

# Pasientsikkerhet på «feil» avdeling?

juni 2016



Foto: Otterstedt. Johnér Bildbyrå AB©

Det er et mål at pasienter ikke skal ligge på korridor. Ett av flere tiltak for å unngå korridorpasienter er å benytte ledige plasser på andre avdelinger. Meldinger har vist at å ligge på feil avdeling kan innebære uklarheter omkring medisinsk ansvar, dårligere tilgang til kompetanse og utstyr, redusert observasjon og oppfølging.

Spesialistbehandling flyttes i stadig større grad til poliklinikker og dagavdelinger. Dette er bakgrunnen for at antall senger i norske akuttsykehus planmessig reduseres (1). Beleggsprosenten i sykehus øker (2), og ofte blir konsekvensen korridorsenger med alt det medfører av ubehag for pasienter og personale. Overbeleggets betydning for pasientsikkerheten har derimot fått mindre oppmerksomhet.

## FRA KORRIDOR TIL «FEIL» AVDELING

Sykehus blir målt på antall korridorpasienter. Sykehus med beleggsprosent over 85 beskrives positivt som å ha høy produktivitet (2). Når sykehus og avdelinger er fulle, legges derfor pasienter heller på ledig plass i en annen avdeling enn der pasienten sykdomsmessig hører hjemme.

Meldinger om uønskede hendelser har vist at plassering av pasienter på

avdeling med «feil spesialitet», kan føre til **risiko knyttet til tre hovedområder:**

- Uklarhet om medisinsk ansvar
- Manglende tilgang til kompetanse, utstyr og teknologi
- Manglende observasjon og oppfølging

**KAPASITETSMANGEL** kan bety både mangel på sengeplass og mangel på kompetanse. Mangel på sengeplass løses ofte ved at man får en seng på en avdeling der det er fysisk plass, men der kompetansen er en annen enn den pasienten trenger. Dermed blir ikke observasjon og oppfølging optimal.

Europeisk forskning viser at det er sammenheng mellom overbelegg og dødelighet i sykehus (3, 4). Meldingene kan vise noen av mekanismene bak denne sammenhengen.

## SPESIALISTHELSETJENESTELOVEN

pålegger å tilby befolkningen forsvarlig helsehjelp.

**BELEGGSPROSENT** kan beregnes på ulike måter. I internasjonale sammenligninger beregnes beleggsprosent slik:  
Beleggsprosent = (Liggedager / Døgnkapasitet) \* 100 (Statistisk sentralbyrå (5)).

European Observatory on Health systems and Policies sammenlikner beleggsprosent i sykehus mellom OECD-land (2). I OECD-land er gjennomsnittet 78 prosent. Et maksimum er satt til 85 prosent. Etter 2010 har beleggsprosenten i norske sykehus gjennomsnittlig ligget på 93 prosent, og flere sykehus har jevnlig en beleggsprosent på over 100.

## REFERANSER

1. <http://lpp.no/kunnskapsbank/wp-content/uploads/2014/11/A-Vedlegg-01-Samdata-2013.pdf> (lest 7.6.2016)
2. Ringard, Å et al. Norway: Health System Review. Health Systems in Transition, 2013; 15(8):1-162.
3. Kuntz L, et al. Stress on the ward: Evidence of safety tipping points in hospitals. Manage Sci 2014;61-754-71
4. Madsen F, Ladelund S, Linneberg A. High levels of bed occupancy associated with increased inpatient and thirty-day hospital mortality in Denmark. Health Aff (Millwood) 2014; 33: 1236-44
5. <https://www.ssb.no/helse/statistikker/speshelse/aar/2015-06-18> (lest 7.6.2016)
6. [http://www.sykehuset-ostfold.no/omoss/\\_styret/\\_Documents/\\_Styredokumenter/2015/2015-11-23/Sak%2069-15%20Vedlegg%20Overordnet%20risikorapport%20for%20S%C3%98%20november2015.pdf](http://www.sykehuset-ostfold.no/omoss/_styret/_Documents/_Styredokumenter/2015/2015-11-23/Sak%2069-15%20Vedlegg%20Overordnet%20risikorapport%20for%20S%C3%98%20november2015.pdf) (lest 7.6.2016)

## UKLART MEDISINSK ANSVAR

Ett av problemene som kom fram i meldingene, var at pasienter som lå på «feil avdeling», ikke ble tilsett av lege. Den regulære legevisitten hoppet over disse pasientene fordi man forventet tilsyn fra annen, relevant avdeling. Eksempelene viste at det å gå ut av egen avdeling for å tilse pasienter som «ligger ute», ofte ble glemt eller nedprioritert.

” På grunn av plassmangel ble en gastrokirurgisk pasient med gallesten og betennelse lagt på ØNH sengepost der det ikke er dokumentert legetilsyn før om to dager. Pasienten har nå stigende infeksjonsprøver og en begynnende pankreatitt. Det skulle nok blitt gjennomført en ERCP i går, men det er altså ikke gjort idet pasienten ikke ble tilsett før på ettermiddagen. I dag har vi ikke mulighet for ERCP her på sykehus X og jeg må derfor flytte pasienten til sykehus Y.

” (...) utepasienter får ikke den oppfølgingen og behandlingen pasienter på ens «egen» avdeling får. Når det er så kaotisk som det til tider er ved utepasienter, er det viktig at pasienter visiteres selv om man blir orientert om dem senere på dagen. Det at pasienten da er til radiologisk undersøkelse er ingen fullgod forklaring på hvorfor de ikke blir visitert.

Meldingene inneholder ikke alltid informasjon om konsekvensene for pasientene. De gir likevel gode beskrivelser av at et spesialisert helsevesen forutsetter samsvar mellom behov og tilbud for å være trygt.

## MANGLENDE KOMPETANSE, UTSTYR OG TEKNOLOGI

Moderne sykehusbehandling er høyspesialisert med avansert medisinsk og teknologisk utstyr. Flere meldinger beskrev manglende kompetanse i å håndtere utstyr når pasienter var innlagt på feil avdeling.

” Ingen av personalet som har hatt ansvar for denne pas har hatt kunnskap i hvordan man behandler et thorax dren, blander actilyse, hvordan man kopler av og på suget, hva skal man observere på pas og drenet. Hva slags komplikasjoner kan pas få hvis actilysen gis feil (mengde, hastighet og temperatur på medikamentet), hva gjør man hvis drenet faller ut, thoraxkassa velter, hvordan bytter man kasse? Pas forstod at personalet ikke var komfortable med situasjonen og at de ikke hadde nok kunnskap om det de drev med ...

” (...) Dette er klart en intensivpasient. Vi tar imot dårlige SAH-pasienter fra Intensiv og avhjelper enormt sammenlignet med andre avdelinger, men dette er en urosepsis hvor vår kompetanse er lav.

Meldingene viste at personalet var klar over sin og avdelingens manglende kompetanse og følte seg utrygge på konsekvensene for pasienten. Utrygghet hos personalet styrker verken pasientens subjektive trygghet eller den objektive pasientsikkerheten. Manglende kompetanse i å håndtere nødvendig utstyr utgjør en betydelig risiko for pasienten.

## MANGLENDE OBSERVASJON OG OPPFØLGING

Spesialisert kompetanse gir seg utslag, ikke bare i konkrete ferdigheter, men også i forventning om forløp og oppmerksomhet på risiko og forebygging av dette. Nedenfor vises eksempler på plassering av pasienter som av personalet blir oppfattet risikofyllt:

” Indremedisinsk pasient i relativt medtatt allmenntilstand innlagt ved øyeavdeling pga fullt sykehus. Ikke lagt noen klar plan for videre oppfølging. Det er visstnok prosedyre at vakthavende øyelege skal vurdere og behandle pasienten. Dette er ikke bra pasientbehandling, da øyelegers indremedisinske kompetanse er lav. På samme måte som at indremedisineres øyekompetanse er lav. Vår post har også lav sykepleierbemanning og selvsagt varierende/lav kompetanse på behandling av indremedisinske pasienter.

## HVA KAN FORBEDRES?

Å være korridorpasient er en belastning for pasienten. Målet om «null pasienter på gangen» er godt. Men problemet må løses på en måte som ikke gir økt risiko for pasienten.

Det er vesentlig at sykehuset har rutiner for på hvilke avdelinger det er faglig forsvarlig å legge pasienter når det er fullt på primæravdelingen. Det må også være klarlagt hvilken avdelings leger som har ansvaret for å følge opp slike pasienter. Et eksempel på hvordan dette kan gjøres finnes i Sykehuset Østfolds risikorapport fra desember 2015 (6).