

Korridorpatientenes funksjon i norsk sykehusvesen

Sammendrag

Bakgrunn. Plassering av pasienter i sykehuskorridorer har i lang tid vært praksis i Norge. Det er vanskelig å gi tilfredsstillende behandling, pleie og omsorg i en sykehuskorridor. Pasienter og personale lider under dette. Til tross for mange analyser og tiltak er det ingen tegn til bedring av situasjonen.

Materiale og metode. Utvikling i omfang og utbredelse av korridorpasientfenomenet i Norge analyseres på bakgrunn av tilgjengelig offentlig statistikk. Det er utarbeidet en enkel modell for beregning av økonomisk gevinst ved å ha korridorpasienter.

Resultater. Ifølge data fra Norsk pasientregister var det i perioden 1.5.–31.8. 2006 gjennomsnittlig 256 korridorpasienter per døgn ved norske sykehus, fra null til 52 (0–10 % av aktive senger) ved de ulike sykehus, i gjennomsnitt fem pasienter per sykehus (2 %). Ved modellberegning ble det funnet at sykehusene bør betale minst kr 10 000 per korridor døgn for at det skal bli ulønnsomt å ha to korridorpasienter eller flere. Det foreslås innført en negativ diagnoselatert gruppe (DRG) innenfor systemet med innsatsstyrt finansiering for korridorpasientplassering.

Fortolkning. Med de rådende finansieringssystemer er korridorpasientplassering meget lønnsomt for helseforetakene, og man kan ikke vente at det skal bli færre korridorpasienter uten sterke økonomiske stimuleringstiltak.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

> Se også side 16

Jarle Norstein
jnorstein@aol.com
Bergsalleen 2A
0854 Oslo

Et av norsk sykehusvesens store mysterier er den vedvarende forekomsten av korridorpasienter. Dette beskrives som et særnorsk fenomen, ukjent i andre land vi normalt sammenlikner oss med (1, 2). Korridorpatientenes lidelseshistorier er blitt jevnlig omtalt i tallrike avisartikler, men det er få vitenskapelige artikler om korridorpasienter og enda færre analyser av årsakene til at pasienter legges på korridor i Norge (1, 3–5). Internasjonal litteratur om korridorpasienter er begrenset til rapporter fra Norge, selv om overbelegg også er rapportert fra Sverige (3) og Danmark (6). I bestillerdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2005 het det at «helseregionen skal som hovedregel ikke ha korridorpasienter», og i tilsvarende dokument for 2006 het det at hvert enkelt regionalt helseforetak «skal tilstrebe å ikke ha korridorpasienter. Som hovedregel skal det ikke være korridorpasienter.» (7).

Samtidig er begrepet korridorpasienter så befestet i Norge at Sosial- og helsedirektoratet har innført korridorpasienter som en kvalitetsindikator (8). Opplysninger om andelen av korridorpasienter ligger også på nettstedet for fritt sykehusvalg (9). Det foreligger derfor epidemiologiske data som kan tenkes å være anvendbare for analyser. I denne artikkelen vil jeg beskrive forekomsten av korridorpasienter ut fra tilgjengelige kilder, diskutere mulige årsaker til at korridorpasienter forekommer langt mer i Norge enn i andre land og foreslå mulige virkemidler for å redusere bruk av korridor som sengeplass for innlagte pasienter.

Materiale og metode

Definisjon av korridorpasienter (ramme 1) og oversikt over forekomst av korridorpasienter er hentet fra Sosial- og helsedirektoratets nettsider (8) og fra Helsetilsynets rapport *Fortsatt for fullt* (10). Begrepet korridorpasienter omfatter også pasienter som er plassert i seng på bad, skyllerom, dagligstue m.m. Forekomst av korridorpasienter på de enkelte sykehus er hentet fra nettstedet for fritt sykehusvalg (9).

I en økonomisk analyse av inntekts- og kostnadsforhold knyttet til å ha korridorpasienter er det lagt til grunn en del forutsetninger. I modellberegningen forutsettes det at man trenger ca. 26 fulle stillinger til (sy-

ke)pleiere, inkludert ferievikarer, for å drive en sengepost med 26 senger i helkontinuerlig drift. Det forutsettes at kapasitetsøkning eller kapasitetsreduksjon utenom bruk av korridor plasser bare kan skje ved å stenge eller åpne en 26-sengerspost. Årskostnaden for en (syke)pleier er satt til kr 400 000. Gjennomsnittlig DRG-refusjon per pasient per døgn er satt til kr 4 000. For hvert korridorpasientdøgn er det forutsatt behov for ekstravaktinnsats på gjennomsnittlig én vakt per døgn til en beregnet kostnad på kr 2 000. Det er lagt inn én ekstravakt per døgn også for siste ordinære pasient.

Ved simulering i regnearket Excel er det forsøkt beregnet hvor stor kostnad sykehusene må påføres per korridor døgn for at det skal være et tilfredsstillende økonomisk incitament til å unngå korridorpasienter. Det er lagt inn som en forutsetning at ved gjennomsnittlig to korridorpasienter eller mer skal dekningsbidraget bli større ved å åpne en ny post enn ved å ha korridorpasienter.

Dekningsbidraget er definert som de totale gjennomsnittlige DRG-inntektene minus kostnader i form av lønn til pleiepersonale (ramme 2).

Resultater

Samdata Helse 2005 fra SINTEF Helse viser at i perioden 2004–05 var gjennomsnittlig andel av korridorpasienter for alle landets sykehus 2–3 % (11). Basert på data fra www.sykehusvalg.no for perioden 2. tertial 2006 var det ved norske sykehus gjennomsnittlig fem pasienter på korridor per sykehus, eller 2 % av sengene (9). Forekomsten av korridorpasienter varierte sterkt mellom sykehusene, fra null til 52 (0–10 %) (fig 1). På landsbasis var gjennomsnittlig 256 pasienter på korridor per døgn i 2. tertial 2006, 253 i 3. tertial og 283 i 1. tertial 2007 (9). Det er ikke angitt hvilke avdelinger som har

Hovedbudskap

- Korridorpasienter er et særnorsk fenomen
- Utnyttelse av korridorer til pasientplassering er meget lønnsomt for sykehusene
- Økonomiske virkemidler vil kunne eliminere korridorpasientproblemet
- Det bør være overkapasitet i akuttavdelinger

korridorpasienter, men tidligere data innhentet av Helsetilsynet senest i 2003 om forekomst av korridorpasienter ved medisinske avdelinger, viste at det da var gjennomsnittlig 175 pasienter på korridor i medisinske avdelinger i norske sykehus (10). Samtidig var det 244 utskrivningsklare pasienter (10).

De økonomiske konsekvensene av å ha korridorpasienter belyses i figur 2. Av figuren fremgår at selv med betydelige og økende ekstravaktkostnader kommer sykehuset ut med et positivt og økende dekningsbidrag med økende antall korridorpasienter. Hvis man derimot åpner en ny sengepost og flytter korridorpatientene dit, vil man ikke få et positivt dekningsbidrag før det er et gjennomsnittlig belegg på åtte pasienter på den nyåpnede posten. Det samlede dekningsbidraget for to poster blir lavere enn for én post med korridorpasienter inntil korridorpatientantallet er urealistisk høyt. Selv om man tar hensyn til ekstravaktkostnadene ved overbelegg, vil det i dag ikke lønne seg å åpne en ny post. I figur 2 er det også vist dekningsbidrag ved en kostnad på kr 10 000 per korridordøgn. En slik kostnad kan teknisk påføres sykehusene ved at man definerer korridorpatientplassering som en prosedyretakst med negativt fortegn innenfor DRG-systemet, slik at et sykehus blir trukket for kr 10 000 per korridordøgn. Med denne satsen viser figuren at det blir lønnsomt å åpne en ny post ved to korridorpasienter.

Diskusjon

De foreliggende data viser at det er korridorpasienter ved de fleste sykehus, men mest på større sykehus. Noen sykehus har et oppsiktsvekkende høyt antall korridorpasienter. Sammenholdt med data fra Helsetilsynet er det grunn til å tro at den alt overveiende andelen av korridorpatientene befinner seg på medisinske avdelinger. Tallmaterialet for den siste perioden samsvarer med tidligere rapporter (12, 13). Det er dokumentert at problemet fortsatt eksisterer i fullt monn, og det er ingen tegn til bedring (9, 10, 13). Mange års tiltak for å gjøre slutt på bruken av korridorer til sengeplass for pasienter har ikke medført at problemet er løst. Sykehusledelse og helsemyndigheter synes å ha vært maktesløse. Paradoksalt nok synes det som brannvesenet har hatt større lykke, da pålegg fra brannvesenet om å holde frie rømningsveier kan synes å ha hatt effekt i alle fall i Oslo i en periode (14).

Årsaker til korridorpasienter

Det er lansert en del teorier om hvorfor korridorpasienter finnes i så stort omfang og hvorfor det synes å være mange flere korridorpasienter i Norge enn i alle andre land. En sentral teori er nedbyggingen av sykehusavdelinger, med en reduksjon i antall senger fra 23 315 i 1973 til 13 995 i 2005 (5, 15, 16). Reduksjonen i antall senger skyldes et reelt lavere behov for sykehussenger, dels på grunn av endrede holdninger blant syke-

huspersonale til langvarig hospitalisering, dels stimulert av overgang fra korpenger per liggedøgn til rammefinansiering og senere innsatsstyrt finansiering. Mer effektiv utredning og behandling ved bruk av ny teknologi er blitt tiltakende viktig for å redusere behovet for sykehussenger, særlig i kirurgiske avdelinger. De medisinske fremskritt som gjerne fremholdes som kostnadsdrivende, har også medført store besparelser. Både diagnostikk og behandling kan gjøres raskere og mer rasjonelt, med mindre plager og funksjonsnedsettelse for pasientene. Mange prosedyrer som tidligere fordret innleggelse, kan i dag gjøres ambulante.

At reduksjonen i antall sykehussenger har vært for stor, kan på overflaten synes å være en plausibel forklaring, men korridorpatienter fantes også før man begynte å bygge ned kapasiteten. I mange avisreportasjer i årenes løp er det beskrevet at man har funnet ledige rom like i nærheten av korridorpatientene (17, 18). Det har også vært kjent for stortingspolitikere og er blitt beskrevet i stortingsdokumenter (19, 20).

Bemanning i pleietjenesten

I 1970-årene ble sykeposter stengt grunnet en reell sykepleiermangel. Det var ikke nok sykepleiere til døgnkontinuerlig drift. Ved å stenge sengeposter fikk man både synliggjort konsekvensene av bemanningsproblemer og de fristilte pleierne kunne fylle vaktlistene på den gjenværende åpne posten. Korridorpasienter var og er en effektiv illustrasjon på vanskelige arbeidsforhold. Få pasienter eller pårørende klager. Det er åpenbart synlig at det er krise, og personalet blir beundret for at de holder ut (21). Som det er blitt uttalt fra ideologisk orienterte sykepleiere: man kunne «vise krise», eller mer diplomatisk formulert: «Vi må holde de stengte rommene tomme for å belyse situasjonen overfor ledelsen og politikerne» (18). Det er fra sykepleierhold og senere fra enkelte legehold fremholdt at stenging av poster eller rom og plassering av pasienter i korridor er legitime kampmidler (17, 18, 22).

Drift av sykehusavdelinger skjer typisk oppdelt i poster, slik at kapasitet økes eller reduseres i trinn på 20–30 pasienter. Poster stenges gjerne i forbindelse med ferieavvikling, selv om tilstrømningen av pasienter ikke alltid reduseres i ferier, særlig ikke til medisinske avdelinger. Korridorløsninger kan fungere som en buffer, slik at man ikke må åpne en hel sykepost når kapasiteten forbigående overskrides. På noe lengre sikt vil en midlertidig stengt og tilsynelatende unødvendig post kunne bli nedlagt som aktiv og omdisponert til andre formål, særlig kontorer. Et helt grunnleggende prinsipp har vært at sykeposter ikke måtte åpnes delvis ved å ta i bruk enkeltrom. Det ville kunne åpne slusene for innleggelser. Motsatt kunne imidlertid enkeltrom stenges på en åpen post hvis bemanningen ble ansett for å være for svak (17, 18).

Ramme 1

Korridorpasienter som kvalitetsindikator i norsk helsevesen

Definisjon

- Antall og andel pasienter som kl 7 er plassert i seng på korridor, bad, skyllerom, dagligstue m.m.

Begrepsavklaring

- En pasient regnes også som korridorpatient når plassering på korridor velges som løsning for observasjons- eller kontaktbehov
- Dersom mor og barn etter fødsel plasseres på korridor e.l., skal de regnes som to korridorpasienter
- Begrepet omfatter *ikke* «ekstra» pasienter på ordinære sengeplasser eller sengeplasser som er tatt ut av drift. Det betyr at antall korridorpasienter ikke beregnes ut fra totalt overbelegg eller som antall flere pasienter enn antall ordinære sengeplasser

Begrunnelse som kvalitetsindikator

- Behandlingsplass i korridor hindrer ivaretagelse av pasientenes integritet og alminnelige verdighet
- Behandlingsplass i korridor hindrer ivaretagelse av lovpålagt taushetsplikt, jf. lov om helsepersonell
- Behandlingsplass i korridor hindrer god behandling og pleie
- Pasientseng i evakueringsområde er et alvorlig sikkerhetsmessig avvik, jf. brannforskriften¹ og internkontrollforskriften²

¹ Forskrift om brannforebyggende tiltak og tilsyn § 2-1 og 2-3 iht. lov om vern mot brann, eksplosjon og ulykker med farlig stoff og om brannvesenets redningsoppgaver

² Jf. internkontrollforskriften § 5.6

Ramme 2

Formel for beregning av dekningsbidrag

$$DB = I * Antpas - (Gbem + Eksbem) + NegDRG * Korppas$$

DB: Dekningsbidrag (DRG-inntekter minus lønnskostnader for pleiepersonell)

I: Gjennomsnittlige DRG-inntekter per pasient

Antpas: Antall pasienter (inklusive korridorpasienter)

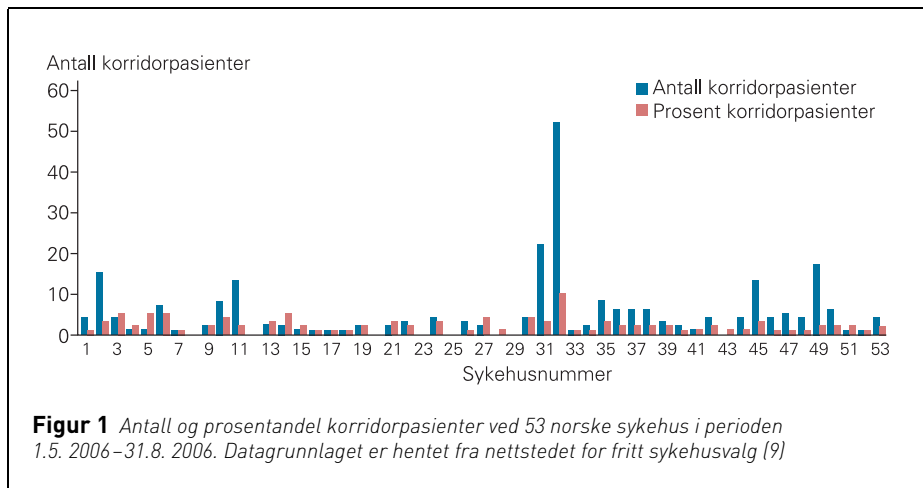
Gbem: Kostnader for grunnbemanning per døgn

Eksbem: Kostnader for ekstravakter per døgn

NegDRG: Negativ DRG-ytelse per korridorpatientovernatting

Korppas: Antall korridorpasienter

Konstantverdiene er beskrevet i metode-



Spesialiteter og pasientbelegg

Det har vært lite ønskelig å flytte pasienter fra en overfylt sengepost til en sengepost med ledige senger, men tilhørende en annen spesialitet. Dette har både faglige, pasientsikkerhetsmessige og praktiske – men også strategiske – årsaker. Pasienter med behov for spesialiserte tjenester ved en medisinsk avdeling vil ikke kunne få det på for eksempel en øyeavdeling, og ansvarsforholdene blir vanskelige med ansvarshavende leger og annet spesialpersonell lokalisert et annet sted. Mange pasienter er «ferdigbehandlede» og utskrivningsklare, men det har likevel vært liten vilje til å legge disse pasientene på andre spesialiserte poster for å dekke et pleiebehov, også på grunn av at dette kunne medføre en varig reallokering av ressurser fra egen avdeling. Ved Universitetssykehuset Nord-Norge registrerte man en dag i mai 2006 i alt 26 pasienter på korridor, mens det samtidig var 115 ledige senger ved andre avdelinger ved sykehuset (23). Opprettelse

av rene pleieposter for ferdigbehandlede pasienter, bemannet som sykehjemsavdelinger, ville i mange tilfeller kunnet løse korridorpatientproblemet for en lav kostnad, men det er behov for et incitament.

Økonomi og korridorpasienter

De økonomiske analysene viser at korridorsenger er meget lønnsomme for sykehusene ved at man kan øke kapasiteten i forhold til behovet. Størrelsen på de numeriske forutsetningene i analysene kan diskuteres, men det kvalitative analyseresultatet, at korridorpasienter er lønnsomme for sykehusene, er lite sensitivt for endringer i tallverdier. At det er mest korridorpasienter ved de største sykehusene, har vært tolket som uttrykk for størst press på disse sykehusene. En alternativ fortolkning kan være at de større sykehusene har mer kompetente og innflytelsesrike økonomiavdelinger, som har kunnet regne seg til de økonomiske fordelene ved å stenge sykeposter og bruke korridorpasienter for å

oppnå større fleksibilitet og utnyttelse av bemanningen.

I de senere år har sykehus i økende grad utlyst årsverk som deltidsstillinger, slik at pleierens manglende stillingsbrøk forhåpentligvis skulle være tilgjengelig for ekstravaktjeneste på ugunstige tidspunkter. Med økende tilgang på sykepleiere har det latt seg gjøre å besette deltidsstillinger, selv om søkerne egentlig heller ville hatt fulltidsstilling (24). Mange steder i landet er det nå meget vanskelig for sykepleiere å få fast ansettelse ved sykehus, slik at det er arbeidsgivers marked (25). Når økonomiske forhold er avgjørende, kan den bedre tilgangen på sykepleiere bidra til å vedlikeholde korridorpatientproblemet gjennom økt bruk av deltidsstillinger.

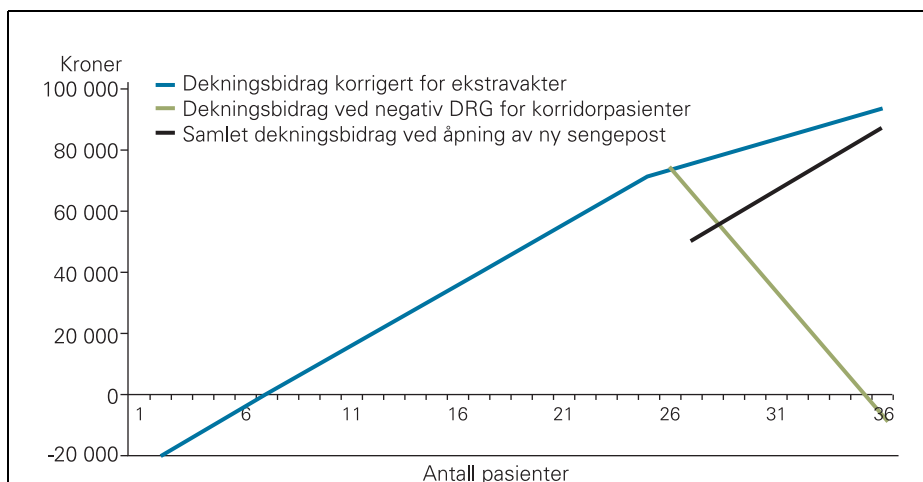
Overkapasitet eller overbelegg?

Man må akseptere å drive sykehus med en viss overkapasitet på grunn av variasjoner i behovet for sykehustjenester. En britisk modellingsstudie konkluderer med at akuttavdelinger ikke bør ha høyere gjennomsnittlig beleggspersent enn 85% for å unngå overbelegg (26). Fastlegeordningen kan bidra til et mer tillitsfullt samarbeid mellom sykehus og innleggende leger. Innleggelsene skjer på faglig grunnlag, og behovet for å bruke korridorpasienter som menneskelige skjold mot innleggelse minsker. En «avverget» innleggelse kan representere en kortvarig tilfredsstillende hvis pasientens tilstand forverres slik at en innleggelse blir uavvendelig og behandlingen mer ressurskrevende.

Løsninger på problemet

Løsningen på korridorpatientproblemet kan være at det settes inn sterke økonomiske incentiver, kombinert med økte økonomiske rammer til sykehusene, slik at det kan åpnes sykeposter. Det er vist at brannvesenets midler har vært virksomme, ved at man har påvist lovovertridelser og varslet om mulige dagbøter. Arbeidstilsynet har også anvendt dagbøter til et større sykehus (27). Selv med dagbøter på kr 600 000 gjennom et år ble korridorpasienter ifølge sykehusets styreleder ansett for å være lønnsomme. Dagbøtsatsen var i det tilfellet kr 3 500 per døgn hvis det var mer enn 20 korridorpasienter (S. Nesse, Arbeidstilsynet, Rogaland, personlig meddelelse). Det foreligger dermed empirisk grunnlag for å anta at sykehusene må påføres vesentlig større kostnader for å endre atferd. DRG-systemet har vist seg treffsikkert for å endre prioriteringer ved sykehusene i retning av å maksimere DRG-utbyttet. Med innføring av en DRG-poengreduksjon tilsvarende f.eks. kr 10 000 per pasientdøgn på korridor som vist i figur 2, ville de økonomiske regnestykkene for bruk av korridorpasienter se annerledes ut.

Selv om det kan synes som sløsing med personell og penger å ha poster med flere tomme senger og pleiere som har en tidvis moderat arbeidsbelastning, kan det tenkes at



Figur 2 Dekningsbidrag korrigeret for ekstravaktkostnader ved økende pasientbelegg på en sykepost under de forutsetninger som er anført i metodetdelen (blå linje). Tilsvarende er det tegnet inn med grønn linje hvordan dekningsbidraget utvikler seg med en negativ DRG-refusjon på kr 10 000 per korridorpatientdøgn. Totalt dekningsbidrag ved å åpne en ny sengepost i stedet for å ha korridorpasienter er vist med svart linje. Dekningsbidraget er definert som totale gjennomsnittlige DRG-inntekter minus kostnader i form av lønn til pleiepersonale

de økonomiske kostnadene kan være mindre enn man umiddelbart får inntrykk av. Over-tallig personale kan omdisponeres til andre samarbeidende poster ved sykefravær, slik at man ikke skal behøve å trekke inn ukjent personale utenfra.

Antallet og andelen av korridorpasienter ved de enkelte sykehus, slik det er fremstilt på hjemmesiden for fritt sykehusvalg, er en helt irrelevant opplysning for pasientenes valg av sykehus – et valg som er mest aktuelt for planlagte operasjoner. Korridorpasientene finnes vesentlig på medisinske avdelinger, der gjerne 80–90 % av innleggelsene er øyeblikkelig hjelp. Det er meget uvanlig at elektive operasjonspasienter legges på korridoren. Opplysningene på hjemmesiden kan dels oppfattes som utilsiktet feilinformasjon, dels som et forsøk på gapestokktaktikk overfor «verstingsykehusene» med hensyn til korridorpasienter. Taktikken synes ikke å virke, og man kan derfor fjerne denne misvisende «kvalitetsindikatoren» fra hjemmesidene. At forekomsten av korridorpasienter i det hele tatt er ført opp som en kvalitetsindikator, kan bidra til å legitimere bruken av korridorpasienter som et normalt virkemiddel i drift av sykehusavdelinger. Helsetilsynet har også innsett at opplysningene om korridorpasienter innsamlet via Sosial- og helsedirektoratets system og offentliggjort på hjemmesiden for fritt sykehusvalg er lite relevante. De har derfor gjennomført egne kartlegginger av forekomsten av korridorpasienter på medisinske avdelinger, sist i 2003 (10). Helsetilsynet dokumenterte for flere år siden at det er behov for minst 500 nye indremedisinske senger for å dekke behovet, og det er senere kommet ytterligere faglig støtte for dette synet – uten at det har fått konsekvenser (15, 28–30).

Konklusjon

Å ha korridorpasienter er et ledelsesspørsmål, men korridorpasientplassering kan bare beholdes så lenge sykepleierne aksepterer det. Enkle organisatoriske grep vil de fleste steder eliminere korridorpasientene, men det er ikke uten økonomisk kostnad. På gevinstsiden er imidlertid en verdigere, sikrere og mer effektiv pasientbehandling med bedre arbeidsforhold for pleiepersonalet.

Litteratur

1. Skretting P, Larsen BI, Farstad T. Korridorpasienter i indremedisinske avdelinger i 1998 og 1999. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2630–2.
2. Hafstad A. Korridorpasienter et særnorsk fenomen. Aftenposten 29.12.2000: 3.
3. Piene H. Korridorpasienter – et fenomen som kan unngås? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2616.
4. Larsen BI, Skretting P, Farstad T. Korridorpasienter – konsekvenser for behandlingskvalitet og integritet. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2636–8.
5. Larsen BI, Skretting P, Farstad T. Hvorfor har vi korridorpasienter?. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2691–3.
6. Høy B. Pasienter på gangene. Sygeplejersken 1994; 94: 23.
7. Helse- og omsorgsdepartementet. Bestillerdokument til helseforetakene 2006. www.regjeringen.no/upload/HOD/Bestillerdokumnet/Bestiller%20øst.pdf [1.10.2007].
8. Guldvog B. Indikator: Korridorpasienter. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2005.
9. Sosial- og helsedirektoratet. Nettstedet for fritt sykehusvalg. www.sykehusvalg.no [19.3. 2007, 20.8. 2007, 1.10.2007].
10. Helsetilsynet. Fortsatt for fullt. Korridorpasienter og utskrivningsklare pasienter i indremedisinske avdelinger. Kartlegging 2003 og utvikling 1999–2003. Rapport 2/2004. Oslo: Helsetilsynet, 2004.
11. SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2005. Helse-regionenes utvikling i ressursinnsats, tilgjengelighet, kvalitet og produktivitet 2002–2005. Rapport nr. A 748. Trondheim: SINTEF Helse, 2006.
12. Østby BA. Krisen som ble kronisk. Sykepleien 1984; nr. 7: 6–12, 28.
13. Evaluering av systemet med nasjonale kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2006.
14. Østby BA. Har korridor sengene forsvunnet for godt? Sykepleien 1984; 71: 20–3.
15. Sengekapasitet og kapasitetsutnyttelse ved somatiske sykehus i Norge. Er det sammenheng mellom sengekapasitet og korridorpasienter? Oslo: Helsetilsynet, 2001.
16. Statistisk sentralbyrå. Spesialisthelsetjenesten. Somatikk 2005. www.ssb.no/speshelsesom/arkiv/art-2006-06-21-01.html [11.10.2007].
17. Jørgensen G. Skremmende forklaring på problemer ved TSS. Telemark Arbeiderblad 13.7.1984.
18. Ertzaas P. Fyller opp korridoren mens rom står tomme. Aftenposten 15.12.1999: 6–7.
19. Stortinget. Dokument nr. 8: 36 (1999–2000). Forslag fra stortingsrepresentantene John I. Alvheim og Harald T. Nesvik om etablering av nye senge-plasser ved medisinske avdelinger i norske sykehus. www.stortinget.no/dok8/1999/dok8-199900-036.html [11.10.2007].
20. Stortinget. Dokument nr. 15 (2006–2007). Spørsmål nr. 505. Skriftlig spørsmål fra Harald T. Nesvik (FrP) til helse- og omsorgsministeren <http://epos.stortinget.no/SokSpm.aspx?saktype=DOK15:&sesjon=2006-2007&Antall=alle> [11.10.2007].
21. Kullerud D. Natt i korridoren. Dagbladet 12.12.2000: 2.
22. Uverdige av sykepleiere. Lederartikkel. Aftenposten 16.12.1999.
23. Øvergård RA. Legges på gangen tross ledige senger. 20 prosent sykefravær på pressede avdelinger. Pingvinen (bedriftsavis for Universitetssykehuset Nord-Norge) 26.5.2006: 10–1.
24. Sandberg T. Jordmorjubel for heltid. Dagsavisen 15.2.2007: 16–7.
25. Dolonen KA. Vanskelig å få full stilling. Sykepleien 2007; nr. 4: 14.
26. Bagust A, Place M, Posnett JW. Dynamics of bed use in accommodating emergency admissions: stochastic simulation model. BMJ 1999; 319: 155–8.
27. Gav SiR 600 000 i dagbøter i 1999. Rogalands Avis 30.12.1999.
28. Wyller TB. Sengebehov og tallakrobatikk. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2591.
29. Bratlid D. Sengebehovet i medisinske avdelinger. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 839.
30. Friis P. Sengebehovet i medisinske avdelinger. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 81–2.

Manuskriptet ble mottatt 20.3. 2007 og godkjent 11.10. 2007. Medisinsk redaktør Kjetil Søreide.