til de aktuelle virksomheter og å sørge for at følgende ble gjort:

- Kartleggingsskjema sendes til alle avdelingsledere ved indremedisinske avdelinger.
- Avdelingsleder sørger for at hver sengepost/enhet fyller ut et skjema.
- Avdelingsleder samler inn utfylte skjemaer og sørger for at hver sengepost/enhet har svart.
- Avdelingsleder sender utfylte skjemaer direkte til Helsetilsynet, sammen med en oversikt over alle aktuelle sengeposter/enheter, med kopi av skjemaene til regional helseforetak/helseforetak.

Kartleggingsuken var uke 38, 16-22 september (uke 23 i 1999). Fristen for tilbagemelding var mandag 30. september.

Data om antall effektive senger, antall pasienter totalt, antall korridorpasienter og antall utskrivningsklare pasienter ble samlet inn på sykehusene for hver dag i kartleggingsuken.

Begrepene var definert på følgende måte:

- *Antall effektive senger:*

Antall tilgjengelige senger, dvs. det faktisk antall senger sengeposten (enheten) har i drift.

(Samme definisjon ble brukt i 1999.)

- *Antall pasienter totalt:*

Antall pasienter som kl 0800 er inneliggende som døgnpasienter i sengeposten (enheten) og pasienter i permisjon som opptar en sengeplass, inkludert korridorpasienter og utskrivningsklare pasienter.

- *Antall korridorpasienter:*

Antall pasienter som kl 0800 er plassert i seng i sykehuskorridor (gjelder også pasienter plassert på bad, skyllerom, dagligstue m.m.) på grunn av mangel på ordinære sengeplasser.

(Samme definisjon ble brukt i 1999.)

- *Antall utskrivningsklare pasienter:*

Antall pasienter, kl 0800, som er ferdigbehandlet, men som oppholder seg i sykehus eid av foretak etter lov av 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m. i påvente av et kommunalt tilbud.

(Begrepet *ferdigbehandlet pasient* ble brukt i 1999, med henvisning til definisjonen i forskrift om kommunal betaling for ferdigbehandlede pasienter fastsatt av Sosial- og helsedepartementet 16. desember 1998 - 6 punkter. Data om ferdigbehandlede pasienter ble registrert bare på onsdagen i kartleggingsuken i 1999.)

Følgende beregninger ble foretatt i Helsetilsynet:

- Gjennomsnittet i kartleggingsuken ble beregnet for antall effektive senger, antall pasienter totalt, antall korridorpasienter og antall utskrivningsklare pasienter.
- Dataene ble summert for hele landet, for hver helseregion, og for regionsykehus/ andre sykehus.
- Antall korridorpasienter og antall utskrivningsklare pasienter ble beregnet per 1 000 effektive senger. Beleggsprosent for kartleggingsuken ble beregnet på følgende måte:

$$\frac{\text{antall pasienter totalt} \\ \text{(gjennomsnittet i} \\ \text{kartleggingsuken)}}{\text{antall effektive senger} \\ \text{(gjennomsnittet i} \\ \text{kartleggingsuken)}} \times 100$$

Analysen av utviklingen i forhold til korridorpasienter og utskrivningsklare pasienter er basert på data fra kartleggingene gjennomført i 2002 og 1999. Alle data ble samlet, registrert og analysert i Helsetilsynet.

Materiale

Kartleggingen i 2002 omfattet trettifire helseforetak og fire private sykehus. Svarprosenten var 100 % (96 % i 1999).

Resultater

Belegg

Tabell 1 viser beleggsprosent i kartleggingsuken 2002. Tilsvarende data for 1999 ble ikke samlet inn. I 2002 omfattet kartleggingen 4 261 effektive senger i indremedisinske avdelinger (kartleggingen i 1999 omfattet færre senger: 3 896 effektive senger, men data for 4 sykehus mangler). For de fleste sykehusene var antall effektive senger det samme hver dag i kartleggingsuken, men i syv sykehus var det litt variasjon, mest på grunn av færre effek-

tive senger i helgen. For disse syv sykehusene er det gjennomsnittlige antall effektive senger beregnet. I gjennomsnitt var det innlagt 3 994 pasienter per dag i indremedisinske avdelinger i kartleggingsuken. Det tilsvarer en beleggsprosent på landsbasis på 94 %. Beleggsprosenten var høyest for regionsykehusene (103 %). Forskjellen mellom regionsykehusene og de andre sykehusene var statistisk signifikant på konvensjonelt nivå (t-test: $p < 0,05$). Det var lite variasjon mellom de regionale helseforetakene (91-99 %).

Tabell 1.

Antall effektive senger, antall pasienter totalt og beleggsprosent. Gjennomsnitt per dag i kartleggingsuken, 2002

	<i>Antall effektive senger</i>	<i>Antall pasienter totalt</i>	<i>Beleggsprosent</i>
Helse Øst	1 420	1 316	93
Helse Sør	962	878	91
Helse Vest	839	834	99
Helse Midt-Norge	626	579	93
Helse Nord	414	386	93
Regionsykehus	797	817	103
Andre sykehus	3 464	3 176	92
Hele landet	4 261	3 994	94

Korridorpasienter

Tabell 2 viser antall korridorpasienter (gjennomsnittet i kartleggingsuken) i 1999 og 2002, både summen og antall per 1 000 effektive senger.

I 2002 var det på landsbasis gjennomsnittlige 36 korridorpasienter per dag per 1 000 effektive senger. Forskjellen i antall korridor-

pasienter var størst mellom regionsykehusene (64 per 1 000 effektive senger) og de andre sykehusene (29 per 1 000 effektive senger). Det var også forskjeller mellom de regionale helseforetakene: 22 korridorpasienter per 1 000 effektive senger i Helse Nord, 54 i Helse Vest. Men tallene er små og variasjonen mellom enhetene stor, slik at ingen av disse forskjellene er signifikante på konvensjonelt nivå.

I 1999 var antall korridorpasienter per 1 000 effektive senger 47 for hele landet. Forskjellen mellom regionsykehusene og de andre sykehusene var enda større enn i 2002: henholdsvis 110 og 33 korridorpasienter per 1 000 effektive senger, og denne forskjellen var statistisk signifikant ($p < 0,05$).

Fra 1999 til 2002 har det vært en reduksjon på landsbasis i antall korridorpasienter per 1 000 effektive senger, fra 47 til 36, men denne reduksjonen var størst for regionsykehusene: fra 110 til 64. Reduksjonen for regionsykehusene var signifikant ($p < 0,05$).

Tabell 2.
Korridorpasienter. Gjennomsnitt per dag i kartleggingsukene 1999 og 2002

	Antall effektive senger		Antall korridorpasienter		Antall korridorpasienter per 1 000 effektive senger	
	1999	2002	1999	2002	1999	2002
Helse Øst	1 393	1 420	40	40	29	28
Helse Sør	841	962	32	35	38	37
Helse Vest	577	839	42	45	73	54
Helse Midt-Norge	585	626	56	22	96	35
Helse Nord	500	414	12	9	25	22
Regionsykehus	710	797	78	51	110	64
Andre sykehus	3 186	3 464	104	101	33	29
Hele landet	3 896	4 261	183	151	47	36

En interessant problemstilling er om det er en sammenheng mellom antall korridorpasienter per 1 000 indremedisinske senger, og

antall indremedisinske senger per 1 000 innbyggere. Tabell 3 belyser dette forholdet.

Tabell 3.
Forholdet mellom antall indremedisinske senger og antall korridorpasienter, 2002

	Antall indremedisinske senger	Antall innbyggere	Antall indremedisinske senger per 1 000 innbyggere	Antall korridorpasienter per 1 000 indremedisinske senger
Helse Øst	1 420	1 613 860	0,9	28
Helse Sør	962	882 755	1,1	37
Helse Vest	839	926 908	0,9	54
Helse Midt-Norge	626	637 635	1,0	35
Helse Nord	414	462 908	0,9	22
Hele landet	4 261	4 524 066	0,9	36

Tabellen viser at det er lite variasjon i antall indremedisinske senger mellom de regionale helseforetakene, og ingen sammenheng mellom antall indremedisinske senger og antall korridorpasienter. Helse Sør har flest korridorpasienter, og helse Nord har minst, men antall indremedisinske senger per 1 000 innbyggere er det samme: 0,9.

Disse tallene må tolkes med forsiktighet. Noen sykehus har landsdekkende funksjoner. Ikke alle pasienter er innlagt på et sykehus i nærheten av der de bor, på grunn av, blant annet, fritt sykehusvalg. I 2001 varierte andelen av pasienter som var innlagt på et sykehus i bostedsfylke (elektiv opphold) fra 42,9 % i Akershus til 94,2 % i Troms⁵. Allikevel, når 95 % av alle innleggelsler på

indremedisinske avdelinger er øyeblikkelig hjelp, er det lite trolig at noen benytter fritt sykehusvalg. Retten til fritt sykehusvalg gjelder ved planlagt undersøkelse eller behandling, men ikke ved øyeblikkelig hjelp. Alderssammensetning i befolkningen kan også ha en betydning.

lite variasjon i antall utskrivningsklare pasienter per 1 000 effektive senger mellom de regionale helseforetakene, og mellom regionsykehusene og de andre sykehusene. I 1999 hadde regionsykehusene det høyeste antallet ferdigbehandlede pasienter. Forskjellene mellom gruppene var ikke statistisk signifikante.

Ferdigbehandlede/utskrivningsklare pasienter

Tabell 4 viser antall utskrivningsklare/ferdigbehandlede pasienter, på onsdagen i kartleggingsukene 2002 og 1999. I 2002 var det

Det var færre utskrivningsklare pasienter per 1 000 effektive senger i alle helseregionene i 2002 sammenlignet med 1999. Reduksjonen var størst for regionsykehusene. Forskjellene var ikke statistisk signifikante.

Tabell 4.

Utskrivningsklare pasienter. Onsdag i kartleggingsukene 1999 og 2002

	<i>Antall effektive senger</i>		<i>Antall utskrivningsklare/ferdigbehandlede pasienter</i>		<i>Antall utskrivningsklare/ferdigbehandlede pasienter per 1 000 effektive senger</i>	
	<i>1999</i>	<i>2002</i>	<i>1999</i>	<i>2002</i>	<i>1999</i>	<i>2002</i>
Helse Øst	1 126	1 427	102	95	91	67
Helse Sør	841	963	60	41	71	43
Helse Vest	577	846	35	49	61	58
Helse Midt-Norge	584	626	42	29	72	46
Helse Nord	503	419	38	25	76	60
Regionsykehus	709	806	80	44	113	55
Andre sykehus	2 922	3 475	197	195	67	56
Hele landet	3 631	4 281	277	239	76	56

Forholdet: korridorpasienter og ferdigbehandlede/utskrivningsklare pasienter

Tabell 5 viser det totale antallet korridorpasienter og utskrivningsklare pasienter i indremedisinske avdelinger, hver dag i kartleggingsuken 2002. Totalt sett, var det hver dag flere utskrivningsklare pasienter enn korridorpasienter. Situasjonen varierte på avdelingsnivå. Noen avdelinger hadde mange korridorpasienter og ingen utskrivningsklare pasienter, og omvendt. Likevel, samlet sett, er omfanget av utskrivningsklare pasienter større enn omfanget av korridorpasienter.

Tabellen viser også den typiske ukentlige variasjon i antall korridorpasienter: flest korridorpasienter i begynnelsen av uken og færrest på slutten av uken.

Tabell 5.

Antall korridorpasienter og utskrivningsklare/ferdigbehandlede pasienter, hver dag i kartleggingsuken, 2002

	<i>Antall korridorpasienter</i>	<i>Antall utskrivningsklare pasienter</i>
	<i>2002</i>	<i>2002</i>
Mandag	193	264
Tirsdag	197	254
Onsdag	186	239
Torsdag	140	242
Fredag	108	232
Lørdag	95	183
Søndag	139	187
Gjennomsnitt	151	239

Diskusjon

Metodevurdering

I sin rapport om overbelegg ved medisinske avdelinger⁶, drøfter Walde og Skretting ulike forklaringer for overbelegg, og beskriver hvordan ansvaret for å gjøre noe med problemet ligger på forskjellige nivåer. Blant annet mener de at endrede eierforhold for sykehusene kunne tydeliggjøre ansvarsforholdene.

Fra 01.01.2002 overtok staten ansvar for sykehusene. Vi har derfor søkt å vurdere hvilken betydning sykehusreformen har for vår tolkning av utviklingen av omfanget av korridorpasienter og overbelegg i indremedisinske avdelinger.

Noen av sykehusene som ble kartlagt i 1999 er blitt til et eget helseforetak. Andre sykehus er blitt til én av flere enheter samlet i et helseforetak med en felles administrasjon. I noen tilfeller har det ikke skjedd store forandringer på organiseringen av avdelinger innenfor eller mellom enheter. I andre tilfeller har det skjedd en omfattende intern omorganisering av indremedisinske senger på tvers av enhetene. Dette betyr at det er flere enheter som ikke er sammenlignbare over tid. Dette har ikke betydning for tolkning av data aggregert på helseforetaksnivå eller på landsbasis, fordi 1999-data er aggregert i forhold til helseforetakstruktur i 2002. På den annen side, vi bør være forsiktig med å sammenligne data over tid fra enhetene. Data for regionsykehusene er sammenlignbare, men data for de andre sykehusene er påvirket av eventuelle interne og eksterne omorganiseringer av indremedisinske senger. Dette er en utfordring i forhold til hva man skal velge som enhet når man analyserer data med t-test for par: enhet eller helseforetak. I noen tilfeller er det helseforetakene som er sammenlignbare,

i andre tilfeller enhetene. Vi har derfor analysert dataene på begge måter. Resultatene var uforandret i forhold til hvilke forskjeller som var statistisk signifikante eller ikke.

Selv om det er en reduksjon i forekomst av korridorpasienter og utskrivningsklare pasienter fra 1999 til 2002, er ikke disse forskjellene statistisk signifikante, bortsett fra reduksjonen i korridorpasienter for regionsykehusene. Det var imidlertid stor variasjon mellom enhetene, både når det gjelder antall korridorpasienter per 1 000 effektive senger (0-253 i 1999, og 0-168 i 2002) og antall utskrivningsklare pasienter per 1 000 effektive senger (0-295 i 1999, og 0-211 i 2002). I tillegg er antall observasjoner lavt. Det trengs derfor store endringer for at forskjellene skal bli signifikante. Det er viktig å følge med i utviklingen, for å se om trenden fortsetter i samme retning.

Resultatene må tolkes med forsiktighet på grunn av risikoen for systematiske feil. Viktige spørsmål er om kartleggingsukene i 1999 og 2002 er representative for hele året og om kartleggingsukene er sammenlignbare. For å kunne se på utvikling over tid, skulle kartleggingsuken ideelt sett ha vært den samme i 1999 og 2002. Kartleggingen i 1999 var før sommerferien (uke 23), men av praktiske årsaker ble kartleggingen i 2002 utsatt til etter sommerferien (uke 38). Begge disse ukene ble valgt som typiske uker, utenfor vanlig ferietid, og ikke på et tidspunkt på året med uvanlig stor forekomst av infeksjonssykdommer. Vi har ingen grunn til å tro at forskjellen i kartleggingsukene har noe betydning, men vi kan heller ikke utelukke det.

Forholdene ved regionsykehusene

Indremedisinske avdelinger har en høy andel øyeblikkelig hjelp. For å unngå hyppige perioder med overbelegg er det anbefalt at slike avdelinger har en gjennomsnittlig beleggsprosent på 85 % på årsbasis.

Helsetilsynet har tidligere vurdert overbelegget i indremedisinske avdelinger målt som gjennomsnittlig beleggsprosent for hele året. I 1998 var gjennomsnittlig beleggsprosent 98, og mange steder (23 avdelinger) over 100. I 2000 fant vi en bedring av situasjonen, gjennomsnittlig beleggsprosent var 94, men fortsatt flere steder (11 avdelinger) hadde en beleggsprosent på over 100. Vi har ikke tall for 2001, og i denne undersøkelsen har vi kun beleggsprosenten for en uke i 2002. Det gir ikke grunnlag for å vurdere utviklingen av den gjennomsnittlige beleggsituasjonen siden 2000. Vi vil imidlertid bemerke at gjennomsnittlig beleggsprosent i kartleggingsuken var 94 og at den for regionsykehusene var 103. Disse sykehusene har også ved tidligere undersøkelser hatt beleggsprosent på over 100 på årsbasis.

Det har vist seg å være rimelig godt samsvar mellom gjennomsnittlig beleggsprosent og forekomst av korridorpasienter. Selv om det har vært en signifikant reduksjonen i antall korridorpasienter ved regionsykehusene, har de fortsatt et betydelig høyere antall enn de øvrige sykehus. Vi har tidligere påpekt at de viktigste konsekvensene av overbelegg og korridorpasienter er:

- Vansker med å ivareta pasienters integritet og alminnelige verdighet
- Mulighet for å gi god behandling og pleie svekkes
- Fare for feilbehandling og uhell øker
- Krav til hygiene er vanskelig å opprettholde, fare for sykehusinfeksjoner og smittespredning øker
- Personalet får mindre tid til den enkelte pasient
- Arbeidsmiljøet for de ansatte svekkes.

Helsetilsynet finner derfor grunn til å understreke at situasjonen ved regionsykehusene fortsatt fremstår som særlig bekymringsfull. Sykehusene følges opp av Helsetilsynet i det enkelte fylket.

Utskrivningsklare pasienter – ikke kommunens ansvar alene

Overbelegg på sykehus er et komplekst fenomen, som kan løses på forskjellige måter, og som trenger samarbeid mellom forskjellige nivåer: staten, regionalt helseforetak, foretak, spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Forholdet mellom antall korridorpasienter og antall utskrivningsklare pasienter i kartleggingsuken kan gi inntrykk av at korridorpatientene ville vært eliminert dersom kommunene kunne ta imot de utskrivningsklare pasientene. Helsetilsynet vil presisere at sammenhengen ikke er så enkel. Vanlig praksis er at spesialisthelsetjenesten definerer når pasienten er utskrivningsklar, og vi ser en økende tendens til at det som tidligere ble vurdert som spesialiserte tjenester nå forventes ivaretatt av kommunene.

Behovet for spesialisert medisinsk kompetanse er økende for alle aldersgrupper, også på kommunalt nivå. Pasienter med kompliserte medisinske og helsemessige behov blir skrevet raskere ut til egen hjemkommune enn tidligere. For eksempel er det ikke uvanlig at pasienter med behov for respiratorbehandling blir skrevet ut til eget hjem med kommunalt tjenestetilbud. Et annet eksempel er at et økende antall pasienter som er døende, ønsker å være i eget hjem og nærmiljø i livets aller siste fase. Disse mennesker har omfattende behov for pleie og omsorg, for eksempel i form av avansert smertebehandling. For det kommunale tjenesteapparatet er dette utfordringer som krever både kapasitet og kompetanse i form av personellressurser for å kunne gi faglig forsvarlig og tilstrekkelig tett oppfølging.

Gautun et al. har undersøkt forholdet mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale pleie- og omsorgstjenesten 7. Utvikling av gode rutiner og en god kultur for samhandling og dialog mellom den enkelte kommunen og det enkelte sykehuset er nødvendig. Viktige suksessfaktorer i en utskrivningssituasjon synes å være at oppmerksomheten må være rettet på pasienten og de faglige spørsmålene framfor økonomi, og at sykehuset gir god veiledning. I tillegg til å ha tilstrekkelig kapasitet, lykkes kommuner som har gode systemer, gode ledere og kompetente og engasjerte fagpersoner.

Etter Helsetilsynets vurdering må fokus rettes mot et mer systematisk og forpliktende samarbeid mellom kommunehelsetjenesten

og spesialisthelsetjenesten. Blant annet bør det være rutiner for kontakt og involvering av primærhelsetjenesten før en pasient erklæres utskrivningsklar, slik at dette ikke skjer på spesialisthelsetjenestens premisser alene.

Utfordring for de regionale helseforetak

Både den demografiske og den medisinske utviklingen tilsier at behovet for dels spesialisert behandling og pleie og omsorg vil øke. Det bør være en sentral utfordring for de regionale helseforetakene å vurdere kapasitet i forhold til behov for indremedisinske senger i regionen og for å forbedre forholdene på regionsykehusene. I dette arbeidet vil det være nødvendig å etablere et gjensidig forpliktende samarbeid med kommunene.

Konklusjoner

Denne rapporten beskriver resultater fra en kartlegging av korridorpasienter og utskrivningsklare pasienter i indremedisinske avdelinger, og utviklingen siden 1999. Den belyser bare en bit av et sammensatt bilde i forhold til overbelegg i disse avdelingene, og resultatene må tolkes med forsiktighet.

Det har vært en reduksjon på landsbasis i indremedisinske avdelinger i antall korridorpasienter per 1 000 effektive senger, fra 47 i 1999 til 36 i 2002. Reduksjonen var størst for regionsykehusene.

Det har også vært en reduksjon på landsbasis i indremedisinske avdelinger i antall ferdigbehandlede/utskrivningsklare pasienter per 1 000 effektive senger, fra 76 i 1999 til 56 i 2002. Denne reduksjonen var også størst for regionsykehusene.

Antall korridorpasienter per dag i kartleggingsuken 2002 (gjennomsnitt) i indremedisinske avdelinger var 151. Tilsvarende tall for utskrivningsklare pasienter var 239.

Det virker ikke som om det er en sammenheng mellom antall indremedisinske senger og antall korridorpasienter i helseregionene.

Resultatene tyder på at situasjonen når det gjelder korridorpasienter og utskrivningsklare pasienter har forbedret seg i løpet av de siste tre årene, spesielt situasjonen på regionsykehusene. Allikevel, er situasjonen ved regionsykehusene fortsatt bekymringsfull. Det er viktig å følge med i utviklingen fremover.

Forekomst av korridorpasienter er et tegn på overbelegg. Overbelegg er et fenomen som er påvirket av flere forskjellige forhold, blant annet andelen øyeblikkelig hjelp innleggel-

ser, utskrivningspraksis, samarbeid mellom sykehusavdelinger og forekomst av utskrivningsklare pasienter. Godt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, blant annet utvikling av gode rutiner og en god kultur for samhandling og dialog, er viktig for at pasienter som er utskrivningsklare får et kommunalt tilbud når de trenger det.

For at den heldige trenden skal fortsette, trengs det oppfølging av situasjonen fra flere ledd: staten, de regionale helseforetakene, helseforetakene og de indremedisinske avdelingene. Helsetilsynet i fylkene har også en viktig rolle med å følge opp situasjonen lokalt. Helsetilsynet skal fortsette å overvåke kapasiteten på indremedisinske avdelinger ved å gjennomføre en ny kartlegging i høsten 2003.

Referanser

De fire første dokumentene i listen nedenfor er lenket opp til fulltekstdokumentene.

- 1 Gjennomgang av landets sykehus – Delrapport 1. Kartlegging av korridorpasienter og beleggsprosent ved indremedisinske, kirurgiske- og ortopediske avdelinger. Statens helsetilsyn. Oslo 1998.
- 2 Korridorpasienter i Norske sykehus, 1999. Fremdeles regelen, eller unntaket? Statens helsetilsyn. Oslo 1999.
- 3 Sengekapasitet og kapasitetsutnyttelse ved somatiske sykehus i Norge. Er det sammenheng mellom sengekapasitet og korridorpasienter? Statens helsetilsyn. Oslo 2001. IK-2742.
- 4 For det var ikke plass til dem i herberget. Overbelegg og korridorpasienter i indremedisinske avdelinger i landets somatiske sykehus. Utviklingen 1997 – 2002. Rapport fra Helsetilsynet 7/2002. Statens helsetilsyn. Oslo 2002. IK-2764.
- 5 SAMDATA sykehus 2/02 Tabeller 2001. SINTEF Unimed NIS SAMDATA. Trondheim 2002. Tabell D s 22.
- 6 Walde N og Skretting P. Overbelegget ved medisinske avdelinger. Fra brannslukking til brannvern? Senter for Helseadministrasjon. Universitetet i Oslo Rapport 2000:2. Oslo 2000.
- 7 Gautun H, Kjerstad E og Kristiansen F. Mellom to senger? Eldre sykehuspasienter og det kommunale pleie- og omsorgstilbudet. SNF-rapport 57/01. Bergen 2001.

Rapport fra Helsetilsynet

Utgivelser 2002

1/2002 Utredning om drift og organisering av morsmelkbaner (januar 2002)

2/2002 Tilsyn ved regionsykehusene i 2001 – oppsummeringsrapport (februar 2002)

3/2002 Fylkeslegenes tilsyn med helsetjenester til aldersdemente i 2001 – oppsummeringsrapport (mars 2002)

4/2002 Fylkeslegenes tilsyn med helsetjeneste i fengsler 2001 – oppsummeringsrapport (mars 2002)

5/2002 Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten – rapport om prosjektet fra Helsetilsynet til Helsedepartementet (januar 2002)

6/2002 Dent-O-Sept munnpensel som smittekilde for alvorlig sykehusinfeksjon – Rapport fra Helsetilsynet til Helseministeren (april 2002)

7/2002 For det var ikke plass til dem i herberget – Overbelegg og korridorpasienter i indremedisinske avdelinger i landets somatiske sykehus – Utviklingen 1997–2001 (juni 2002)

8/2002 Quality in Health Care – the Role of Government in Supervision and Monitoring in Norway (juli 2002)

9/2002 Helseforhold og helsetjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser. En vurdering av tilgjengelige datakilder – Rapport fra arbeidsgruppen for tilsyn med psykisk helsearbeid i kommunehelsetjenesten og psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten i 2001 og 2002 (juni 2002)

10/2002 Spesialisthelsetjenestens veiledningsoppgaver overfor kommunehelsetjenesten – Rapport fra en pilotundersøkelse i Sogn og Fjordane og Sør-Trøndelag i 2001 (juni 2002)

11/2002 Sikrere legemiddelhåndtering i pleie- og omsorgstjenester (november 2002)

Utgivelser 2003

1/2003 På feil sted til rett tid? Korridorpasienter og utskrivningsklare pasienter i indremedisinske avdelinger – kartleggingen 2002 og utviklingen 1999-2002 (februar 2003)

2/2003 Kartlegging av tilgjengeligheten til lege – ”Når hjelpen kan vente litt” (februar 2003)

3/2003 Oppsummering etter tilsyn med smittevernet i intensivavdelinger september 2002 (februar 2003)

4/2003 Oppsummering av landsomfattende tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer i 2002 (mars 2003)

5/2003 Styrket smittevern i kommunene - sluttrapport fra prosjektet (februar 2003)

6/2003 Der det er hjerterom... Kartlegging av belegg i psykiatriske akuttavdelinger 2002 (mai 2003)

7/2003 Kartlegging av kommunenes beredskap på smittevernområdet pr. juni 2003 (august 2003)

8/2003 Helsetilsynets bidrag til statusrapport om fastlegeordningen (september 2003)

9/2003 Kommunale helsetjenester i pleie- og omsorgssektoren – tilsynserfaringer 1998-2003 (oktober 2003)

10/2003 Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: Tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud (oktober 2003)

11/2003 Rapport til Helsedepartementet om Helsetilsynets oppfølging i Dent-O-Sept saken (oktober 2003)

Utgivelsene i 2002 og tom. 8/2003 finnes bare i elektronisk utgave på www.helsetilsynet.no.

Utgivelsene fom. 9/2003 finnes i elektronisk utgave på www.helsetilsynet.no. og i trykt utgave som kan bestilles fra Helsetilsynet, Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo, tlf. 21 52 99 00, faks 21 52 99 99, e-post postmottak@helsetilsynet.no

Tilsynsmeldinger fra Helsetilsynet

Tilsynsmelding er en årlig publikasjon fra Helsetilsynet. Den benyttes til å orientere omverdenen om saker som er sentrale for sosial- og helsetjenestene og for offentlig debatt om tjenestene. Tilsynsmeldingen gir uttrykk for Helsetilsynets syn på sosial- og helsetjenestene i landet og er et viktig policydokument.

Tilsynsmeldinger fra og med 1997 finnes i fulltekst på www.helsetilsynet.no. De nyeste kan også bestilles i trykt utgave fra Helsetilsynet.

I serien *Rapport fra Helsetilsynet* formidles resultater fra tilsyn i sosial- og helse-tjenesten.

Serien ble etablert i 2002 og utgis av Statens helsetilsyn. Alle utgivelser i serien finnes i fulltekst på www.helsetilsynet.no.

På feil sted til rett tid? Korridorpasienter og utskrivingsklare pasienter i indremedisinske avdelinger. Kartleggingen 2002 og utviklingen 1999-2002

Helsetilsynet har foretatt flere kartlegginger av overbelegg og forekomst av korridorpasienter og utskrivingsklare pasienter ved de somatiske sykehusene. I denne rapporten beskrives situasjonen i 2002 og utviklingen siden 1999.

På landsbasis ble det registrert en nedgang i gjennomsnittlig antall korridorpasienter fra 1999 til 2002. Nedgangen var størst ved regionsykehusene, men Helsetilsynet betegner fortsatt situasjonen ved disse sykehusene som bekymringsfull.

Helsetilsynet påpeker at det er nødvendig med oppfølging både fra staten, de regionale helseforetakene, helseforetakene og de indremedisinske avdelingene for at den positive tendensen skal fortsette. Det er viktig at Helsetilsynet i fylkene følger opp situasjonen lokalt.