

Det finnes dessverre ingen vidundermedisin mot korridorpasienter

## To pasienter i sengen eller én i korridoren?

Pasienter har det åpenbart bedre på et pasientrom enn i en sykehuskorridor. I korridoren blir de fullstendig fratatt sitt privatliv i en særlig sårbar livssituasjon, og samtidig får personalet en større arbeidsbelastning. Korridorpasienter utgjør et synlig bevis på ressursknapphet i norsk helsevesen. Spørsmålet er likevel om korridorpasienter bør unngås for enhver pris.

Det har vært hevdet at korridorpasienter er et særnorsk fenomen. En rask rundspørring per e-post til utenlandske forskerkolleger avliver denne myten. Fenomenet er velkjent i Sverige, Finland, Estland, Polen, Tyskland, USA og Australia, mens Nederland visstnok ser lite av problemet. Det står på den politiske dagsorden i Canada og var nylig et valgkamptema i Danmark. I Ungarn er problemet i ferd med å forsvinne, men her betaler pasientene nå både for innleggelse og for opphold i sykehus. I England kan det være køer av ambulanser utenfor sykehus av mangel på pasientsenger. Det er mulig at problemet er større i Norge enn andre land, men et søk på «overcrowding» i Medline viser at temaet er viet oppmerksomhet i mange utenlandske tidsskrifter.

Den umiddelbare årsak til fenomenet korridorpasienter er at etterspørsel etter sykehussenger er større enn tilbudet. Utfordringen ligger i å avdekke de underliggende årsakene. Korridorpasienter fantes også i 1975, da sengetallet var 80% høyere enn i dag (1) og antall pleiepasienter lavere. Norge hadde i 2004 3,1 akuttenger i sykehus per 1 000 innbyggere, mens tallet lå i området 2,2–3,8 i Danmark, Finland, Nederland, Sverige, Storbritannia, Australia, Canada og USA. I Tyskland var sykehusdekningen 6,4, mens den var 5,5 i Ungarn (1). Et høyt sengetall er derfor ingen garanti mot korridorpasienter, samtidig som Nederland synes å ha mindre problemer enn oss til tross for samme sykehusdekning.

En rekke faktorer på etterspørselssiden kan bidra til at antall innleggelser overstiger sykehusets kapasitet: flere eldre og derved økt sykkelighet, økende krav i befolkningen, manglende pleiekapasitet i kommunene, legefrykt for klager og rettsaker, mv. Til sist er det kanskje grunn til å minne om at korridorpasienter tross alt er et tegn på at leger både i og utenfor sykehus søker å gi pasientene et behandlingstilbud.

Det er gjort mange forsøk på å få pasientene bort fra korridorene. I Sør-Afrika «løste» apartheidregimet problemet ved å legge to pasienter i én seng, alternativt ved å legge én pasient i sengen og én under. Når man drøfter tiltak, kan det derfor være klokt å vurdere de samlede effekter av tiltakene. I dette nummer av Tidsskriftet dokumenterer Kjell Martin Moksnes og medarbeidere at kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter i somatiske sykehus reduserte ventetiden på kommunal pleieplass (2). Undersøkelsen sier imidlertid ingenting om hva som skjedde med de hjemmeværende pleiepasientene som ble prioritert *ned* i kommunens sykehjemskø når pasienter fra sykehus ble prioritert *opp*. Tatt i betraktning at den kommunale pleiesektor sjelden har ledig kapasitet, kan man mistenke at kommunal betaling for utskrivningsklare sykehuspasienter like gjerne *flytter* problemer som å løse dem.

I en annen artikkel i dette nummer av Tidsskriftet foreslår Jarle Norstein å øke sengetallet i somatiske sykehus for å fjerne pasientene fra korridorene (3). Statistikken taler imidlertid ikke for at flere senger vil løse problemet (1). Helsetjenesteforskeren Milton

Roemer har postulert at «en bygget seng er en fylt seng» (4). Når man ser på utviklingen i ressurstilgang og køer i norsk helsetjeneste de siste 50 år, kan det se ut som om Roemers lov ikke bare gjelder senger, men helsetjenester i sin alminnelighet. Det betyr likevel ikke at sykehus med korridorpasienter ikke bør vurdere kapasitetsutvidelser, slik man har gjort for eksempel i Tønsberg. En økning i sengetall må imidlertid vurderes opp mot andre ønsker og behov: nye behandlingstiltak, nytt utstyr, bedre bemanning, lønnsøkninger, etc. Når man i Tromsø hadde pasienter i korridorene samtidig som sykehuset hadde mange ledige senger (3), må man spørre om omdisponering av senger og personale kan være aktuelt. Tiltak utenfor sykehus kan også være aktuelle. Det finnes imidlertid ingen entydig dokumentasjon for at bedre primærlegedekning eller forebyggende helsearbeid løser sykehusenes kapasitetsproblemer.

Det kan være fristende å ta i bruk økonomiske incentiver. En randomisert undersøkelse viste at egenandeler reduserte bruken av sykehus (5). Kommunal betaling for ferdigbehandlede pasienter er allerede nevnt (3). Norstein foreslår at sykehusene skal betale 10 000 kroner per døgn for hver korridorpasient («straffe-DRG») for at det ikke skal «lønne seg» å ha korridorpasienter (3). Alle disse forslagene vil isolert sett kunne avhjelpe problemet. Spørsmålet er hvilke andre problemer de vil skape. Pasientbetaling vil med stor sikkerhet gi sosial ulikhet i sykehusforbruk (5). Straffe-DRG vil stille sykehusene i en umulig situasjon: På den ene side har de plikt til å ta imot pasienter tiltrengende øyeblikkelig hjelp, men på den annen side vil de bli straffet økonomisk for å overholde plikten.

I et helsetjenestesystem av god kvalitet der de medisinske muligheter stadig øker, der aldringen øker etterspørselen, og prismekanismen er et uakseptabelt virkemiddel, vil køer og ventelister være uunngåelige. Korridorpasienter kan også ses i et slikt perspektiv. Det betyr ikke at fenomenet skal bagatelliseres eller at sykehusene står helt maktesløse. St. Olavs Hospital i Trondheim har det siste året redusert både budsjett, sengetall og antall korridorpasienter. Bedre samhandling med primærhelsetjenesten synes her å være nøkkelen. De som står nærmest pasientene, synes å være de beste problemløserne. Da er det et paradoks at brannvesenet med loven i hånd kan kreve pasienter fjernet fra korridorene. Korridorpasientproblemet lar seg neppe løse fullstendig – og slett ikke med enøyde problemløserne.

Ivar Sønbo Kristiansen  
ivarsk@c2i.net

Ivar Sønbo Kristiansen (f. 1947) er professor i samfunnsmedisin ved Institutt for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo og i legemiddeløkonomi ved Syddansk Universitet i Odense. Hans forskningsområde er helseøkonomi og risikokommunikasjon.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

### Litteratur

1. OECD Health Data 2007. [www.oecd.org/dataoecd/46/36/38979632.xls](http://www.oecd.org/dataoecd/46/36/38979632.xls) (25.11.2007).
2. Moksnes KM, Nordberg E, Lorentzen B. Ventetid for utskrivningsklare pasienter fra sykehus. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 28-31.
3. Nordstein J. Korridorpasientenes funksjon i norsk sykehusvesen. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 24-7.
4. Roemer MI. Bed supply and hospital utilization: a natural experiment. Hospitals 1961; 35: 36-42.
5. Siu AL, Sonnenberg FA, Manning WG et al. Inappropriate use of hospitals in a randomized trial of health insurance plans. N Engl J Med 1986; 315: 1259-66.