



BACHELOROPPGAVE

Tittel: På hvilken måte utfordrer korridorpasienter og overbelegg den faglig forsvarligheten ved somatisk sykehus?

Kull: 2015

Antall ord: **0000**

Fakultet for Helse-og sosialvitenskap
Institutt for helse- og omsorgsvitenskap,
Fagseksjon for sjukepleie – Haugesund

Sammendrag

Tittel: ”På hvilken måte utfordrer korridorpasienter og overbelegg den faglig forsvarligheten ved somatisk sykehus?”

Bakgrunn for valg av tema: Jeg er svært opptatt av hvordan min framtid i sykepleieryrket kommer til å bli. Jeg vil med dette undersøke utfordringene som helsepersonell kan få i forbindelse med å ha korridorpasienter og overbelegg på avdelingen.

Problemstilling: På hvilken måte utfordrer korridorpasienter og overbelegg den faglig forsvarligheten ved somatisk sykehus?”

Oppgavens hensikt: undersøke utfordringene knyttet til korridorpasienter og overbelegg

Metode: Bacheloroppgaven er et litteraturstudie, hvor forskning og faglitteratur er benyttet for å belyse problemstillingen.

Funn: Dødelighet, legemiddelfeil og smittehåndtering øker i takt med overbelegg.

Oppsummering: Institusjonen har et ansvar for å lege til rette sykehustjenestene, men prioriterer likevel å ha korridorpasienter. Pasienter har negativ opplevelser med å ligge korridor. Helsepersonellet yter ekstra i perioder med overbelegg, som sliter på de.

Nøkkelord: Overbelegg, Korridorpasient, somatisk sjukehus.

Abstract

Title: In what way does hallway patients and hospital bed capacity challenge the professional fitness of nursing in somatic hospital

Background: I am concerned about my future as a nurse. With this paper I want to explore one of the challenges I will meet. The challenge with hallway patients and hospital bed capacity.

Research question: In what way does hallway-patient and bed capacity challenge the professional fitness of nursing?

Purpose: Explore the challenge with hallway-patient and bed capacity

Method: The Bachelor's thesis is a literature study in which research and professional literature has been used to elucidate the issue.

Findings: Mortality, drug failure and infection management increases with bed occupancy

Summary: The institution has a responsibility for the clinical care in the hospital, but still uses hallway patients. Patients have a negative experience with staying in the hallway. The health care workers make their best effort to keep the quality of care, but can be worn down by it.

Keywords: Hallway patient, bed occupancy, hospital bed capacity, somatic hospital

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling	1
1.2 Presentasjon av problemstilling	1
1.3 presisering og avgrensning	1
2.0 Teori	2
2.1 Faglig forsvarlighet	2
2.2 Taushetsplikt	4
2.3 Tilsyn med helsepersonell og helsetjenesten	4
2.4 Korridorpatient og Belegg	5
2.5 Legemiddelhåndtering	6
2.6 Sykehusinfeksjoner	7
2.7 Sikkerhet	8
3.0 Metode	9
3.1 Hva er metode	9
3.3 Litteratursøk	9
3.4 Kildekritikk	10
3.5 Metodekritikk	10
3.6 Etske overveielser	11
4.0 Resultat	12
4.1 Stress on the ward: Evidence of safety tipping points in hospitals	12
4.2 High levels of bed occupancy associated with increased inpatient and thirty-day hospital mortality in Denmark	13
4.3 Bed occupancy rates and hospital acquired infections – should beds be kept empty?	13
4.4 ED overcrowding is associated with an increased frequency of medication errors	14
4.5 Patient experiences in relation to respondent and health service delivery characteristics: A survey of 26,938 patients attending 62 hospitals throughout Norway	15
4.6 patient safety in patients who occupy beds on clinically inappropriate wards: a qualitative interview study with NHS staff	15
4.7 Hovedfunn	16
5.0 Drøfting	17
5.1 Faglig forsvarlighet	17
5.2 Institusjonen	18
5.3 Pasienten	21
5.4 Helsepersonell	21
5.5 Legemiddelhåndtering	23
5.6 Sykehusinfeksjoner	24
5.7 Pasientsikkerhet	26
6.0 oppsummering	27
7.0 Litteraturliste	1

1.0 Innledning

Statlige føringer beskriver sykehus uten pasienter på korridor plass, likevel skriver Hatlebakk (2016) at om lag 14 av 1000 sykehusovernattinger foregikk på gangen i 2015. Helsenorge (2017) skriver at det ikke er ønskelig med pasienter liggende i korridorene på sykehus. Det er vanskelig å ivareta taushetsplikt i tillegg til at pasienter opplever at det går ut over deres personlige integritet og verdighet.

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Jeg er svært opptatt av hvordan min framtid i sykepleieryrket kommer til å bli. Ved å følge med i avisoppslag, nettsider og samtaler med sykepleiere har jeg blitt oppmerksom på at jeg må innstille meg på en tøff jobb. Tilsyn ved sykehuset Telemark i tidsrommet 15.mai 2015 til 31.mai 2016 kom det blant annet fram at ansatte sier at de ikke rekker å gjøre skriftlig dokumentasjonsarbeid innenfor vanlig arbeidstid, må nedprioritere oppgaver som vitale målinger og kliniske observasjoner og at de gir uttrykk for at det faglige arbeidet har vært uforsvarlig i perioder med høyt pasientbelegg (Helsetilsynet, 2016).

Jeg vil med dette bruke bacheloren til å bli kjent med utfordringene som helsepersonell kan få i forbindelse med å ha korridor pasienter og overbelegg på avdelingen.

1.2 Presentasjon av problemstilling

På hvilken måte utfordrer korridor pasienter og overbelegg den faglig forsvarligheten ved sykepleien?

1.3 presisering og avgrensning

Det er tatt utgangspunkt i somatisk sykehus.

2.0 Teori

2.1 Faglig forsvarlighet

I flere av helselovene går kravet om faglig forsvarlighet igjen, og er ment som et fundament som setter standard for all yrkesutøvelse i helsetjenesten. Det betyr at den enkelte sykepleier har et selvstendig ansvar for forsvarlig yrkesutøvelse Norsk sykepleierforbund (2008).

Kravet om forsvarlighet i helsepersonelloven er relativt (Molven, 2016, s. 137). I følge helsepersonelloven skal helsepersonell utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (Helsepersonelloven, 1999). Det at kravet er avhengig av sykepleierens kvalifikasjoner, innebærer at man krever mer av den godt skolerte enn av den nyutdannede. Av arbeidets karakter og situasjonen for øvrig, betyr at man kan forlange mer av sykepleieren når det er stor risiko knyttet til helsehjelpen enn når risikoen er liten. I praksis vil det eksempelvis si når man har god tid til å planlegge hjelpen i forhold til når man må handle øyeblikkelig (Molven, 2016, s. 138). Videre vil det stilles høyere krav til de som arbeider under gode rammebetingelser og nok personale, i forhold til de som arbeider under uklare rutiner og mangel på personale.

Faglig forsvarlighet retter seg mot det faglig tekniske. Det faglig tekniske retter seg mot, er å tilfredsstille pasientens mer grunnleggende behov for hygiene, ernæring og væskeinntak, aktivitet, hvile og trygghet. Den retter seg og mot situasjoner med behov for forebygging og stell av sår, injisering av legemidler, bruk av respirator, stomistell, dialysebehandling, overvåking etter risikable inngrep og så videre. Dette er eksempel på hva som går under kravet, men det at helsehjelpen skal være faglig forsvarlig og at det skal gis omsorgsfull hjelp er ikke presise krav og sier langt i fra hva entydig hva som forventes. Omsorgsfull hjelp innebærer blant annet at helsehjelpen blir gitt med en væremåte som skal oppleves som god eller kjærlig. Det går ikke noe skarpt skille mellom de to begrepene, så de overlapper til en viss grad.

Kravet om forsvarlighet retter seg både mot personell og virksomheter. Det retter seg dels mot enkelthandlinger, handlinger over tid og mot virksomheten. Videre er det begrepsmessig ingen mellomting mellom forsvarlig og uforsvarlig helsehjelp. Det vil si at en handling eller virksomhet er enten forsvarlig eller uforsvarlig (Molven, 2016, s. 133). Det er i midlertidig viktig å få frem at om man skulle ha skrevet ned hver handling som skal forventes som faglig forsvarlig, ville et avvik lett blitt bedømt som uforsvarlig. Ikke alle avvik fra den faglige og verdimeslige gode handling blir vurdert som uforsvarlig. Det er et visst rom for å fravike fra det faglig tekniske før handlingen anses som uforsvarlig (Molven, 2016, s. 134). Det er verdt å nevne at på noen områder kommer det frem hva som er faglig rett handling eller prosedyre. Eksempelvis fra lærebøker og faglige retningslinjer fra myndigheter, eventuelt fra fagmiljøer. Disse områdene gir ikke alltid svar på hva som skal gjøres, da det må utøves faglig skjønn i tillegg.

Faglig forsvarlighet ikke er en statisk størrelse. En handling som var forsvarlig et år, kan regnes som uforsvarlig det neste (Molven, 2016, s. 135). Derfor er det viktig at sykepleiere følger med på nyvinninger innenfor sitt fagområdet, for å kunne handle i tråd med kravet. Videre kan og driften av en institusjon være forsvarlig, men en pasient kan likevel bli utsatt for noe uforsvarlig fra en sykepleier. Det kan også være summen av sykepleiere og helsepersonell ovenfor en pasient som blir sett på som uforsvarlig. Likevel trenger ikke institusjonen få merkelapp som å drives uforsvarlig. Det kan i midlertidig settes spørsmål om hvorvidt det er mangel på organisering i institusjonen som er problemet, dersom det er mange som svikter. Da kan man eventuelt se på grunnbemanning, den faglige kompetansen eller samhandlingssystemet som ikke er godt nok for oppgavene som tilhører virksomheten og personalet (Molven, 2016, s. 135).

Oppsummerende krever kravet om faglig forsvarlighet at hjelpen som gis, skal baseres på kunnskap. Videre skal man oppfylle gode normer for oppførselen vår når man gi helsehjelp. Oppførsel som både viser oppmerksomhet, respekt, innlevelse, vennlighet og omtanke (Molven, 2016, s. 130-132).

2.2 Taushetsplikt

Bestemmelsene som regulerer helsepersonells taushetsplikt og pasienters rett til vern mot spredning av opplysninger finner vi i flere lover. Blant andre sier helsepersonelloven (1999) at helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell. I tillegg til helsepersonell, så er det også virksomhetens ansvar å organisere seg slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. (helsepersonelloven, 1999).

I rundskriv til helsedirektoratet (2010) står det at man skal verne om pasientens integritet og hindre unødvendig spredning av pasientopplysninger, og bidra til at befolkningen kan ha tillit til helsepersonell og helsetjenesten. Videre så har ikke helsepersonell alene, ansvar for taushetsplikten. Ansvarer ligger både i virksomhetens organisering, styringssystemer og internkontroll, gjennom virkemidler som opplæring, prosedyrer og rutiner og ved fysisk tilrettelegging slik at helsepersonell reelt kan overholde sine lovpålagte plikter (Helsedirektoratet, 2010).

2.3 Tilsyn med helsepersonell og helsetjenesten

Det er statens helsetilsyn og fylkesmannen som fører tilsyn. De utgjør tilsammen tilsynsmyndigheten, der statens helsetilsyn er det overordnede organet. Tilsyn av virksomheter er basert på enkelthendelser som tilsynsmyndighetene får vite om, men det blir også utført planlagte tilsyn uten at det er meldt i fra om (Molven, 2016, s. 243-247).

Tilsyn består av å holde seg orientert på det området det opereres innenfor, passe på at handlinger og myndighetsutøvelse holder rettslige og faglige mål, og sørge for å avklare forhold som er kritikkverdige. Videre skal det ryddes opp i eventuelle uregelmessigheter, og reagere ved feil og mangler. Det er tre viktige forhold som skal sikre effektiv gjennomføring av tilsynet. Helsehjelpen skal nå frem til de som har krav på det, virksomheter og helsepersonellet skal holde et faglig forsvarlig nivå og virksomheten og helsepersonellet følger regelverket som gjelder for dem (Molven, 2016, s. 243-247).

2.4 Korridorpasient og Belegg

En korridorpasient er en pasient som ligger i en seng i en av sykehusets korridorer, på et bad, et skyllerom, en dagligstue eller lignende. Pasienten blir regnet som korridorpasient, når de blir lagt på gangen for at personalet skal kunne observere pasienten, eller fordi pasienten har behov for kontakt med personalet (Helsenorge, 2017)

Fordi sykehusene ikke vet på forhånd hvor mange pasienter som blir innlagt på en bestemt dag, dersom man ikke regner med planlagte innleggelse, så må de ha noen ledige senger ledige. Dette er for å være rustet til dager med høyere pågang enn normalt (Hatlebakk, 2016). Videre er det slik at de fleste innleggelse er akutte, og et mindretall er de som har stått på venteliste. Dette gir et belegg på under 100 prosent. For å drive forsvarlig på avdelinger, må de alltid være forberedt på å ta imot et ukjent antall pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp. De må i tillegg ha et visst antall personal og senger ledige. Dersom en pasient blir plassert i senger på korridor, eller at det er flere pasienter på et rom enn det som det er vanligvis beregnet til, blir belegget overstiger til over 100 prosent på den aktuelle avdelingen (Hatlebakk, 2016).

Statistikk for belegg på sykehusene forteller oss hvor stor andel av sengene som er i bruk på en gjennomsnittlig dag. Når statistisk sentralbyrå regner ut belegget for sykehusene, tar de utgangspunkt i antall døgn som pasientene til sammen har vært innlagt i løpet av et år og ved å dele disse døgnene på sykehusenes kapasitet (Hatlebakk, 2016). Kapasiteten er maksimalt antall døgn pasienter til sammen kunne ha vært innlagt i løpet av året ved ordinær drift. Sykehusene driver utover ordinær drift hvis de henter frem ekstra senger og eventuelt også ekstra bemanning. Denne ekstra kapasiteten er altså ikke med i SSB sine mål på kapasitet (Hatlebakk, 2016).

Calisch (2017) skriver at svært høy beleggsprosent fører til at man stadig beveger seg på grensa for hva som er mulig å få til. Det går mye tid på å finne kreative løsninger på hvordan

man skal løse de forventede akutte problemene. Man bruker også mye tid på å fordele pasienter, ringe andre sykehus og flytte pasienter (Calisch, 2017, s. 81).

Det har i store deler av helsevesenet blitt viktigere med budsjettkontroll enn kvaliteten i pasientbehandlingen. Slagordene under starten av sykehusfusjonen i Oslo var at pasientene skulle få et minst like godt tilbud etter fusjonen som før. Slagordet blir ikke lenger brukt av ledelsen og i stedet betrakter man nå at pasientbehandlingen er god så lenge den er forsvarlig. Grensene for forsvarlighet skyves også nedover (Calisch, 2017, s. 81).

Sykehusene mangler en operativ ledelse som legger vekt på pasientenes beste fremfor økonomi og administrasjon. Effektiv drift av et sykehus bør være det beste for pasienten og ikke økonomiene. Man bør ha mindre byråkrati, men bedre planlegging. Det kan gi mange mer effektive pasientforløp (Calisch, 2017, s. 81-82).

2.5 Legemiddelhåndtering

Legemiddelhåndtering er en viktig arbeidsoppgave for sykepleiere og det er avgjørende at legemiddelet blir håndtert på korrekt måte. For å gjøre dette, er det utformet kontrollpunkter. De syv R-ene skal følges for at legemiddelutdelingen skal skje korrekt. De er å ha riktig pasient, legemiddel, legemiddelform, styrke, dose, måte og på riktig tid. På forhånd skal det også kontrolleres holdbarhetsdato eller når den er åpnet (Bielecki & Børdahl, 2013, s. 14-15). Det kommer også fram i forskrift om Legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (2008), at tilberedning av legemidler skal skje på faglig forsvarlig måte. Videre skal lokalet være utformet slik at risikoen for sammenblanding av produkter, for krysskontaminasjon og annen forurensning av produktene unngås. At pasienten skal ha legemiddelet på riktig måte betyr også at det skal gis informasjon om legemidlets virkemåte og administrasjonsmåte, i tillegg til at pasienten skal observeres for virkning og bivirkning av legemidlet (Bielecki & Børdahl, 2013, s.15).

Ved håndtering av legemidler, kan man utføre feil. Dersom det er personlig feil, en glipp, kalles det menneskelige feil. Dersom det skyldes svakheter eller mangler ved organiseringen av legemiddelhåndteringen, kalles det systemfeil. Ved å kartlegge feil, kan man finne årsaken til feilen. Årsaken til systemfeil kan være travelt arbeidsmiljø, manglende kompetanse eller trening hos personalet, uklar ansvarsfordeling, forveksling og feilbruk av medisinsk utstyr, eller mangelfull rutineoppfølging og informasjonsutveksling (Bielecki og Børdahl, 2013, s. 37).

2.6 Sykehusinfeksjoner

Helsetjenesteassosiert infeksjon er en infeksjon som har oppstått under eller etter og som følge av et opphold i en helseinstitusjon. Årsaken kan være mange og de kan virke sammen. Ukritisk antibiotikaforbruk, resistente mikroorganismer og dårligere pasienter er noen av årsakene. Det kommer også frem at effektivisering og rasjonalisering er med på å bidra til større fare for smittespredning. Et oppjaget tempo, overbelegg og kortere arbeidstid er noen av resultatene av dette. Det fører til at et økt antall personale kommer i kontakt med pasienten, og at gjennomføringen av de beste infeksjonsforebyggende tiltakene vanskeligjeres. Videre ser man en økt trafikk av pasienter mellom avdelinger på institusjoner, mellom sykehus og mellom sykehus og primærhelsetjeneste. (Stordalen, 2015, s. 51-52). Helsetjenesteassosierte infeksjoner kan føre til lenger liggetid på sykehuset. De har funnet ut at det er gjennomsnittlig cirka to og et halvt døgn ekstra. Det fører også til at man må følges opp mer etter sykehusoppholdet hos fastlege, poliklinisk eller av hjemmesykepleie. Dette fører naturligvis til økte kostnader da man får et større forbruk av medisinske artikler, medisiner, laboratorieundersøkelser og så videre. Pasienten kan få plager videre med feber og smerter, men den alvorligste konsekvensen er eventuell invaliditet, sammen med økt dødelighet (Stordalen, 2015, s. 54-55).

2.7 Sikkerhet

Sikkerhet kan man generelt si at handler om trygghet mot farer som kan true liv, helse, materielle verdier og miljø. Fravær av ulykker er alene ikke bevis på at sikkerheten er godt ivaretatt (Botnmark, 2017, s. 24). I en mastergradsoppgave av Flusund (2010) om brannsikkerhet i somatiske sykehus med fokus på korridorpasienter, tar for seg at korridorpasienter er et vedvarende medisinsk- og brannteknisk problem i norske sykehus. Det forklares at når en avdeling evakuerer horisontalt til annen avdeling, må det også være plass i denne avdelingen. Dersom denne avdelingen allerede har fulle korridorer, kan det være til hinder for en effektiv evakuering. Sykehuspersonellens evne til å ta seg fram i- og manøvrere i korridoren vil forringes, noe som kan resultere i brann- og røykskader på grunn av forsinkelser i forflytning av pasienter (Flusund, 2010). Anbefalinger videre var at korridorpasienter i sykehus bør forebygges gjennom prosjektering/utforming av sykehusbygg og at det blant annet er tilstrekkelig avdelingsareal for lagring/oppbevaring for å holde korridorene frie for løst inventar (Flusund, 2010).

3.0 Metode

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder (sitert i Dalland, 2017, s.50).

3.1 Hva er metode

Metode er et redskap til å samle inn data, for å få den informasjonen man trenger til undersøkelsen (Dalland, 2017, s. 52). Kvantitativ metode gir data i form av målbare enheter. Det kan være fordelaktig dersom man for eksempel skal finne gjennomsnittlig inntekt i befolkningen eller hvor stor prosent av pasientene på et sykehus som ligger på korridor. Kvalitative metodene sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2017, s. 52). Begge disse metodene bidrar på hver sin måte til å få en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i og hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler.

3.3 Litteratursøk

Bacheloroppgava er en litteraturstudie, med litteratur som er funnet bak i tid. Jeg har utført systematisk søk med relevante søkeord, men fant få relevante forskningsartiklar for oppgaven. Manuelt søk ble da utført der fagartiklar med relevante forskningsartiklar ble brukt.

Jeg har gjort manuelt søk med relevante søkeord i sykepleien.no, Google scholar, helsedirektoratet, helse- og omsorgsdepartementet, statistisk sentralbyrå, Tidsskrift for den norske legeforening med flere. Ved dette søket fant jeg relevante fagartikler, statestikker, nyheter og studier. Flere artikler fra tidsskrift for den norske legeforening som er brukt, er fra 2000, da de hadde et temanummer om problemstillinga korridorpasienter.

I artikkelen brukte de studien ”Stress on the ward: evidence of safety tipping points in hospitals” som var relevant for oppgaven.

Søk på ”korridorpasienter” i database til helsedirektoratet, ga 2 treff, som igjen ga en studie og kvatitetsindikatorer som jeg kunne bruke.

På ulike bibliotek har jeg funnet bøker med relevant litteratur både manuelt og ved å søke på ulike søkeord i Oria.

På ulike databaser er det brukt søkeordene hospital occupancy, bed occupancy, patient safety, overcrowding, capacity sammen med søkeord som quality of care, medical errors, nurse staffing og hospital. Det er forsøkt å finne artikler som direkte tar for seg overbelegg og korridorpasienter, men på grunn av manglende resultater, har det heller blitt funnet artikler som nevner det i artikler som har et annet fokusområde.

Et søk på forskrift- og bygningsloven og sykehus i Google resulterte i en masteroppgave om brannsikkerhet i somatiske sykehus med fokus på korridorpasienter.

3.4 Kildekritikk

Det å være kildekritisk til litteraturen som er funnet, handler både om å vurdere og karakterisere den og å få frem hvilke kriterier man har brukt under utvelgelsen. (Dalland, 2017, s. 158).

Det er søkt på artikler nyere enn 10 år, og de nyeste som er relevante er ble brukt. dette er fordi det er større sannsynlighet for at eksempelvis lover og regler er endret til lenger tid som er gått. På grunn av mangel på relevant stoff, er det også brukt stoff som er eldre enn 10 år, men da er stoffet kritisk vurdert med tanke på alderen.

For å få resultater som kan sammenliknes, er det såfremt det var mulig, brukt stoff som er fra land som er nærmest like de skandinaviske. Dette på grunn av oppbygging av helseinstitusjonene og økonomi. Det er likevel vanskelig å trekke samme konklusjon i Norge som studiene har hatt i andre land.

3.5 Metodekritikk

begrenset utvalg søkeord. Ikke dreven av systematisk søk. Dreven av det du kan fra før. Språk

3.6 Etiske overveielser

Som sykepleierstudent og snart sykepleier, vil jeg personlig ha erfaringer i tillegg til det kollegaer og medstudenter har delt med meg. Det skal mye til for at det ikke skal påvirke og få farget synet litt, selv om jeg har prøvd til beste evne å holde meg åpen for alle sidene i saken. Som Dalland (2017, s.58) skriver, kan man prøve å møte et fenomen så forutsetningsløst som mulig, men at man kan ikke unngå at man har tanker om det, som han kaller førforståelse. Han bekrefter også at det er veldig lett å la seg påvirke til å bare se det som kan bekrefte vår førforståelse (Dalland, 2017, s.58). Jeg har da prøvd å ikke bare finne de tingene som bryter med den faglige forsvarligheten, men også det som overholder den. Jeg har i praksis hatt korridorpasienter, der man merker at det blir travlere på avdelingen, og det blir utfordrende å overholde forsvarligheten. Venninner som er sykepleiere har også fortalt hvor utfordrende det kan være å ha ansvar for flere pasienter enn det avdelingen er beregnet for. Selv hadde jeg en formening om at det blir utfordrende på grunn av økonomiske innsparinger og arbeidspress som resulterer i lav grunnbemanning som gjør personalet ekstra sårbare for sykdom og fravær. Litteraturen er lest så objektivt som mulig og har ikke bare brukt artikler som støtter førforståelsen min.

4.0 Resultat

I denne delen av oppgaven presenterer jeg sammendrag og hovedfunn fra studiene som er valgt ut.

Sterke og svake sider ved utvelgelsen er at flere artikkler handler om noe av det samme, men har valgt ut den som hadde størst relevans. Noen artikkler har ikke overbelegg som hoved hensikt. Andre artikkler blir referert til i drøftingsdel.

4.1 Stress on the ward: Evidence of safety tipping points in hospitals

Hensikt: I Kuntz, L., Mennicken, R., & Scholtes, S. (2014) sin studie, tar for seg om sykehusene opplever at de overstiger en sikkerhetsgrensen når arbeidsmengden øker, i så fall, hva er konsekvensene for drift av sykehusoppgaver. Målet var å beregne en faregrense på sengebelegg som øker risiko for dødelighet

Metode: Utskrivningsrapport fra 82280 pasienter fra 256 kliniske avdelinger fra 83 tyske sykehus.: Utvalget var pasienter med de 6 høyst dødelige diagnoser. Diagnosene var hjerteinfarkt, hjertesvikt, gastrointestinal blødning, hoftefraktur, lungebetennelse og hjerneslag

Resultat: I studien estimerer de en sikkerhetsgrense for sykehusbelegg på 92,5 prosent. Når pasientbelegget blir høyere enn 92,5 prosent øker dødeligheten signifikant. Av 82280 pasienter, opplevde 17,4 % belegg over 92,5%. Det ble estimert at 78 av 4247 dødsfall, er på grunn av høyt belegg, og kunne derfor vært unngått.

4.2 High levels of bed occupancy associated with increased inpatient and thirty-day hospital mortality in Denmark

Hensikt: Madsen, F., Ladelund, S., & Linneberg, A. (2014) undersøkte sammenhengen mellom beleggsprosenten på sykehus og dødelighet.

Metode: Administrative data som dekket innleggelse til alle medisinske avdelinger i alle sykehus i Danmark gjennom en 18 års periode. Perioden var fra 1 januar, 1995 til 31 desember, 2012. De medisinske avdelingene omfattet følgende underspesialiteter: allergi, kardiologi, endokrinologi, gastroenterologi, geriatri, hematologi, hepatologi, infeksjonssykdom, nevrologi, pulmonologi og reumatologi. De ekskluderte pediatri, psykiatri og kirurgiske avdelinger. Sengebelegget ble regna ut ved å dele antall pasienter på avdelingen, på antall senger i avdelingen.

Resultat: Høye belegningsgrader var knyttet til en signifikant økning på 9 prosent i forhold til sykehusdødelighet og tretti dagers dødelighet, sammenlignet med lavt belegget. Å bli innlagt på sykehus utenfor normal arbeidstid eller på en helg eller ferie var også betydelig knyttet til økt dødelighet.

4.3 Bed occupancy rates and hospital acquired infections – should beds be kept empty?

Hensikt: Kaier, Mutters og Frank (2012) undersøkte sammenhengen mellom overbelegg og forekomsten av sykehusinfeksjoner.

Metode: Studien er en oversiktsartikkel. Søk ble gjennomført i pubmed. Søkeord dekket en breidd med navn på sykehusinfeksjoner i sammen med ord som ”bed occupancy”, ”overcrowding”, ”bed utilization” og ”workload”. Studiene var publisert i perioden 1998 til februar 2012. Det var ingen restriksjoner på språk. Alle abstraktene til studiene ble lest.

Litteratursøket identifiserte 179 referanser, hvorav 43 ble ansett som potensielt relevante for fulltekstanmeldelse. En ytterligere artikkel ble hentet fra referanselisten i litteraturen. Av de 44 fulleksemplene som ble vist, undersøkte 35 de smittsomme agensene assosiert med sykehusinfeksjoner. 62,9 prosent fokuserte på meticillinresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) -assosiert infeksjon eller kolonisering. Bare to fokuserte på virussykdommer (dvs. rotavirus og norovirus), og en på en parasittisk sykdom (scabies). Til slutt ble 12 studier identifisert som gyldige for analyse.

Resultater: 75 prosent av studiene indikerte at overbelegg direkte påvirket forekomsten av sykehusinfeksjoner.

4.4 ED overcrowding is associated with an increased frequency of medication errors

Hensikt: Kulstad, Sikka, Sweis, Kelley og Rzechula (2010) undersøkte sammenhengen mellom overfullt akuttmottak og økt frekvens av legemiddelfeil.

Metode: Observasjonsstudie over en periode på tre måneder fra august 2007. Studien er utført på et amerikansk forstadssykehus med mer enn 85 000 årlige innleggelser.

Resultat: Funnene viser at forekomsten av legemiddelfeil økte i graden av overbelegg på deres akuttmottak. Eksempel på feil var at medisiner ble gitt i feil dose, frekvens og varighet. kontraindiserende medisiner, altså medisiner som påvirker hverandre negativt, ble også administrert.

4.5 Patient experiences in relation to respondent and health service delivery characteristics: A survey of 26,938 patients attending 62 hospitals throughout Norway

Hensikt: Danielsen, Garratt, Bjertnæs, og Pettersen (2007) undersøkte sammenhengen mellom pasienterfaringer, helsetjenesten og pasientkarakteristikk for voksne somatiske pasienter i Norske sykehus.

Metode: Spørreskjemaet "The patient experiences questionnaire (PEQ), ble mailet til 26,938 pasienter som var pasienter ved 62 norske sykehus i perioden 2002 og 2003. 13,700 (50,9%) av pasientene svarte på skjemaet. Den tok for seg de 10 dimensjonene: generell tilfredshet kommunikasjon, informasjon om medisiner, informasjon om undersøkelser, sykehusets utstyr, pleiepersonalet, organisering, legene, kontakt med pårørende og informasjon om tiden etter utskrivningen.

Resultat: Pasienter som tilbrakte natten på korridor hadde signifikant dårligere skår på seks av skjemaets dimensjoner. Kommunikasjon, informasjon om medisiner, pleiepersonalet, sykehusets utstyr, organisering og kontakt med pårørende. De følte også at de var usynlige for pleiepersonalet og at de følte de hadde fått feil behandling.

4.6 patient safety in patients who occupy beds on clinically inappropriate wards: a qualitative interview study with NHS staff

Hensikt: Goulding, Adamson, Watt og Wright (2012) undersøkte helsepersonell sin oppfatninger og erfaringer med de medvirkende faktorene som kan underbygge

pasientsikkerhetsproblemer hos de som er plassert på sykehusavdelinger der de faglig ikke hører hjemme

Metode: Kvalitativ studie med intervjuer. 29 Helsepersonell fra nasjonalt foretak som arbeidet ved somatisk sykehus,, nord i England. Det var leger, sykepleiere, ikke kliniske og administrativt ansatte.

Resultat: Ansatte mener at sikkerheten til pasienter som er plassert på klinisk upassende avdelinger, kan bli kompromittert. Faktorer som lå til grunn i intervjuene var blant annet at kommunikasjonen mellom behandlende avdeling, og avdelingen pasienten lå på, var dårlig. Det var og manglende kunnskap eller spesialistkompetanse på klinisk upassende avdelinger. Pasienter på andre avdelinger, fikk legevisitten sist. Når pasienten fikk forsinket vurdering, fikk de også forsinket diagnostisering og videre forsinket i behandlingen. Liggetiden på sykehuset kunne da gå opp.

4.7 Hovedfunn

- Når pasientbelegget blir høyere enn 92,5 prosent øker dødeligheten signifikant
- Høye belegningsgrader var knyttet til en signifikant økning på 9 prosent i forhold til sykehusdødelighet og tretti dagers dødelighet, sammenlignet med lavt belegget. Å bli innlagt på sykehus utenfor normal arbeidstid eller på en helg eller ferie var også betydelig knyttet til økt dødelighet.
- Overbelegg påvirket direkte forekomsten av sykehusinfeksjoner.
- Forekomsten av feil i legemiddelhåndtering økte i graden av overbelegg. Eksempel på feil var at medisiner ble gitt i feil dose, frekvens og varighet. kontraindiserende medisiner, altså medisiner som påvirker hverandre negativt, ble også administrert.
- Pasienter som tilbringer natten på korridor har signifikant dårligere skår hvor fornøyd de er med: Kommunikasjon, informasjon om medisiner, pleiepersonalet, sykehusets utstyr, organisering og kontakt med pårørende. De følte også at de var usynlige for pleiepersonalet og at de følte de hadde fått feil behandling.

- Sikkerheten til pasienter som er plassert på klinisk upassende avdelinger, kan bli risikert.
- Pasienter på andre avdelinger, fikk legevisitten sist.
- Når pasienten fikk forsinket vurdering, fikk de også forsinket diagnostisering og videre forsinket i behandlingen. Liggetiden på sykehuset kunne da gå opp.

5.0 Drøfting

5.1 Faglig forsvarlighet

Kjersti Toppe spør i skriftlig spørsmål til helse- og omsorgsministeren den 20. juni 2016 blant annet om hvorfor de ikke finnes en nasjonal oversikt over konsekvenser av overbelegg, inkludert interngjeste pasienter og korridor pasienter (Toppe & Høie, 2016). Videre skriver hun at om man skal lære av feil i helsevesenet, så må man vite hva som er de medvirkende årsakene til at feil skjer. Bent Høie svarer at kravet om å gi forsvarlig helsehjelp alltid kommer først, og at sykehusene derfor må innrette seg på en måte som gjør at de gir forsvarlig hjelp til pasienter, uansett hvor de ligger. Videre skriver han at det viktigste er at sykehusene har en oversikt over sine pasienter, og at de gjør nødvendige tiltak for å forebygge skader og uønskede hendelser. Dersom det skjer, hevder han at alle sykehusene har et system for registrering og oppfølging av slike hendelser og at alvorlige hendelser skal varsles til statens helsetilsyn (Toppe & Høie, 2016).

I en tilsynsrapport fra Sykehuset Telemark HF med fokus på forsvarlig pasientbehandling ved overbelegg på medisinsk klinikk og kirurgisk klinikk i 2016 kom det frem en del interessante funn (Helsetilsynet, 2016). I svar til Kjersti Toppe fra Bent Høie hevdet han at alle sykehus har et system for registrering og oppfølging av hendelser (Toppe & Høie, 2016). I tilsynsrapporten fra Telemark sykehus kom det frem at sykehuset har avvikssystemet ”Total quality management” (TQM), men at det ikke benyttes konsekvent. I tillegg kommer det frem

i rapporten at et stort flertall opplyser om at det er tungvint å melde avvik (Helsetilsynet, 2016). Det skal nevnes at svaret fra Bent Høie var i 2016 og tilsynet var fra 2015 til 2016 og at sykehuset hadde planer om å bytte ut avvikssystemet med et nytt. Likevel er det viktig å notere seg at selv om alle sykehus skal ha avvikssystem, så trenger ikke systemet være brukervennlig, og det kan være en barriere for at ansatte ikke bruker det. Det kom også frem fra tilsynet at på grunn av tidsnød under vakt, må ansatte skrive avvik etter arbeidstid. Det kan da stilles spørsmål ved om alle avvik blir rapportert. Videre følte mange ansatte seg usikre på hvilke avvik som skal meldes og at samtlige mener de burde ha meldt flere avvik. Til slutt ble det også meldt at avvik i varierende ble fulgt opp av ledelsen.

Det bør absolutt defineres en norm for antallet korridorpasienter, mener Marie Aakre (2011). Hun mener at en maksgrænse må brukes som et tydelig styringsverktøy og respekteres av alle. Studien til Kuntz et al. (2014) estimerer en faregrense på 92,5 prosent belegg, og ved overstigning av denne, så øker risikoen for dødelighet signifikant. I likhet kom det fram i studien til Madsen et al. (2014) at høy belegningsgrad var knyttet til en signifikant økning på 9 prosent i forhold til dødelighet. I studien til Kuntz et al. (2014) er nok definisjonen av beleggsprosent gjort på en annen måte enn i Norge. I Madsen et al. (2014) kommer det også frem at funnene ikke nødvendigvis er generaliserbare til andre helsesystem, men at de i midlertid er et relevant forsøk på å bestemme en sikkerhetsgrense på beleggsprosenten. Selv om funnene ikke er generaliserbare til norsk helsevesen, så betyr det bare at Norge selv må undersøke ved hvilken beleggsprosent faren for uønskede hendelser øker. En slik undersøkelse er ennå ikke utført. Det er derfor etter min mening viktig at Kjersti Toppe setter spørsmålet til ministeren.

5.2 Institusjonen

Sykehuset Kalnes, utenfor Fredrikstad, skulle ha 0 korridorpasienter. I 2017 ble det registrert 3800 korridorpasienter. Sykehuset stod ferdig i 2015. Med ny teknologi og med enerom til alle pasienter på sykehuset, skulle de være frie for en hver korridorpasient. Sykehuset er

bygget med ganger som er for smale for at senger kan plasseres i dem, i tillegg til at det ikke er tilgang til bad eller toalett fra gangen. Erfarne sykepleiere fra hjerteavdelingen sluttet på grunnlag av for høyt arbeidspress og det de mente var uansvarlige forhold (Braathen, 2018). Ifølge sykehuset har 31 ansatte valgt å slutte, i samme tidsrom hevder de tillitsvalgte at hele 47 ansatte har valgt å slutte (iberegnet sykepleiere med midlertidige kontrakter) (Braathen, 2018). Med en så stor utskiftning i personalet er det ikke unaturlig å tenke at det vil gå ut over forsvarligheten. Norsk Sykepleierforbund har varslet Helsetilsynet, og et av varslene er at det sjeldent blir satt inn ekstra personell for å ivareta de ekstra korridorpatientene og at det er mye bruk av doble vakter og overtid (Braathen, 2018). Den 22. april i år trakk sykehusdirektøren Just Ebbesen seg. Årsaken skal blant annet være misnøye med hans lederstil og forholdene ved sykehuset (NTB, 2018).

Dersom det er flere helsepersonell som svikter, kan det settes spørsmål ved organiseringen på institusjonen (Molven, 2016, s.138). Helsepersonell har stort ansvar overfor pasientene. Når det oppstår overbelegg samtidig som rammebetingelsene rundt bemanning ikke er tilfredsstillende, kan det være vanskelig å drive faglig forsvarlig. Madsen et al. (2014) skriver at sengeplassmangel ikke trenger å skyldes et misforhold mellom tilbud og etterspørsel, men kan også involvere faktorer som dårlig tilnærming med planlegging, budsjettering og lederskap. Calisch (2017) skriver at budsjettkontroll er blitt viktigere i det norske helsevesen, enn kvaliteten i pasientbehandlingen.

I læringsnotat fra meldeordningen (Helsedirektoratet, 2016) er det ett mål å ikke ha korridorpatienter. Dersom det likevel forekommer er ett av flere tiltak, å benytte ledige plasser på andre avdelinger. Det uheldige ved dette er at meldinger viser at det å ligge på feil avdeling kan innebære uklarheter omkring medisinsk ansvar, dårligere tilgang til kompetanse og utstyr, redusert observasjon og oppfølging. Dette blir underbygget av funnene i Goulding et al. (2012) der plassering av pasienter på klinisk uhensiktsmessige avdelinger er en bekymring for pasientsikkerhet. De konkluderer også med at mer generaliserbar forskning må til for å kunne overføre resultatet til andre sykehus og helsesystemer.

Aud Hølland Riise er NSF sin foretakstillitsvalgt i Helse Stavanger, som har vært versting på korridorpatientstatistikken i mange år. Hun forteller at når påleggene om ikke å ha

korridorpasienter blir sterke, tyr ledelsen til løsninger som gjør at man jobber mer tungvint, som for eksempel å legge de friskeste pasientene på andre poster enn der de hører hjemme faglig. De kaller det ”IGP”, interne gjestepasienter. Legene må gå lenger for å komme til pasientene, sykepleierne må behandle innen nye fagområder og pasientene får kanskje ikke like god pleie som de ville fått av personale som kjenner denne pasientgruppen. Riise ser at økonomiske sanksjoner fører til at korridorpasienter kalles overbelegg i stedet, da det ikke må rapporteres til styret. Overbelegg er når man legger flere pasienter inn på et rom enn det er plasser til. Problemet blir skjult og det blir verre for pasientene som blir tatt vare på av for liten bemanning (Hofstad, 2014).

En annen utfordring med overbelegg som Kuntz et al. (2014) i likhet med Madsen et al. (2014) måtte ta i betraktning, var om legene valgte å skrive ut relativt friske pasienter tidligere enn de normalt ville gjort, for å laga plass til innkommende pasienter. Spørreundersøkelsen til Riksrevisjonen (2013) ga derimot ikke indikasjoner på at sykehus med mange korridorpasienter skapte behov for å skrive ut pasientene tidlig (Riksrevisjonen, 2013). Dersom de ble skrevet ut for tidlig, ville risikoen for reinnleggelse være tilstede Kuntz et al. (2014). I spørreundersøkelsen til Telemarkforskning om samhandlingsreformens konsekvenser kom det imidlertid fram at 75 prosent av sykepleierne var enig i at pasienter som skrives ut, fortsatt trengte sykehusbehandling. Videre var 65 prosent av sykepleierne enig i at de ofte måtte ta kontakt med sykehuset på grunn av manglende informasjon. Det at det opplevdes utfordrende at pasienter ble skrevet ut til alle døgnets tider, var 70 prosent av sykepleierne enig i (haukelien, Vike & Vardheim, 2015).

I motsetning til å bli utskrevet for tidlig, knyttet Madsen et al. (2014) dødelighet opp mot pasienter som ble lagt inn utenfor normal arbeidstid, helg eller ferie. Dette var på grunn av mindre bemanning og personal med lavere kompetansenivå, som ofte jobber på ubeleilige tider (Madsen et al., 2014). Det er ikke nødvendigvis slik at det kommer færre pasienter inn på akuttmottaket når det er kveld, helg og ferier. Derfor er det svært utfordrende når alle disse faktorene kombineres. Høyt belegg, lav bemanning og lavt kompetansenivå. Om kvelden og helger kan også bemanningen rundt undersøkelser være lavere, da blir etterspørselen ekstra stor når det også er overbelegg. Dette kan forlenge ventetiden hos kritisk syke pasienter som trenger å få avklart tilstanden sin.

5.3 Pasienten

En av de opplagte utfordringene med overbelegg og pasienter i korridor, er hvordan pasienten har det. I følge Danielse et al. (2007), rapporterte pasienter i korridor om dårlig erfaringer med tanke på kommunikasjon, informasjon om medisiner, sykepleie, utstyr, organiseringen og kontakt med pårørende. Pasienter rapporterte også om problemer med støy, søvnproblemer, å bli lite tatt hensyn til og mangel på privatliv. De følte seg også usynlige for helsepersonellet og andre pasienter (Danielsen et al., 2007). I 2000 hadde Foss og Krogstad (2000) en spørreundersøkelse og i likhet med Danielsen, kom de frem til at korridor tilværelsen medfører uro, lys, lyd, dunk i sengen, dårlig luft og usynliggjøring som utgjorde en tilleggsbelastning for pasientene. Det er syv år mellom undersøkelsene, men de har likevel svært mange likhetstrekk. Det kan tyde på at opplevelsen av å være på korridor er noe som ikke endrer seg stort.

Pasienter kan, som følge av overbelegg, bli flyttet til andre avdelinger. Disse avdelingene kan være faglig uhensiktsmessige for pasienten. Avdelinger er ofte spesialiserte, og har ikke alltid god nok kunnskap til å ivareta pasienter med andre sykdommer. Selv om pasienten ligger på en annen avdeling, får de likevel legevisitt fra deres spesialiserte avdeling. Disse pasientene fikk legevisitten sist. Når pasienten fikk forsinket vurdering, fikk de også forsinket diagnostisering og videre forsinket i behandlingen. Liggetiden på sykehuset kunne da gå opp (Goulding et al., 2012).

5.4 Helsepersonell

19. April 2018 skriver en ”Sliten og fortvilet sykepleier” hvordan hennes hverdag som sykepleier er. Hun løper fra pasient til pasient for å rekke det som er mest nødvendig, sørger for at de får medisinerne sine, tar vitale målinger og hjelper de med litt stell. Hun beskriver en hverdag hvor hun ofte hopper over matpausen og fortrenger at hun skulle ha vært på toalettet, for å få mer tid med pasientene. Hun kommer ofte til avdelinger med overbelegg og mangel

på sykepleiere og pasienter som ligger hulter til bulter i korridoren (jeg er dypt fortvilet, 2018).

Lavt bemanningsnivå på helsepersonell og høyt sengebelegg har negativ påvirkning på pleiekvaliteten på grunn av stor arbeidsmengde, men også på grunn av at avdelinger har ukjente grenser på kapasiteten (Madsen et al., 2014). Sykepleiere har blant annet ansvar for vitale målinger, men også administrering av legemidler og mat. De skal videre gi informasjon om behandlinger til pårørende, og holde oversikt på kvalitetsindikatorer. Leger har ansvar for diagnostisering, bestille prøver og behandlinger. I perioder med overbelegg øker etterspørselen på det teknologiske utstyret til prøvene som ultralyd og CT (Madsen et al., 2014). Ikke nok med at tiden ikke nødvendigvis strekker til for å få gjort alle oppgavene og drive forsvarlig sykepleie, men belastningen kan tære på helsepersonellet. Langnes (2018) skriver at samfunnet mangler sykepleiere og det vil bli langt verre få år frem i tid. Derfor bør vi i hvert fall ikke drive rovdrift på de vi allerede har (Langnes, 2018)

Virtanen et al. (2008) konkluderer i sin studie med at overbelegg i sykehusavdelinger kan ha en negativ innvirkning på den psykiske helsen til de ansatte. De legger frem at depresjon er et alvorlig problem over hele verden når det gjelder menneskelig lidelse, funksjonshemming, dødelighet og produktivitet (Virtanen et al., 2008). Overbelegg trenger ikke bare være en konsekvens av mangel på ressurser, men også et biprodukt av problemer med pasientflyt. Etersom depresjon er en viktig årsak til funksjonshemming, tyder deres funn på at minimering av overbelegg i sykehusavdelinger ikke bare vil være til nytte for pasienter, men bør også betraktes som et mål som er viktig for å fremme psykisk helse og arbeidskapasitet blant sykehuspersonalet (Virtanen et al., 2008). I likhet med Virtanen et al. (2008) tar Kuntz et al. (2014) for seg en hypotese om at helsepersonell med høyt arbeidspress får høyt nivå av stresshormoner, som påvirker deres kognitive evner som hukommelse og oppmerksomhet. Dette påvirker igjen kvaliteten på avgjørelsene deres og at de videre kan bli presset til å velge mindre optimale løsninger når en beleggsgrensen overskrides. Videre medfører dette redusert pasientsikkerhet og økt forekomst av medisinske feil.

I rapporten fra Telemark sykehus meldte de også om så stor arbeidsbelastning at sykepleiere måtte nedprioritere nødvendige oppgaver som vitale målinger og observasjoner, og følte at de

ikke hadde kontroll på om det ble gitt forsvarlig helsehjelp. Det ble også opplyst at det ofte er betydelig overbelegg, uten at det blir kalt inn ekstra personale. Det førte til at flere pleieoppgaver og undersøkelser ble utsatt, som kunne øke risikoen for at alvorlige tilstander hos pasienten kan bli oversett (Helsetilsynet, 2016). Helsetilsynet (2016) la vekt på at pasientbelegget måtte ses i sammenheng med antall personalet på jobb, og at fokuset må være om belastningen på personaler er så stort at det gir risiko for svekket sikkerhet og feilmedisinering. Disse faktorene er, som nevnt, funn som Madsen et al. (2014) har knyttet opp mot dødelighet for pasientene.

Oppsummert så har helsepersonell et stort ansvarsområde, og når økonomien strammes inn og sparetiltakene fører til lav grunnbemanning, så blir de ekstra sårbare ved overbelegg. Sykepleierne opplever stadig økt press i hverdagen sin. På kort sikt kan dette gå bra, men over lengre perioder, er det naturlig at den enkelte sykepleier blir sliten og kan komme i fare for å ta feil eller dårlige beslutninger. Dette kan føre til sykemeldinger, utbrenthet og at helsepersonell velger å slutte. Dersom det er tvil om den faglige forsvarligheten blir overholdt, er det ikke nødvendigvis alltid relevant å se på den enkeltes sykepleiers feil, men sykepleierne under ett, for å se om det er høyest sannsynlighet at det er virksomheten som må gjøre endringer, eller om det er sykepleierne som ikke jobber effektivt nok. Det er derimot ingen tvil at dersom det er altfor høyt belegg og ekstra personale ikke blir kalt inn, kan det sette pasientenes sikkerhet på spill. Jeg mener at det ikke er riktig å utfordre den faglige forsvarligheten på en slik måte.

5.5 Legemiddelhåndtering

En annen utfordring med overbelegg på avdelingen, er legemiddelfeil. Studien til Kulstad, Sikka, Sweis, Kelley & Rzechula (2010) viser at frekvensen på legemiddelfeil økte med graden av belegg i akuttmottaket. Eksempel var å feil dose og å gi kontraindiserende

medisiner. I tillegg linket de overbelegg i akuttmottaket til at potensielle kompromisser ble gjort, som gikk ut over kvaliteten på pleien (Kulstad et al., 2010)

Feilmedisinering er en av de vanligste og alvorligste feil sykepleiere i klinisk praksis kan gjøre (Bruheim, 2009). Problemer med logistikk og bemanning gjør at en ikke har ressurser nok til å registrere antallet behandlede pasienter eller omfanget av medikamentforordningene ved postene i registreringsperioden. Til tross for disse usikkerhetsmomentene vedrørende omfanget av problemet, viser studien med all tydelighet at feil legemiddelhåndtering er et alvorlig problem, der offisiell rapportering bare er toppen av isfjellet (Bruheim, 2009).

Feil i legemiddelhåndtering som følge av overbelegg kan man kalle systemfeil, da det er det travle arbeidsmiljøet som ligger til grunn for at det skjer. Det er i midlertidig hver enkelt sykepleier som har ansvar for å følge de syv R-ene, og dersom det er systemet som legger opp til at det ikke er godt nok arbeidsmiljø, så må det i alle fall rapporteres. Det Bruheim (2009) skriver om rapporteringen, gjør det ikke nødvendigvis ensidig systemet sin feil.

Kvalitetssikringen kan ikke bli forbedret, dersom de ikke vet hva de må forbedre.

Det er ikke forsvarlig dersom dårlige arbeidsforhold med økt arbeidspress på sykepleiere fører til at feil skjer og det er heller ikke forsvarlig dersom sykepleiere ikke rapporterer om det.

5.6 Sykehusinfeksjoner

I en oversiktsstudie av Kaier et al. (2012) viste 75 prosent av studiene at at overbelegg direkte påvirket tilfeller av sykehusinfeksjoner. Selv om studien nevner at resultatene ikke nødvendigvis er generaliserbare som en standard i andre europeiske land, så understreket de relevansen av pasientsikkerhetstiltak. utfordringer er at tiltak som håndhygiene kan ta lang tid, og overarbeidet helsepersonell kunne føle at de ikke har nok tid til disse tiltakene uten å risikere pasientbehandlingen. I tillegg skjer underbemanning oftest når belegget er høyt, noe som gjør utfordringen med sykehusinfeksjoner større.

Stordalen (2015, s.51-52) skriver at effektivisering og rasjonalisering har resultert i et oppjaget tempo, overbelegg og kortere arbeidstid. Det fører da til at flere personer kommer i kontakt med pasienten, og at gjennomføringen av de beste infeksjonsforebyggende tiltakene blir vanskeligere. Det bidrar til større fare for smittespredning. I tillegg er det økt trafikk av pasienter mellom avdelinger på institusjon og mellom institusjoner (Stordalen, 2015, s.51-52).

Et av tiltakene i studien var viktigheten av håndhygiene, men at den ble utelatt når helsepersonell hadde høyt arbeidspress (Kaier et al., 2012). ”my 5 moments”, som er verdens helseorganisasjons modell for håndhygiene, baserer seg på forskning om smitteoverføring via hender. Den beskriver fem indikasjoner for når det må utføres håndhygiene i forbindelse med pasientkontakt, for å hindre overføring av smittestoff. Indikasjonene er for eksempel å utføre håndhygiene før og etter kontakt med pasient og pasientens omgivelser og i forbindelse med prosedyrer og stell (Folkehelseinstituttet, 2017)

Likheter mellom Kaier et al. (2012) og Stordalen (2015, s.51-52) tyder på at det er utfordrende å overholde grunnleggende prinsipper innen smittevern når det er overbelegg på avdelinger. Man utfordrer den faglige forsvarligheten når man risikerer å spre bakterier og mikroorganismer mellom pasienter og omgivelser.

Det er eksempelvis ikke lett å avgjøre hva som er årsaken til at pasientens tilstand forverres eller at sår ikke vil gro. Det er og utfordrende å overholde ”my 5 moments” på korridor, da det blant annet ikke er like god tilgang til vask og desinfeksjon som på pasientrom. Pasienten kan også utsettes for flere sykdomsfremkallende mikrober på korridor, enn den ville gjort på et pasientrom. Stordalen (2015) skriver at pasienter ligger gjennomsnittlig cirka to og et halvt døgn ekstra. En bekjent av meg som er ¹Sykepleier ved norsk sykehus, kjenner seg godt igjen i at pasienter ligger lenger som følge av å ha pådratt seg en sykehusinfeksjon.

I studien til Goulding et al. (2012) ble det forslått at pasienter med MRSA og sårinfeksjoner skulle bli lagt på kirurgisk avdeling. Pasienten kunne da sette kirurgiske pasienter i fare. Dette var en konsekvens av dårlig tid, og at prioriteten var å få pasienten opp på avdeling og bord fra akuttmottaket.

¹ Sykepleier ved norsk sykehus

5.7 Pasientsikkerhet

Å ha pasienter liggende i korridorene på sykehus er ikke ønskelig. Det er utfordrende å ivareta den lovpålagte taushetsplikten for pasienter som ligger i gangene eller i andre fellesrom. I tillegg til dette, opplever pasientene at det går ut over deres personlige integritet og verdighet (Helsenorge, 2017). Helsepersonelloven (1999) er klar når det gjelder taushetsplikt. Både helsepersonell og virksomheten skal hindre at andre får kjennskap til folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold. Jeg mener det ikke er forsvarlig at eksempelvis pasienter skal få legevisitt i korridor. Jeg har selv sett dette blir utført i praksis, og opplever at pasienten blir ukomfortabel og tar ikke noe del i samtalen. Dersom pasienten ikke forstår hva legen forklarer, og heller ikke føler seg komfortabel i å spør, får kanskje ikke pasienten med seg viktig informasjon om sykdomsforløpet.

Sykepleier skal i følge Helsepersonelloven (1999) gi opplysninger til virksomhetens ledelse for kvalitetssikring av tjenesten og har meldeplikt om forhold som kan medføre fare for pasienters sikkerhet. Som nevnt slet Telemark Sykehus med et lite brukervennlig avvikssystem og ansatte følte seg usikre på hvilke avvik som skulle føres (helsetilsynet, 2016). Dersom man ikke fører avvik kan politikerne tro at kvalitetskravene følges og det blir i neste omgang vanskeligere å argumentere for større ressurser til pleie- og omsorgstjenesten (Dolonen, 2016). Jeg mener det er veldig viktig å skrive avvik for at ledelsen skal være informert om situasjonen på avdelingen. Jeg opplever dessverre i praksis at det ikke alltid er tid til å skrive det og helsepersonell kvier seg også for det. De er redd for at det går ut over de som person. Dersom alle hadde skrevet avvik, hadde det vært lettere å se om det er den enkelte som gjør feil eller om det er en gjentakende feil. Om det er gjentakende feil, er det lettere for ledelsen å endre eventuelle rutiner.

Fokuset på brann sikkerheten bør også veies inn i problemstillingen om pasienter som må ligge ekstra på rom eller i korridor. Det kan argumenteres for at det ikke er forsvarlig at pasienter ligger på gangen og utgjøre en fare for liv og helse dersom eksempelvis brann og lignende oppstår. Det er ikke noe som skal skje, og heller ikke noe som skjer ofte, men det kan likevel utgjøre det en risiko som truer sikkerheten. Selv ser jeg pasienter blir plassert foran brannslanger, der det også er hengt opp lapp ”ikke plasser seng foran brannslange”.

6.0 oppsummering

Jeg har undersøkt på hvilken måte utfordrer korridorpasienter og overbelegg den faglig forsvarligheten ved somatisk sykehus og kommet frem til en del utfordringer som oppstår i forbindelse med dette.

Nye sykehus blir konstruert til å ikke ha plass til senger i korridor. Helsevesenet har strenge budsjett som gir dårlig grunnbemanning som blir sårbare for overbelegg og sykdom. Det virker som helseinstitusjoner prøver å skjule problemet ved å legge pasienter inn på fulle rom og som interngjestepasienter på uhensiktmessige avdelinger. Brannsikkerheten blir ikke alltid tatt hensyn til, som også kan utfordrer pasienter og personell sin sikkerhet, dersom evakuering oppstår.

Pasienter kan ha negative opplevelser av å ligge på korridor. Det er lyder, lys og bråk som kan være ekstra belastende i tillegg til sykdom. Det å få legevisitt og snakke med sykepleier i gangen, slik at passerende kan høre det, kan gjøre det ubehagelig for pasienten og påvirke deres sykdomsforløp. Pasienter som blir lagt på andre avdelinger, kan også føle seg mindre ivaretatt, da det ofte er mindre spesialiserte avdelinger. De får legevisitt sist, og kan da få forsinket behandling.

Helsepersonell har et stort ansvar og et høyt arbeidspress. I tider med overbelegg blir det ekstra belastende. Det kan tære på helsepersonellet, slik at de i ytterste konsekvens velger å slutte. Arbeidspresset kan føre til konsekvenser for legemiddelhåndtering og smittehåndtering. Når uønskede hendelser skjer, er det svært viktig at helsepersonell melder i fra, slik at ledelsen kan kvalitetssikre tjenesten tilstrekkelig.

Flere av studiene påpeker at videre forskning på emne er nødvendig. Ikke alle studiene som er brukt, er generaliserbare til Norge. Som man ser, så er det ikke fordi problemstillingene ikke finnes i Norge.

På grunnlag av denne litteraturstudien vil det være rimelig å tenke at korridorpasienter og overbelegg kan utfordre den faglige forsvarligheten. Det virker som helsepersonell fungerer som en buffer for å holde helsetjenesten faglig forsvarlig.

7.0 Litteraturliste

- Aakre, M. (2011, 6. mai). *Hverdagsdilemma på korridorene*. Hentet fra <https://sykepleien.no/etikk/2011/05/hverdagsdilemma-pa-korridorene>
- Bielecki, T., & Børdahl, B. (2013). *Legemiddelhåndtering* (7. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk
- Botnmark, K. (2017). *HMS-boka*. Bergen: Fagbokforlag
- Braathen, F. (2018, 17.Mars). Sykehuset skulle ha 0 korridorpasienter. I fjor lå 3800 på gangen. Aftenposten, s. 4. Hentet fra <https://www.aftenposten.no>
- Bruheim, M. (2009). Fatale feil. *Sykepleien*, 96(3), 36-40.
Doi: 10.4220/sykepleiens.2008.0047
- Calisch, T. E. (2017). En dag på jobben eller: om tidstyvne i helsevesenet. I H. Haukelien, & T. B. Wyller (Red.), *Ny helsepolitikk det finnes løsninger* (s. 77-82). Oslo: Dreyers forlag Oslo.
- Danielsen, K., Garratt, A., Bjertnæs, O., & Pettersen, K. (2007). Patient experiences in relation to respondent and health service delivery characteristics: a survey of 26,938 patients attending 62 hospitals throughout Norway. *Scandinavian journal of public health*, 35(1), 70-77.
- Dolonen, K.A. (2016). Du plikter å melde avvik. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/en/node/49458>
- Flusund, S. (2010). *Brannsikkerhet i sykehus* (Mastergradsoppgave, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet). Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/231630>
- Folkehelseinstituttet. (2017, 13.Februar). *Indikasjoner for håndhygiene*. Hentet 20.April 2018 fra <https://www.fhi.no/nettpub/handhygiene/indikasjoner/indikasjoner-for-handhygiene/>
- Forskrift om legemiddelhåndtering. (2008). *Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp*. Hentet 4.april 2018 fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-04-03-320>
- Foss, C., & Krogstad, U. (2000). De usynlige pasientene – erfaringer med å ligge i korridor. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 120, 2639-41. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2000/09/klinikk-og-forskning/de-usynlige-pasientene-erfaringer-med-ligge-i-korridor>

- Goulding, L., Adamson, J., Watt, I., & Wright, J. (2012). Patient safety in patients who occupy beds on clinically inappropriate wards: a qualitative interview study with NHS staff. *BMJ quality & Safety*, 21(3), 218-224. Doi:10.1136/bmjqs-2011-000280
- Hatlebakk, I.M. (2016, 27.januar). *hvor mye brukes sengene på sykehusene?*. Hentet fra <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/hvor-mye-brukes-sengene-pa-sykehusene>
- Haukelien, H., Vike, H., & Vardheim, I. (2015). *Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene* (TF-rapport nr. 362). Bø i Telemark: Telemarksforskning
- Helsedirektoratet. (2010). *Helsepersonells taushetsplikt vern av pasientens integritet i helsepersonells samtaler med pasienten* (Rundskriv IS-6/2010). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/helsepersonells-taushetsplikt-vern-av-pasientens-integritet-i-helsepersonells-samtaler-med-pasienten>
- Helsedirektoratet. (2016, 1.Juni). *Pasientsikkerhet på «feil» avdeling?* Hentet 4.April 2018 fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/pasientsikkerhet-pa-feil-avdeling>
- Helsenorge. (2017, 30.november). *Antall korridorpasienter på sykehus*. Hentet 18.april 2018 fra <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-sykehusopphold/antall-korridorpasienter-pa-sykehus>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Helsetilsynet. (2016, 7.August). Rapport fra tilsyn med forsvarlig pasientbehandling ved overbelegg - Sykehuset Telemark HF, Medisinsk klinikk og Kirurgisk klinikk 2016. Hentet 26.april 2018 fra <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynsrapporter/telemark/2016/forsvarlig-pasientbehandling-ved-overbelegg---sykehuset-telemark-hf-medisinsk-klinikk-og-kirurgisk-klinikk-2016/>
- Hofstad, E. (2014, 14. november). *Korridorpasienter: – sykepleiere må si nei*. Hentet fra <https://sykepleien.no/reportasje/2014/11/sykepleiere-ma-si-nei>
- Hofstad, E. (2018, 17.April). *Helse Vest sikrer anonym varsling av avvik med «rød knapp»*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2018/04/helse-vest-sikrer-anonym-varsling-av-avvik-med-rod-knapp>
- Jeg er dypt fortvilet, for jeg elsker å være sykepleier* [debattinnlegg]. (2018). Hentet fra <https://www.innherred.no/debatt/2018/04/20/«Jeg-er-dypt-fortvilet-for-jeg-elsker-å-være-sykepleier»-16513475.ece>

- Kaier, K., Mutters, N. T., & Frank, U. (2012). Bed occupancy rates and hospital-acquired infections-should beds be kept empty?. *Clinical Microbiology and Infection* 18(10), 941-945. doi:10.1111/j.1469-0691.2012.03956.x
- Kulstad, E., Sikka, R., Sweis, R., Kelley, K., & Rzechula, K. (2010). ED overcrowding is associated with an increased frequency of medication errors. *American Journal of Emergency Medicine*, 28(3), 304-309. doi:10.1016/j.ajem.2008.12.014
- Kuntz, L., Mennicken, R., & Scholtes, S. (2014). Stress on the ward: Evidence of safety tipping points in hospitals. *Management science* 61(4), 754-771. doi: 10.1287/mnsc.2014.1917
- Langnes, R. (2018, 18.April). *Samfunnet driver rovdrift på sykepleiere*. Hentet fra <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2018/04/samfunnet-driver-rovdrift-pa-sykepleiere>
- Madsen, F., Ladelund, S., & Linneberg, A. (2014). High levels of bed occupancy associated with increased inpatient and thirty-day hospital mortality in Denmark. *Health Affairs; Chevy Chase*, 33(7), 1236-1244. hentet fra <https://search.proquest.com/docview/1545346434/fulltext/F6C463577B5242F5PQ/1?accountid=15685>
- Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal juridisk.
- Norsk sykepleierforbund. (2008, August). Det du bør vite om faglig forsvarlighet. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/298024/Faglig%20forsvarlighet.pdf>
- NTB. (2018, 23. April). Direktøren i Sykehuset Østfold trekker seg. *Verdens gang*. Hentet fra <https://www.vg.no>
- Riksrevisjonen. (2013). *Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehusene* (Dokument 3:4 (2013-2014)). Hentet fra https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2013-2014/Dokumentbase_3_4.pdf
- Stordalen, J. (2015). *Smittevern og hygiene den usynlige fare* (5. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke

Toppe, K & Høie, B. (2016, 28. Juni). *Skriftleg spørsmål fra Kjersti Toppe (Sp) til helse- og omsorgsministeren*. Hentet fra <https://www.stortinget.no/nn/Saker-og-publikasjonar/Sporsmal/skriftlege-sporsmal-og-svar/Skriftlig-sporsmal/?qid=66010>

Virtanen, M., Pentti, J., Vahtera, J., Ferrie, J., Stansfeld, S., Helenius, H., & . . . Terho, K. (2008). Overcrowding in hospital wards as a predictor of antidepressant treatment among hospital staff. *American Journal of Psychiatry*, 165(11), 1482-1486. doi:10.1176/appi.ajp.2008.07121929