



Korridorpasienter – konsekvenser for behandlingskvalitet og pasientintegritet

KLINIKK OG FORSKNING

BJØRN-INGE LARSEN

Fylkeslegen i Vestfold
Postboks 2253
3103 Tønsberg

PER SKRETTING

TOVE FARSTAD

Statens helsetilsyn
Postboks 8128 Dep
0032 Oslo

Hvilke konsekvenser for behandlingskvalitet og pasientens integritet følger av at pasientene ligger i korridor på grunn av overbelegg?

Et spørreskjema med situasjonsbeskrivende utsagn ble sendt til alle sykehus i Norge med indremedisinske avdelinger. Avdelingsoverlege og oversykepleier ved medisinsk avdeling ble sammen bedt om å svare på i hvilken grad de var enig eller uenig i utsagnene. Svar ble mottatt fra 60 avdelinger (97%).

Avdelingsledelsen var enig (88 – 100 % enighet) i følgende utsagn: Korridorpasienter fører til å svekke kvaliteten i den medisinske behandlingen og medfører også at pasienter utskrives for tidlig. Risikoen for feilbehandling og uhell øker. Akuttmedisinsk utstyr er mer tungvint tilgjengelig for pasienter som ligger i korridor. Smittevernet svekkes og risikoen for sykehusinfeksjoner øker. Legetid og sykepleietid til hver enkelt pasient reduseres. Konsekvensene er størst for de pasientene som ligger i korridor, men også kvaliteten i tilbudet til øvrige pasienter i avdelingen er svekket. Pasientenes integritet svekkes når de ligger i korridor ved at daglig hygiene skjer i korridoren, samtaler hemmes og taushetsplikten brytes.

Undersøkelsen tyder på at behandlingskvaliteten reduseres når avdelingen har korridorpasienter. Reduksjonen er størst for korridorpasientene, men også øvrige pasienter rammes. Korridorpasientenes integritet svekkes.

Overbelegg med den konsekvens at pasienter plasseres i sykehuskorridorer, har lenge vært en del av hverdagen ved mange norske sykehus. Fenomenet er tidligere debattert i både norske (1) og nordiske (2 – 5) aviser og fagtidsskrifter. Også enkelte aviser og tidsskrifter utenfor Skandinavia har omtalt problemet (6 – 8), men i forhold til Norge (9), synes antallet korridorpasienter i andre land å være beskjedent.

Vi ønsket å kartlegge konsekvensene for behandlingskvalitet og pasientintegritet av å ha pasienter liggende i korridor.

Materiale og metode

Statens helsetilsyn og fylkeslegene gjennomførte i 1998 og 1999 kartlegginger av korridorpatientbelegget ved utvalgte sykehusavdelinger ved landets sykehus. Sammen med en oppfølgende kartlegging av indremedisinske avdelinger i 1999, mottok sykehusene også et spørreskjema med utsagn knyttet til hvordan kvaliteten i pasientbehandlingen og pasientens integritet påvirkes når pasienter ligger i korridor.

Spørreskjemaet var testet ut ved et lokalsykehus og et sentralsykehus før utsending. Avdelingsoverlege og oversykepleier på hver avdeling ble bedt om sammen å velge definerte svaralternativer (helt enig, enig, uenig og helt uenig; alternativt ja, nei og vet ikke). Spørreskjemaet skulle besvares i samme periode som antall korridorpasienter i avdelingen ble registrert (uke 23, 1999).

Utsagnene gjaldt bl.a.:

- – Forhold som gjelder alle pasientene i avdelingen
- – Forhold som gjelder korridorpatientene særskilt
- – Forhold som gjelder avdelingen og som berører korridorpatientene
- – Forhold vedrørende primærhelsetjenesten

Resultater

Av 62 sykehus som fikk tilsendt skjemaene, mottok vi svar fra 60 (97%).

For å forenkle lesingen av diagrammene, er svaralternativene enig og helt enig slått sammen.

Tabell 1 viser at det var stor enighet om at en rekke forhold som direkte og indirekte påvirker kvaliteten på behandlingen, er negativt berørt når avdelingen har korridorpasienter. 93 % var enig i det generelle utsagnet om at behandlingskvaliteten er svekket. Omtrent samme andel var enig i at risikoen for feilbehandling og sykehusinfeksjoner øker. Det var også enighet om at helsepersonellens tid med pasientene reduseres og at pasienter skrives ut for tidlig.

Tabell 1

Avdelingsledelsens holdninger til utsagn som gjelder alle pasientene i avdelingen

	Enig/heltenig (%)
Korridorpasienter medfører at pasienter blir skrevet ut for tidlig	88
Korridorpasienter medfører svekket behandlingskvalitet	93
Korridorpasienter medfører økt risiko for feilbehandling/uhell	93
Korridorpasienter medfører redusert sykepleietid per pasient	97

Korridorpasienter medfører redusert legetid per pasient	90
Når avdelingen har korridorpasienter, er pasientene mer utsatt for sykehusinfeksjoner	93

Tabell 2 viser stor grad av enighet om at kvaliteten i behandlingstilbudet særskilt svekkes for korridorpasientene. Et flertall er enig i at behandlingskvaliteten for korridorpasientene er ytterligere redusert sammenliknet med øvrige pasienter, og at risikoen for feilbehandling, uhell og sykehusinfeksjoner øker. Nær alle er enig i at legeundersøkelsen under vitsett og personalets samtaler med pasienten hemmes. Imidlertid er de fleste uenig i at korridorpasienter får mindre legetid og sykepleietid enn øvrige pasienter.

Tabell 2

Avdelingsledelsens holdninger til utsagn som gjelder korridorpasientene

	Enig/heltenig (%)
Får mindre sykepleietid enn øvrige pasienter	48
Får mindre legetid enn øvrige pasienter	36
Økt risiko for feilbehandling/uhell	67
Behandlingskvaliteten er svekket	70
Legeundersøkelsen av pasienten ved vitsett og liknende hemmes	97
Personalets samtaler med pasienten hemmes	100
Utstyr til akuttmedisinske prosedyrer er mer tungvint tilgjengelig	85
Utsatt for sykehusinfeksjoner	82

Tabell 3 viser andelen avdelinger der ledelsen er enig i at forhold som berører pasientintegritet svekkes når pasienten ligger i korridor. De fleste er enig i at taushetsplikten er vanskeligere å overholde når pasienter ligger i korridor, mens en enda høyere andel angir at forbipasserende kan gjenkjenne både pasient og diagnose. Besøksamtaler vanskeligjøres, og pasientene får ikke tilstrekkelig ro og hvile. Imidlertid er bare halvparten enig i utsagnet om at korridorpasientene oftere får sovemidler enn andre pasienter.

Tabell 3

Avdelingsledelsens holdninger til utsagn vedrørende integriteten til de pasientene som ligger i korridorseng

	Enig/heltenig (%)
Besøksamtaler med pårørende vanskeligjøres	95
Taushetsplikten er vanskeligere å overholde	88

Forbipasserende kan gjenkjenne pasienten ev. identifisere diagnose	95
Får ikke tilstrekkelig ro og hvile	100
Får oftere sovemidler enn vanlige pasienter	55

Nesten alle angir at pasientene må bruke bekken og urinflaske mens de ligger i korridor.

Tabell 4 viser enkelte forhold som kan forklare den økende forekomsten av korridorpasienter. Avdelingsledelsen er ikke enig i at økningen kan skyldes at pasienter som legges inn i sykehus er mindre syke i dag enn for ti år siden. Imidlertid er det tro på at en styrket primærhelsetjeneste med tilpassede sykehjemssenger, både vil bidra til å forhindre innleggelser og til å åpne for tidligere utskrivninger. 63% av de indremedisinske avdelingene kan anvende senger i andre avdelinger ved overbelegg. Imidlertid angir 71% av de faglig ansvarlige at denne løsningen reduserer kvaliteten på behandlingen. Denne vurderingen var lik enten egen avdeling anvendte slike senger eller ikke.

Tabell 4

Avdelingsledelsens holdninger til forhold som kan påvirke innleggelser, utskrivninger, intern pasientfordeling og gjennom dette; korridorpasientbelegget

	Ja (%)	Nei (%)	Vetikke (%)
Pasientene som innlegges for øyeblikkelig hjelp nå, er mindre syke enn for 10 år siden	14	75	12
Primærlegene legger ofte inn pasienter i avdelingen fordi det mangler tilpassede sykehjemsplasser	73	21	6
Tilpassede sykehjemssenger kan gjøre pasientene i avdelingen tidligere utskrivningsklare	92	4	4
Avdelingen anvender senger ved andre avdelinger i sykehuset	63	37	0
Slik alternativ plassering av pasientene reduserer kvaliteten på behandlingen	71	16	12

Diskusjon

De to sykehusene som vi ikke fikk svar fra, hadde ifølge vår undersøkelse i 1998 (10) få korridorpasienter. Undersøkelsen dokumenterer således vurderingene til avdelingsoverlegene og oversykepleierne ved landets indremedisinske avdelinger. Undersøkelser lider av de svakheter som gjelder for spørreundersøkelser om kliniske forhold i situasjoner hvor den kliniske sammenhengen ikke er godt dokumentert. Det er imidlertid vår oppfatning at det er relevant å spørre avdelingsoverleger og oversykepleiere fordi de utgjør en erfaren og kompetent gruppe. De er også faglig ansvarlige for avdelingene og har som oppgave å gjennomføre vurderinger av forsvarlighet, behandlingskvalitet og pasientenes situasjon.

Ut fra svarene kunne vi se at undersøkelsen i hovedsak var besvart av avdelingsledelsen samlet. I enkelte tilfeller fantes enten bare avdelingsoverleges eller oversykepleiers (eller tilsvarende) underskrift. Vi antar imidlertid at både medisinsk og sykepleiefaglig kompetanse har deltatt i utarbeidingen av svarene ved nær samtlige sykehus.

Forekomst av korridorpasienter og høyt belegg har implikasjoner både for pasientene og for helsepersonellet. Avdelingsledelsen ved de indremedisinske avdelingene kunne således tenkes å overdrive konsekvensene for pasientene i tilbakemeldingene på undersøkelsen, for derigjennom å få hjelp fra nasjonale tilsynsmyndigheter til å legge press på sykehuseiere og sykehusledelse for å rette opp forholdene. Vi har ingen garanti for at dette ikke har skjedd.

Imidlertid er tilbakemeldingene fra avdelingsledelsen sammenfallende med vurderinger som har vært gjort av både norske og svenske faglige tilsynsmyndigheter etter tilsyn i avdelingene. Medarbeiderne i disse etatene har ingen slike interesser i forhold til svarene på spørreundersøkelsen (5, 10).

Svarene tyder på at det å ha korridorpasienter svekker den faglige kvaliteten på behandling og pleie. Dette er trolig den viktigste konsekvensen av å ha pasienter i korridor. At pasientene kan være mer utsatt for sykehusinfeksjoner, gir også grunnlag for bekymring.

Det å ha korridorpasienter medfører økt risiko for feilbehandling og uhell. Normalt vil både helsepersonell, administrasjon og tilsynsmyndigheter umiddelbart reagere for å rette på situasjonen dersom det blir klart at et forhold øker risikoen for feilbehandling eller uhell.

Det å ha korridorpasienter kan medføre at pasienter skrives ut for tidlig. Dette kan innebære at pasientene får forlenget sykdomsforløp, resultere i unødvendige komplikasjoner, behandlingssvikt eller hyppigere reinleggelser.

En viktig konklusjon fra undersøkelsen er at de ansvarlige oppfatter at ikke bare korridorpasientene, men også øvrige pasienter i avdelingen, får redusert kvaliteten på behandlingen. Undersøkelsen viser samtidig at avdelingsledelsen mener at kvalitetsreduksjonen er størst for korridorpasientene. Det er alvorlig når praktisk talt alle er enig i at legeundersøkelsen ved visitt hemmes og så mange som 88 % angir at utstyr til akuttmedisinske prosedyrer er mer tungvint tilgjengelig for disse pasientene.

Enkelte forhold gjelder bare korridorpasientene, for eksempel integritetsproblemer. Det er ikke snakk om bagatelmessige integritetsbrudd når pasienter må bruke bekken og urinflaske når de ligger i korridor.

Brudd på taushetsplikten vil lettere kunne oppstå i forbindelse med visitt og undersøkelse som foregår i en trafikkert korridor enn i et sykerom. Journalopptak og innkomst- og utskrivningssamtale vil vanskelig kunne skje på en slik måte i korridoren at taushetsplikten overholdes. Pasienter må normalt akseptere å vise sin kropp for helsepersonell, men de bør slippe å eksponere den for forbipasserende i en korridor. Tilfeldige forbipasserende vil også kunne identifisere pasienten, se medikamentglass etc. på nattbordet, og dermed få innsyn i personlige forhold som bør vernes av taushetsplikten.

Helsepersonell som passerer gjennom en korridor der det ligger en pasient med infusjon av et ordinært medikament, vil forstå hvilken kategori sykdom pasienten har. Dette representerer også et brudd på taushetsplikten. Nær alle er enig i utsagnet om at forbipasserende kan gjenkjenne pasienter og ev. identifisere diagnose.

Det er tvilsomt om den enkelte som arbeider i avdelingen kan kritiseres for brudd på taushetsplikten så lenge korridor plassering ikke er til å unngå. Sykehuseier og sykehusledelse vil imidlertid kunne kritiseres for ikke å legge forholdene til rette slik at helsepersonellet kan overholde helselovgivningen.

Det er gledelig å registrere at de fleste mener at leger og sykepleiere prioriterer like mye tid med korridorpatientene som med øvrige pasienter. Det må være i tråd med profesjonsetikken å prioritere disse pasientene på linje med øvrige pasienter. Svarene gir således ikke grunnlag for å frykte at pasientene i korridoren oppfattes som uønskede elementer som ikke oppnår nødvendig oppmerksomhet.

Overbelegg trenger ikke medføre korridorpatienter. Et alternativ til å plassere pasienter i korridor i indremedisinske avdelinger er å bruke ledige senger i andre deler av sykehusene. Mange indremedisinske avdelingene i Norge har denne praksisen. Imidlertid mener de fleste at dette svekker behandlingskvaliteten. Tilsvarende holdninger fremkommer i den svenske kartleggingen (5). Det kan derfor ikke sees på som noen god løsning på korridorpatientproblemet å plassere indremedisinske pasienter i seng i sykerom i kirurgisk avdeling. Trolig gjelder resonnementet også den andre veien. Dette er ikke vanskelig å forstå. Personellet ved en avdeling har rutiner og erfaring for å håndtere en type problemstillinger. Episodisk tilførsel av pasienter fra andre avdelinger gjør at personellet ikke har trening i å tolke pasientenes symptomer eller ikke har beredskap for de komplikasjonene som kan oppstå.

Derimot er troen større på at tilpassede sykehjemsplasser vil avlaste de indremedisinske avdelingene. Dette dreier seg om de pasienter som ikke trenger den avanserte utredningen og behandlingen som den indremedisinske avdelingen kan tilby. Det gjelder både pasienter som er ferdig til utskrivning etter opphold, og også noen pasientgrupper som innlegges, men som kan få observasjon, behandling og pleie på et lavere omsorgsnivå. De som har argumentert for å beholde sykestuene i primærhelsetjenesten, og de som ønsker seg sykehjemmene som mer aktive behandlings- og rehabiliteringsinstitusjoner i fremtiden, får støtte i vår undersøkelse.

Konklusjon

Avdelingsoverleger og oversykepleiere ved landets indremedisinske avdelinger er i stor grad enig i utsagn som angir at det å ha korridorpatienter medfører svekket behandlingskvalitet og at pasientenes integritet ikke lar seg ivareta ved plassering i korridor. Disse vurderingene faller sammen med vurderinger gjort av norske og svenske tilsynsmyndigheter. Det å ha pasienter liggende i sykehuskorridorer er i strid med allment aksepterte faglige normer. Dersom korridorpatientbelegget er høyt over tid, tyder våre data på at situasjonen kan være faglig uforvarlig.

LITTERATUR

1. Rygh J. Korridorpatientene – syke sendt på gangen. Aftenposten (morgenutgave) 22.11.1998.
2. Bergquist LP. Krav om flere senge og mere personale. Sygeplejersken 1993; 24: 10 – 13.
3. Bergquist LP. Ikke et ord om overbelægning. Sygeplejersken 1993; 24: 14.
4. Hansen CF. Et landsomfattende problem. Sygeplejersken 1991; 3: 18 – 20.
5. Beläggningssituasjonen vid medisinkliniker. Socialstyrelsens meddelandeblad 6-1999. Stockholm: Socialstyrelsen, 1999.
6. Graff L. Overcrowding in the ED. Am J Emerg Med 1999; 17: 208 – 9.
7. Bellandi D. Running at capacity. Modern healthcare 21.6.1999: 110 – 3.
8. Pryor W. Patients put in TV-rooms, corridors, says Minister. Australian Business Intelligence 23.9.1999: 6.

9. Skretting P, Larsen B-I, Farstad T. Korridorpasienter i indremedisinske avdelinger i 1998 og 1999
Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2630 – 2.

10. Gjennomgang av landets sykehus – del 1 Kartlegging av beleggprosent og korridorpasienter ved indremedisinske, kirurgiske og ortopediske avdelinger. Delrapport 1. Oktober 1998. Oslo: Statens helsetilsyn, 1998.

Publisert: 20. september 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2022. Lastet ned fra tidsskriftet.no 6. oktober 2022.