
Hvorfor har vi korridorpasienter?

KRONIKK

BJØRN-INGE LARSEN

Fylkeslegen i Vestfold
Postboks 2253
3103 Tønsberg

PER SKRETTING

TOVE FARSTAD

Statens helsetilsyn
Postboks 8128 Dep
0032 Oslo

Årsakene til korridorpasientproblemet diskuteres med utgangspunkt i tre innfallsvinkler: kapasitetsbetraktninger, incentivene som pasienter, helsepersonell, sykehusledelse og hjemstedskommune har, og helsesektorens ressursituasjon. Norske sykehus har fått færre senger og høyere beleggsprosent. Det er ubalanse innenfor sykehusene ved at indremedisinske avdelinger har høyere beleggsprosent enn andre avdelinger. Dette skyldes trolig at behovene for indremedisinske tjenester øker raskest. Samtidig har alle aktørene sterke incentiver som bidrar til å opprettholde korridorpasientproblemet. Ressursrammen for norsk helsetjeneste er som forventet eller litt trangere ut fra internasjonale sammenlikninger. Korridorpasientproblemet kan tyde på svikt i styringssystemene for helsetjenesten.

Norske sykehus har et betydelig antall korridorpasienter i indremedisinske avdelinger (1). Også kirurgiske og ortopediske avdelinger har korridorpasienter, men problemene er gjennomgående mindre ved disse avdelingene (2). Problemene er større ved de store sykehusene enn ved de små og størst ved regionsykehusene, med unntak av Rikshospitalet. En undersøkelse publisert i dette nummer av Tidsskriftet viser at den faglige ledelsen ved slike avdelinger mener at korridorpasienter reduserer

behandlingskvaliteten og hemmer ivaretagelse av pasientens integritet (3). Hvilke årsaker kan ligge bak den vedvarende forekomsten av korridorpasienter ved landets sykehus?

Vi ønsker å drøfte denne problemstillingen ut fra tre innfallsvinkler: avdelingenes kapasitet, aktørenes motiver og helsetjenestens økonomiske ramme.

Avdelingenes kapasitet

Når kapasiteten overbelastes ved en eller flere avdelinger, kan en innfallsvinkel være å vurdere faktorer som påvirker:

- – Tilførselen av pasienter
- – Kapasiteten og pasientflyten i den aktuelle avdelingen
- – Utskrivningen av pasienter

Kapasitet og pasientflyt

En rekke faktorer påvirker kapasiteten i en sykehusavdeling. Statens helsetilsyns korridorkartlegging i 1999 (4) trekker frem antall senger og antall helsepersonell i avdelingen, servicefunksjoner ved laboratorie- og røntgenavdelinger og om avdelingen ved belastningstopper kan anvende senger i andre avdelinger.

Tabell 1 viser at antall sykehussenger i Norge er redusert i løpet av de siste tiårene. I 1973 hadde landets somatiske sykehus 23 315 senger (5, 6). Dette tallet var sunket til 14 454 i 1998, en reduksjon på 38 %. Denne reduksjonen har skjedd planlagt og skyldes bl.a. overføring av utredning og behandling til poliklinikkene og en stadig kortere liggetid i sykehusene. Samtidig viser tabell 1 at beleggsprosenten for sykehusene samlet (alle avdelinger) har økt svakt, fra 78 i 1973 til 81 i 1998.

Tabell 1

Oversikt over sengekapasitet i norske somatiske sykehus i utvalgte år i perioden 1973 – 98. Data fra Statistisk sentralbyrå. Antall liggedøgn i 1973 og 1980 er regnet ut fra øvrige data i tabellen, og er ikke hentet fra Statistisk sentralbyrå. Fordi overbelegg medfører bruk av senger som ikke skulle være i drift, vil tallene for ”Anvendte senger i snitt” og ”Ledige senger i snitt” ikke være helt korrekte

År	1973	1980	1990	1998
Sengeplasser totalt	23 315	21 883	16 040	14 395
Beleggsprosent	78	79	77	81
Liggedøgn	6 637 781	6 308 365	4 507 876	4 256 080
Anvendte senger i snitt	18 186	17 283	12 350	11 660

Ledige senger i snitt	5 129	4 600	3 690	2 735
-----------------------	-------	-------	-------	-------

Vi har her valgt å bruke data fra Statistisk sentralbyrå fordi disse dataene går lenger tilbake i tid enn data fra Norsk institutt for sykehusforskning (NIS). Imidlertid viser Statistisk sentralbyrås data en kunstig lav beleggsprosent ved at antall liggedøgn er relatert til senger i avdelingen per 31.12. Dermed taper man informasjonen om avdelingens reelle kapasitet på årsbasis når feriestengning og annen reduksjon medregnes. NIS korrigerer for dette i sitt datamateriale og kommer nærmere reelt belegg med sitt anslag på 86 % for sykehusene samlet i 1998.

Når beleggsprosenten øker, medfører dette at sykehusets margin til fullt belegg reduseres. Det kreves derfor mindre ubalanse i fordelingen av senger mellom avdelingene, eller mindre svingninger i pasienttilførselen, før kapasiteten overstiges. Kartlegginger i 1998 og 1999 (1, 2) viser at det er de indremedisinske avdelingene som har flest korridorpasienter. Mer enn halvparten av landets indremedisinske avdelinger har en beleggsprosent på over 95 på landsbasis (1, 2). Flertallet av de indremedisinske avdelingene ved de store sykehusene har et gjennomsnittlig belegg på 100 % eller mer. Dette er betydelig høyere enn øvrige avdelinger, og kan tolkes som at andre avdelinger har mindre press enn de indremedisinske, og at de indremedisinske avdelingene har fått redusert sin kapasitet for mye sett i forhold til andre avdelinger. Man kan tenke seg at denne typen ubalanse i kapasiteten kan oppstå ved ujevn kapasitetsendring over tid i ulike sykehusavdelinger, alternativt at endringer i befolkningens sykdomspanorama eller i det medisinske behandlingstilbudet skjer ulikt for ulike medisinske fagfelter. Det foreligger ikke data som viser reduksjonen avdelingsvis for sykehusene. Vi antar at det først og fremst er et økende behov for indremedisinske tjenester, særlig akuttinnleggelser, som har medført ubalansen.

Innleggelser og utskrivninger

Den viktigste faktoren for endringer i tilførselen av pasienter over tid, er demografiske endringer. Disse er beskrevet i to helt nye utredninger fra henholdsvis Statens helsetilsyn (7) og SINTEF (8). Befolkningen eldes og antallet i de eldste aldersgruppene øker. Dette medfører økt behov for alle typer helsetjenester og behovet vil fortsette å øke i tiår fremover. Helsetilsynets utredning antyder at behovet for indremedisinske tjenester øker mest.

En rekke andre forhold spiller også inn på innleggelser og utskrivninger i sykehusene. Vår kartlegging (3) viser at avdelingsledelsen ved norske indremedisinske avdelinger har tro på at tilpassede sykehjemsplasser i kommunehelsetjenesten både kan redusere antall innleggelser og gjøre pasienter tidligere utskrivningsklare. Vi vet at en rekke innleggelser retrospektivt viser seg å kunne ha vært unngått (9). Imidlertid vil det være urealistisk å planlegge for bare korrekte innleggelser. Jo trangere man gjør porten for innleggelse i sykehus, jo større blir risikoen for at også pasienter som

virkelig trenger innleggelse, avvises. Det må derfor eksistere funksjoner som kan bidra til å avklare problemstillinger i de tilfeller der pasienten kanskje trenger sykehusinnleggelse.

Sykestuene i Finnmark representerer et eksempel på en "halvannenlinjetjeneste" som skal avlaste sykehusene (10). Sykestuene er tilknyttet sykehjemmene, betales av fylkeskommunen og drives av allmennpraktikerne og sykehjemmets pleiepersonale. De kan motta pasienter med enklere problemstillinger som ellers ville trenge sykehusinnleggelse. De kan også motta pasienter tidligere fra sykehusene enn hva som ellers ville vært tilfelle. I sin doktoravhandling konkluderer Ivar Aarås med at sykestuer reduserer bruken av sykehus på grunn av både lavere innleggelseshyppighet og redusert liggetid i sykehus (10). Kostnadsanalysen indikerer at sykestuebehandling medfører lavere utgifter for samfunnet enn alternative tilbud. Samtidig er utredning og behandling fullt forsvarlig.

Andre tiltak som kan bidra til å redusere antall innleggelser i ordinære sykehussenger er felles akuttmottak med primærhelsetjenestens legevakt (FAM) og egne observasjonsposter i tilknytning til sykehusenes akuttmottak.

At primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste økonomisk og faglig er forankret i to ulike forvaltningsnivåer, kommuner og fylkeskommuner, kan bidra til å bremse utviklingen av slike løsninger i helsetjenesten. Dette gjelder selv om løsningene er faglig og samfunnsøkonomisk gunstige, slik det er vist for sykestuene i Finnmark. Det skyldes at de ligger i gråsonen mellom forvaltningsnivåene. Både kommuner og fylkeskommuner kan håpe at ved at slike sengeplasser ikke etableres, vil den økonomiske belastningen overføres til den annen part. Begge håper på en bedriftsøkonomisk gevinst siden våre økonomiske styringsmekanismer ikke belønner samfunnsøkonomisk ansvar. Tilsvarende resonnementer kan være blant forklaringene når pasienter i lengre tid forblir i kostbare sykehussenger i påvente av ledig sykehjemsseng.

Bare ett sted i Norge er det økonomiske skillet mellom primær- og spesialisthelsetjeneste opphevet. Oslo er både kommune og fylkeskommune og har ansvar for både primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Hovedstaden burde fremstå som et eksempel på hvordan helhetlig ressursforvaltning kan resultere i medisinsk og økonomisk heldige løsninger. Vår kartlegging viser imidlertid at ingen fylkeskommuner har flere ferdigbehandlede pasienter liggende i sine sykehus i påvente av sykehjemsplass. I Oslo kommunes sykehus lå 66 pasienter i påvente av sykehjemsplass ved vår kartlegging den 9.6. 1999. De aller fleste ventet trolig på en sykehjemsplass i Oslo. Dette tilsvarer mer enn to indremedisinske poster og er mer enn dobbelt så mange som de korridorpatientene som befant seg på indremedisinske avdelinger i Oslo denne dagen. Trolig skyldes dette at også Oslo har delt sine tjenester inn i separate økonomisk ansvarlige enheter, hvor hver enhet har et bedriftsøkonomisk perspektiv.

Et annet forhold som påvirker tilførselen av pasienter til sykehusene, er knyttet til terskelen for når pasienter innlegges og hvor stor treffsikkerhet som er knyttet til primærlegene og legevaktlegenes innleggelser. Våre data viser at

dagens pasienter er minst like syke som pasientene var for ti år siden (3). Det er således ikke grunn til å hevde at terskelen for innleggelse har gått ned. Dataene indikerer også at treffsikkerheten heller ikke er svekket.

Aktørenes motiver

I diskusjonen over har vi vurdert sykehusene som produksjonssted og gjennomført en vurdering av enkelte årsaker til at avdelingene vedvarende har belegg utover vanlig kapasitet. En annen innfallsvinkel er å se på sykehusene som et økonomisk system og vurdere hvilke motiver, eller incentiver, de ulike aktørene har som kan bidra til å opprettholde korridorpatientbelegget. I et slikt perspektiv er det naturlig å vurdere incentivene for pasientene, helsepersonellet, sykehusledelsen, sykehuseier og hjemstedskommunen.

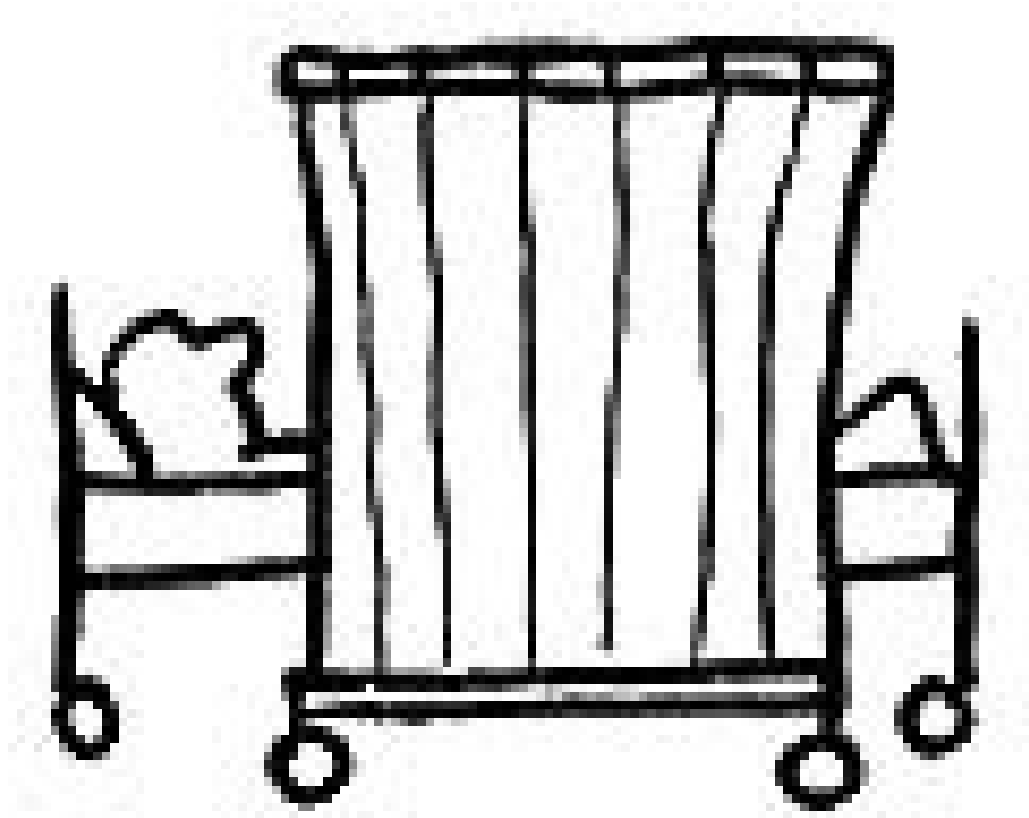
Pasientene ønsker trolig, med få unntak, å ligge i seng på pasientrom. Imidlertid er pasienter med behov for sykehustjenester ikke i posisjon til å stille ultimative krav. De fleste pasienter vil i valget mellom å få et sykehus tilbud eller ikke, velge å akseptere en korridorseng, siden dette gir inngangsbillett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

Helsepersonellet ønsker å legge pasientene i seng på pasientrom både av hensyn til behandlingskvaliteten og av hensyn til arbeidsmiljøet (3). Imidlertid er det dypt forankret i helsepersonellsets profesjonsetikk at de pasientene som har behov for deres hjelp, skal få det. For helsepersonellet kan det derfor være langt bedre å ta imot en pasient og tildele vedkommende en korridor plass, enn det er å avvise pasienten. Også helsepersonellet har derfor motiver som medfører fortsatt bruk av korridorsenger når bedre alternativer mangler.

Vi går ut fra at *sykehuseier* (normalt fylkeskommunen) og *sykehusledelsen* også i utgangspunktet ønsker å tilby samtlige pasienter plass i ordinær sykehusseng. Imidlertid har trolig eier og ledelse den felles antakelse at det å fjerne overbelegg og korridorsenger vil øke utgiftene uten at inntektene øker tilsvarende. Økonomien vil da være en begrensende faktor for å treffe motiltak mot korridorsenger. Det er mulig at dagens finansieringsmodell med DRG-betaling per behandlet pasient, kan medføre at sykehusledelsen kan bedre regnskapet ved at sykehuset har færre senger og mindre personell enn hva det faktiske behovet ut fra dagens innleggelsestall og liggetid skulle tilsi. Vår kartlegging har vist at sykehuseierne, fylkeskommunene, i liten grad har engasjert seg i arbeidet med å redusere problemet med korridorpatienter (11). Dersom de økonomiske incentivene var annerledes, kunne dette trolig endres.

For *hjemstedskommunen*, som avtaker for sykehuspasientene, vil det å avlaste sykehusene raskt for alle utskrivningsklare pasienter medføre at kommunen tidligere får en ny pasient, med de kostnader dette innebærer. Som kjent er DRG-betaling ikke innført i primærhelsetjenesten og i motsetning til i sykehusene, vil nye pasienter i sykehjem ikke medføre nye inntekter. Tilsvarende vil resonnementet være dersom sykehusene ønsker at primærhelsetjenesten skal overta pleie, utrednings- og behandlingsansvaret for pasientgrupper som i dag innlegges i sykehus. Dette vil medføre kostnader for kommunen uten medfølgende inntekter.

I dette perspektivet har altså alle de viktigste aktørene incentiver som bidrar til å opprettholde fenomenet med pasienter plassert i seng i korridor. Det bidrar til at problemet vedvarer.



Helsetjenestens økonomiske ramme

En tredje, og ganske annerledes, innfallsvinkel kan være å se om problemet med korridorpasienter skyldes at Norge bruker for lite penger på helsetjenesten. Sammenlikninger med andre land må alltid vurderes med stor forsiktighet fordi landene ofte inndeler sine samfunnssektorer ulikt. ”Helsetjenestens økonomiske ramme” og ”helsetjenestens andel av bruttonasjonalprodukt” er derfor ikke entydige begreper.

Sentralbanksjefen har nylig uttalt seg om helsetjenestens økonomi i sin årstale til representantskapet i Norges bank (12). Her angir han at Norge har omtrent de samme utgifter til våre helsetjenester som andre vestlige land. Videre angir han at helsetjenesten i fremtiden må bli mer effektiv, at brukerne må betale en større andel av kostnadene ved tjenestene og at det offentlige i sterkere grad må sette grenser for hvilke tjenester som skal finansieres over skatteseddelen. Ifølge sentralbanksjefen er det bare pensjonsutbetalingene som kan vokse raskere enn bruttonasjonalproduktet.

Etter vårt syn bør det være et åpent spørsmål hvilke samfunnssektorer som skal vokse raskere enn bruttonasjonalproduktet. Spørsmålet er politisk, ikke medisinsk eller økonomisk. Det er ingen tvil om at medisinsens fagutvikling og den medisinsk-tekniske utviklingen går raskere enn utviklingen av bruttonasjonalproduktet. Dersom sentralbanksjefens ønsker for landets

helsebudsjett får gjennomslag, vil dette kunne føre til at gapet mellom hva helsetjenesten faglig og teknisk er i stand til å yte, og hva den offentlige helsetjenesten innenfor sine budsjetter er satt i stand til å yte, kontinuerlig vil øke. Det er nærliggende å spørre hva dette vil medføre for balansen mellom offentlig og privat helsetjeneste i Norge og for problemet med korridorpatientene i offentlige sykehus.

OECDs helsedatarapport fra 1999 viser at Norge i 1997 brukte litt under gjennomsnittet av vårt bruttonasjonalprodukt på helsetjenester (13). Mens Norge brukte 7,5 %, brukte OECD-landene i snitt 7,8 % og EU-landene 8 %. Danmark og Sverige brukte henholdsvis 8 % og 8,6 %. Imidlertid viser Sosial- og helsedepartementets statistikk for 1998 at helseutgiftens andel av bruttonasjonalproduktet økte med 0,7 % fra 1997 til 1998 (14). Det foreligger ikke internasjonale sammenlikningstall for 1998. Totalrammen til helsetjenesten er en relevant størrelse for vurderingen, også i relasjon til en så sykehusspesifikk problemstilling som korridorpasienter. Dette skyldes at utbygging og innstramning på en rekke nivåer i helsetjenesten vil kunne påvirke belegget i sykehusene og dermed forekomsten av korridorpasienter. Flere sykehussenger vil gi bedret kapasitet i sykehusene, og de pasientene som i dag ligger i korridor, ville kunne flytte inn på sykerom. Alternativt ville bedret kapasitet i sykehjemmene kunne bidra til at pasienter kunne skrives raskere ut av sykehusene eller at sykehjemmene overtar pasientgrupper som i dag legges inn i sykehus. Også dette kan redusere forekomsten av korridorpasienter.

Rammen for norsk helsetjeneste er ingen gitt størrelse. Internasjonalt er det en trend at det er de rikeste landene som bruker den høyeste andelen av sitt bruttonasjonalprodukt på helsetjenester. Vi tror at den norske befolkningen ønsker en helsetjeneste som i rimelig grad utnytter de muligheter medisinsk kunnskap og teknologi gir. Det er vist at mange er villige til å bruke en større andel av sin velstand på helsetjenester (15). Dersom veksten ikke kommer innenfor offentlig helsetjeneste, kan det derfor bli en økende etterspørsel etter private helsetjenester.

Det er altså en rekke årsaksfaktorer som må tas med i betraktning når man skal vurdere hvorfor sykehusene har pasienter i korridorene. Når årsaksforholdene er så komplekse, har det betydning for hvordan problemet kan påvirkes. Mange ulike tiltak kan hver for seg bidra til å redusere antall korridorpasienter. Samtidig vil små og store endringer i helsetjenesten utilsiktet kunne ha som konsekvens at problemet forverres. Når korridorpasienter i dag fremstår som regelen og ikke unntaket, tyder dette på systemsvikt i helsetjenestens styringsmekanismer på flere nivåer. Arbeidet med å redusere forekomsten av korridorpasienter, må derfor være ett element i det kontinuerlige og helhetlige arbeidet for å forbedre helsetjenestens styringsmekanismer.

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. Gjennomgang av landets sykehus, del 1. Kartlegging av beleggspersent og korridorpasienter ved indremedisinske, kirurgiske og ortopediske avdelinger.

Delrapport 1. Oslo: Statens helsetilsyn, 1998.

3. Larsen B-I, Skretting P, Farstad T. Korridorpasienter – konsekvenser for behandlingskvalitet og pasientintegritet Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2636 – 8.
4. Korridorpasienter i norske sykehus, 1999. Fremdeles regelen, eller unntaket? Oslo: Statens helsetilsyn, 1999.
5. Helseinstitusjoner 1980. Oslo: Statistisk sentralbyrå 1982.
6. Statistisk sentralbyrå: www.ssb.no (29.5.2000).
7. Scenario 2030. Sykdomsutviklingen for eldre fram til 2030. IK-2696. Oslo: Statens helsetilsyn, 1999.
8. Eldres forbruk av sykehustjenester. Trondheim: Sintef-Unimed NIS Rapport 4/1999. Sintef-Unimed NIS, 1999.
9. Melsom R, Mellesmo S. Nødvendighet av innleggelser, belyst ved en undersøkelse av øyeblikkelig hjelp innleggelser ved Sentralsykehuset i Akershus. Rapport nr. 2/1999. Oslo: Senter for helseadministrasjon, 1999.
10. Aarås I. Sykestuer i Finnmark. En studie av bruk og nytteverdi. ISM skriftserie nr. 45 B. Doktoravhandling. Tromsø: Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, 1998.
11. Korridorpasienter i norske sykehus, 1999. Fremdeles regelen, eller unntaket? Oslo: Statens helsetilsyn, 1999.
12. Svein Gjedrem, Norges bank. Tale til Norges Banks representantskapsmøte 17.2. 2000. www.norges-bank.no/foredrag/arstale00/.
13. OECD Health Data 99. Paris: OECD, 1999 (CD-ROM).
14. Sosial- og helsedepartementet: www.dep.no/shd/publ/1999/utgifterhelse/helsepol-03.html (15.4.1999).
15. Olsen JA, Hofoss D. Hvor mye penger vil vi bruke på helsevesenet? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 779 – 82.

Publisert: 20. september 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 5. juli 2026.