
Korridorpasienter – et fenomen som kan unngås?

REDAKSJONELT

HROAR PIENE

Hroar Piene (f. 1938) er sivilingeniør fra NTH 1963, cand.med. Universitetet i Oslo 1973 og dr.med. Universitetet i Tromsø 1976. Han er tidligere professor i biomedisinsk teknikk, NTNU og fagsjef i Statens helsetilsyn. Nå er han sjefforsker ved SINTEF Unimed, Trondheim.
SINTEF Unimed
7465 Trondheim

I dette nummer av Tidsskriftet behandles problemet med korridorpasienter ved norske sykehus ut fra ulike synsvinkler: forekomst (1), mulige årsaker (2) og konsekvenser for pasientene og personalet (3, 4).

Det å ha korridorpasienter har vært vanlig i norske sykehus så lenge man kan huske. Er dette et særnorsk fenomen eller er det velkjent også i andre land det er naturlig å sammenlikne seg med? Er det slik at vi har akseptert korridorpasientene som fenomen? Hvorfor har vi ikke klart å komme fenomenet til livs selv om vi har sett på det som et problem i lang tid?

Ifølge undersøkelser i 1998 og 1999 er korridorpasienter (inkludert pasienter på bad, skyllerom, dagligstue o.l.) vanlig ved så godt som samtlige region- og sentralsykehus i Norge (1). I en undersøkelse av den svenske Socialstyrelsen konkluderes det – etter uanmeldte tilsynsbesøk – med at "[...] 39 av 63 besökta medicinkliniker hade överbeläggningar på en eller flera av vårdavdelningarna medan 12 hade överbeläggningar på samtliga vårdavdelningar [...]. Närmare hälften (119 av 246) av de besökta vårdavdelningarna hade patienter på extra vårdplatser" (5). Korridorpasienter forekommer altså også i Sverige, men et sykehus der risikerer en bot på 30 000 kroner hver gang de legger en pasient i korridoren (6).

Også i England er det en viss oppmerksomhet omkring overbelegg i sykehusavdelinger. Utviklingen ved engelske sykehus er beskrevet som temmelig lik den som har skjedd i Norge, med stadig høyere beleggsprosent, kortere liggetider, reduksjon i sengetallet osv. (7). En analyse forutsier at beleggsprosenten ved engelske sykehus kommer til å nå et kritisk nivå i 2002 –

2003 med kronisk overbelegg som følge (8). En viktig forskjell på Norge og England er at sengeutnyttelsesgraden ved avdelingene i England er ca. 75 %, mens den i norske sykehus er over 95 % ved så godt som samtlige region- og sentralsykehus og ved flertallet av fylkessykehusene (1).

Korridorpasienter er lite ønskelig. I Sosialstyrelsens rapport (6) poengteres det med all tydelighet, bl.a:

”Føljande [...] måste bedömas som klart otillfredsställande och knappast förenligt med innebörden i begreppet ”god vård” i hälso- och sjukvårdslagen:

- – [...] patienter på extra vårdplatser utan tillfredsställande möjlighet att tillkalla personal och utan möjlighet till avskildhet vid behov av t ex enskilda samtal och toalettbesök.
- – akuta insatser [...] i medpatienters åsyn. Belamrade och trånga vårdutrymmen kunde försvåra/förhindra snabba och effektiva akuta insatser”.

Korridorpasienter har å gjøre med for liten reservekapasitet ved sengeavdelingene. Problemet øker om dette kombineres med at andelen akutte innleggelser ved avdelingen er høy. Ved hjelp av en stokastisk simuleringsteknikk har man i en engelsk studie estimert hvordan risikoen for overbelegg øker med økende utnyttelsesgrad (8). Konklusjonen er: ”Acute hospitals which operate at bed occupancy levels of 90 % or more face regular bed crises.” Ifølge simuleringmodellen befinner mange norske sengeavdelinger seg i en tilstand med kronisk mangel på sengeplasser, noe som bekreftes av realitetene (1).

Hva kan gjøres? Man kommer ikke problemet til livs uten å innse at avdelingene, som har en høy andel akutte innleggelser må ha en reservekapasitet som er stor nok. Hvis en avdeling har 20 øyeblikkelig hjelp-innleggelser i gjennomsnitt hvert døgn, så er det ut ifra de statistiske lover ca. 5 % sannsynlighet for at det kan komme fem pasienter mer enn de 20. Hvis avdelingen bare har kapasitet for gjennomsnittet, oppstår det uvegerlig overbelegg! Med andre ord, hvis ikke reservekapasiteten er på minst 20 – 25 % ved slike avdelinger, dvs. en utnyttelsesgrad på bare 75 – 80 %, vil man måtte komme opp i problemer. Dette er helt i tråd med Skretting og medarbeideres konklusjoner (1).

Kan problemet løses i dagens situasjon med underbudsjettering? Det må være klart at det her ikke er snakk om å øke behandlingsskapasiteten, bare antall plasser i seng utenfor korridor og bad. Det er kun ledige senger det er snakk om, ikke flere leger eller sykepleiere ettersom pasientene vil være der i alle tilfeller.

Det sees ingen tendenser til at nivået av akuttinnleggelser i Norge skal synke; faktisk øker nivået jevnt og trutt (9). Dette vil forverre dagens tilstander dersom intet gjøres. Andre alternativer enn å øke reservekapasiteten finnes ikke. Men risikoen er selvsagt at så snart man har skapt seg større alburom, vil man se med vennligere øyne på pasienter som unødig opptar senger ”fordi det er plass”. Men det er ikke plass hvis ikke én av fem senger i gjennomsnitt står tom

i de avdelinger der øyeblikkelig hjelp er den dominerende innleggelsesmåten! Det er denne erkjennelsen man må drive avdelingene etter. Hvis ikke ender man med lovmessighet opp i den situasjon man har i dag.

LITTERATUR

1. Skretting P, Larsen B-I, Farstad T. Korridorpasienter i indremedisinske avdelinger i 1998 og 1999 Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2630 – 2.
2. Larsen B-I, Skretting P, Farstad T. Hvorfor har vi korridorpasienter? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2691 – 3.
3. Larsen B-I, Skretting P, Farstad T. Korridorpasienter – konsekvenser for behandlingskvalitet og pasientintegritet Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2636 – 8.
4. Foss C, Krogstad U. De usynlige pasientene – erfaringer med å ligge i korridor Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2639 – 41.
5. Beläggningssituationen vid medicinkliniker i januari 1999. Socialstyrelsens meddelandeblad nr. 6/99. Stockholm: Socialstyrelsen, 1999.
6. Böter för överbeläggning. Dagens Nyheter 25.7.2000, del A: 5.
7. Dunningan MG, McMurdo MM. Large rise in occupancy levels in acute NHS hospitals is unlikely. eBMJ 26. august 1999. www.bmj.com/cgi/eletters/319/7203/155-EL4.
8. Bagust A, Place M, Posnett JW. Dynamics of bed use in accommodating emergency admissions: stochastic simulation model. BMJ 1999; 319: 155 – 8.
9. SAMDATA Sykehus, tabeller 1998. Rapport 4/99. Trondheim: SINTEF Unimed NIS Helsetjenesteforskning, 1999.

Publisert: 20. september 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.