

# Korridorpasienter – Rom for kvalitet

*En sammenligningsstudie på pasienterfaringer  
ved Avdeling for hjertesykdommer,  
Akershus universitetssykehus*

Tri M. Le

*Avdeling for hjertesykdommer,  
Akershus universitetssykehus*



Masteroppgave

Det erfaringsbaserte masterstudium i helseadministrasjon

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi

Institutt for helse og samfunn

Det medisinske fakultet

Universitetet i Oslo

Høsten 2014

# **Korridorpasienter – Rom for kvalitet**

*En sammenligningsstudie på pasienterfaringer  
ved Avdeling for hjertesykdommer,  
Akershus universitetssykehus*

**Tri M. Le**

*Avdeling for hjertesykdommer,  
Akershus universitetssykehus*

© Tri M. Le

2014

Tittel: **Korridorpasienter – Rom for kvalitet**

Undertittel: *En sammenligningsstudie på pasienterfaringer ved Avdeling for hjertesykdommer, Akershus universitetssykehus*

Forfatter: Tri M. Le

<http://www.duo.uio.no>

## **SAMMENDRAG**

### **MÅLSETTING**

Avdeling for hjertesykdommer, Ahus, har på grunn av stor pasienttilstrømning måttet plassere pasienter i korridor. På denne bakgrunn ønsker en å undersøke hvorvidt det er en forskjell i pasienterfaringer hos pasienter som ble plassert i korridor, og pasienter som ble plassert på ordinære pasientrom i avdelingen; videre vil en skaffe kunnskap om pasienterfaringer ved nevnte avdeling.

### **METODE**

Vi benyttet et standardisert og evaluert spørreskjema om pasienterfaringer utarbeidet av Kunnskapssenteret, kalt GS-PEQ (Generic Short Patient Experiences Questionnaire), for voksne pasienter i somatikk med døgnopphold (se vedlegg A). Skjemaet ble tilpasset studiens formål og inneholder 11 dimensjoner i pasienterfaringsbegrepet: behandlernes kommunikasjon med pasientene, tillit til behandlernes faglige dyktighet, tillit til pleiernes faglige dyktighet, informasjon om pasientens diagnose/plager, tilpasning til pasientens situasjon, involvering i avgjørelse som angår behandling, organisering i avdelingen, utstyr i avdelingen, pasientens tilfredshet med helsehjelpen, feilbehandling og utbytte av behandling.

### **RESULTATER**

#### **Korridor versus ikke-korridor**

4 dimensjoner: organisering, utstyr, tilfredshet og utbytte viste signifikante forskjeller mellom gruppene.

Gruppene svarte ikke signifikant forskjellig på spørsmålene angående kommunikasjon med behandlerne, tillit til behandlernes faglige dyktighet, tillit til pleiepersonalets faglige dyktighet, informasjon, tilpasning, involvering eller feilbehandling.

#### **Pasienterfaringer samlet**

Studieresultatet viser høyere gjennomsnittsscore på pasienterfaringer og lavere andel som ikke er fornøyd med tjenesten sammenlignet med landsgjennomsnittet ved den nasjonale undersøkelse på pasienterfaringer i 2013.

## KONKLUSJON

Vår studie er den eneste hvor ikke-korridorpatienters og korridorpatienters erfaringer blir direkte sammenlignet i forbindelse med sykehusopphold på samme avdeling.

Studien viser mer negative pasienterfaringer hva gjelder organisering og utstyr, samt dårligere generell tilfredshet og utbytte hos korridorpatienter, men effektforskjellene er beskjedne og uten klinisk relevans. Dimensjoner som måler personale-pasient-forhold har ingen signifikante forskjeller. Våre funn tyder på at samhandling mellom korridorpatienter og personale er godt ivaretatt, og viser seg å ikke være annerledes enn for pasienter på ordinære sengerom, både i pleie- og behandlingsøyemed.

## **FORORD**

Jeg vil gjerne takke min veileder Tron Anders Moger for konstruktive tilbakemeldinger, lærerike drøftinger og gode råd under utarbeidelse av denne masteroppgaven.

En stor takk går også til mine gode kolleger – alle sekretærene, hjelpepleierne, sykepleierne og legene ved Avdeling for hjertesykdommer, Ahus – for velvilje og entusiasme i arbeidet med pasientinkludering. Uten deres hjelp ville det ikke ha vært mulig å gjennomføre oppgaven. Denne ekstra innsatsen har dere gjort til tross for travle arbeidsdager og en ofte overfylt avdeling, med mange korridorpasienter.

Sist, men ikke minst, ønsker jeg å rette en spesiell takk til min tidligere avdelingssjef Pål Smith for å ha gitt meg inspirasjon, støtte og anledning til å gjennomføre dette masterstudiet ved Universitetet i Oslo.

## INNHOLDSFORTEGNELSE

- 1 FORMÅL
- 2 BAKGRUNN
  - 2.1 Korridorpasienter – Et kapasitetsproblem
  - 2.2 Korridorpasienter – Et kvalitetsproblem
  - 2.3 Status: Akershus universitetssykehus
  - 2.4 Tidligere utført forskning på korridorpasienter
- 3 METODE
  - 3.1 Metodevalg
  - 3.2 Pasientutvalg, seleksjon og eksklusjon
  - 3.3 Praktisk gjennomføring
  - 3.4 Spørreskjemaet
  - 3.5 Valg av statistiske analyser
  - 3.6 Etikk og datasikkerhet
- 4 RESULTATER
  - 4.1 Pasientkarakteristika
  - 4.2 Pasienterfaringsdata – Forskjeller mellom ikke-korridor og korridorgrupper
  - 4.3 Pasienterfaringsdata – Forskjeller mellom ikke-korridor og hhv. 1 døgn og 2-3 døgn i korridor
  - 4.4 Forskjeller i pasienttilfredshet i det samlede materialet for kjønn, alder, flytting og liggetid
  - 4.5 Pasienterfaringer sammenlignet med nasjonale resultater fra 2013
- 5 DISKUSJON
- 6 KONKLUSJON
- 7 LITTERATURLISTE
- 8 VEDLEGG

## **1 FORMÅL**

Å bli plassert bak et skjerm Brett i en sårbar situasjon med usikkerhet, bekymringer og kroppslige plager oppleves belastende og uverdigg for pasientene, og norsk helsevesen har frem til nå ikke evnet å løse problemet med korridor pasienter. Det har vært argumentert for bedre organisering som virkemiddel, men en må erkjenne at korridor pasienter også er et synlig bevis på ressursknapphet i helsevesenet. Korridor pasienter er et velkjent fenomen, på ingen måte særnorsk, men virker å være mer utbredt i Norge sammenlignet med en del andre land i Europa, samt USA og Australia, og det er således et større problem her hjemme (1). Lite forskning er blitt gjort på virkningene av å være på korridor, når det gjelder om pasienter oppfatter dette som belastende eller om de er misfornøyde sammenlignet med ikke-korridor pasienter.

Denne studiens hovedformål er:

- Å undersøke om det er forskjell i erfaringer hos pasienter med og uten korridor tilværelse under sykehusopphold på en hjertemedisinsk sengepost.

Sekundært:

- Å skaffe kunnskap om pasienterfaringer ved Avdeling for hjertesykdommer, Ahus, og se hvordan dette er sammenlignet med nasjonale tall fra Kunnskapscenteret.

Resultatet av undersøkelsen vil kunne bidra til å kartlegge avdelingens status, områder med forbedringsbehov, og danne grunnlag for fremtidige forbedringstiltak.

## **2 BAKGRUNN**

### **2.1 Korridor pasienter - et kapasitetsproblem**

Andelen pasienter i korridor varierer mellom helseregioner, foretak og sykehus; variasjonene er store på foretaksnivå og størst på sykehusnivå. Ifølge Helsenorge.no, en nettside under Helsedirektoratet, har det på landsbasis vært et jevnt fall i andel pasienter i korridor, fra 2,2 % i perioden januar-april 2011 til 1,5 % i perioden mai-august 2013 (2). Brutt ned på regionalt helseforetaksnivå, viser tallene for mai-august 2013 at Helse Vest RHF hadde den høyeste andel pasienter i korridor med 2,1 %, etterfulgt av Helse Sør-Øst på 1,5 %, Helse Nord på 1,2 % og Helse Midt-Norge med laveste på 0,9 % (2).



Den enkle årsaken til korridorpasienter er at behovet for sykehussenger er større enn kapasiteten. Det er en rekke faktorer som har medvirket til dagens situasjon.

En av disse faktorene er nedbygging av sykehussenger: Antall somatiske senger i spesialisthelsetjenesten har gått ned de siste årene: I 2007 hadde norske sykehus 12 518 somatiske senger (3); ved utgangen av 2012 var tallet på 10 814 (4). Bare i årene 2011-2012 ble den totale kapasiteten redusert med 430 senger (en reduksjon på 3,8 %) (4). Helse Sør-Øst har hatt den største reduksjonen de siste årene. I femårsperioden 2008-2012 falt gjennomsnittlig antall liggedøgn med 14 % (4). Den planlagte reduksjonen av somatiske senger er basert på en mulig gevinst av effektiviseringstiltak og kortere liggetid. Medisinske fremskritt, spesielt innen kirurgi, gjør det mulig å dreie pasientbehandling fra innleggelse til poliklinikk og dagenheter. I tillegg vil utbygging av primærhelsetjenesten sette denne i stand til å motta pasienter fra sykehusene på et tidligere tidspunkt, og utskrivningsklare pasienter på sykehusene skal ikke bli liggende og legge beslag på sykehussenger, men henvises til primærhelsetjenesten (jf. Samhandlingsreformen av 1.1.2012).

På den annen side er det flere faktorer som genererer økt behov for sykehusbehandling:

- Den norske befolkningsveksten har vært større enn ventet – både vekst innenlands og gjennom innvandring. Bare innenfor ansvarsområdet for Akershus universitetssykehus (Ahus) regner en med en årlig vekst på ca. 10 000 innbyggere, og innbyggertallet anslåes til ca. 595 000 i år 2025 (5).
- Demografisk endring – De store etterkrigskullene er i, eller nærmer seg, pensjonsalderen. Nasjonen er i ferd med å få en eldre befolkning med høy levealder, og dermed større behov for helse- og omsorgstjenester. I Global Study of Disease 2010 viste sammenligningstall for årene 1990 og 2010 at norske menn i denne perioden økte gjennomsnittlig levealder med 4,9 år, derav 3,4 friske år og 1,5 syke år, mens norske kvinner økte sin gjennomsnittlige levealder med 3,1 år, derav 2,3 friske år og 0,8 syke år. Ekstra leveår følges altså av flere år med sykkelighet i livsløpet (6).
- Mye kan gjøres mer – Medisinsk teknologisk fremskritt gir bedre tilbud og mer effektiv behandling, men også nye behandlingsmuligheter til både kjente og nye pasientgrupper – for eksempel innenfor behandling av hjertesykdommer med koronar blokkering, hjertestarter, smarte pacemakere og hjertepumper; innenfor behandling av leddgikt med nye kostbare medisiner; fedmekirurgi; etc.

- Allmenne forventninger om god helse er store og økende i tråd med de medisinske framskritt og utviklingen i samfunnet generelt. Det er tegn i tiden som tyder på at medikaliseringen i moderne samfunn er økende. Sykdomsfrykt og intoleranse for hverdagslivets plager øker tendensen til søken etter medisinske forklaringer og inngripen.

Slike kompliserte forhold gjør at helsemyndighetene ikke har truffet i sine estimater for behov i og for spesialisthelsetjenesten.

I 2013 brukte Norge 9,6 % av BNP på helsetjenesten, ifølge Statistisk sentralbyrå (SSB) en økning på 0,3 % i forhold til året før (7). Til tross for den store ressursbruken har vi mange pasientklager, skildringer av uverdige forhold for sykehuspasienter, og tøffe arbeidsforhold for ansatte. Overfylte avdelinger med pasienter bak skjerm Brett langs godt trafikkerte korridorer er den mest iøynefallende kvalitetsutfordringen for sykehusene.

## 2.2 Korridorpasienter – et kvalitetsproblem

Det nasjonale systemet for kvalitetsindikatorer som ble innført i spesialisthelsetjenesten i 2003 er et sentralt verktøy i kvalitetsmåling av helsetjenesten. En kvalitetsindikator sier noe indirekte om kvaliteten på det området som måles. Korridorpasienter er en etablert nasjonal kvalitetsindikator (8). En korridorpasient er definert som en pasient som kl. 07:00 er plassert i seng på korridor, bad, skyllerom, dagligstue e.l. En pasient plassert i korridor grunnet kontakt- eller observasjonsbehov regnes også som en korridorpasient. Fortetning, dvs. flere pasienter enn ordinært per rom, og benyttelse av senger tatt ut av drift, regnes ikke som korridorplassering. I praksis innebærer det at antall korridorpasienter ikke kan beregnes ut fra totalt overbelegg, eller differansen mellom antall pasienter og antall senger i drift.

Innsamlede data om korridorpasienter presenteres i regi av Kunnskapssenteret tre ganger i året; dette er tall som gjennomsnittlig antall korridorpasienter per dag, og samlet andel korridorpasienter for perioden.

$$\frac{\text{Gj. sn. antall korridorpasienter}}{\text{dag}} = \frac{\text{Totalt antall korridorpasienter for perioden}}{\text{Antall dager i perioden}}$$

$$\text{Gj. sn. andel av korridorpasienter for en periode} = \frac{\text{Gj. sn. antall korridorpasienter for perioden}}{\text{Gj. sn. antall sengerdøgn}} * 100 \%$$

Av Helsedirektoratet kategoriseres korridorpasienter som en prosessindikator. Indikatoren sier noe om styring av pasientstrømmer. Som nasjonal kvalitetsindikator er begrepet korridorpasient godt definert, godt dokumentert, validert og reliabelt. Det er enkelt og lite ressurskrevende å måle antall korridorpasienter. Indikatoren er meget godt egnet som grunnlag for kvalitetsforbedring, informasjon til pasienter og henvisende lege, og styringsinformasjon for bedre logistikk og ressursfordeling. Dog er det en rekke svakheter ved indikatoren som ligger i definisjonen av en korridorpasient, jf. avsnittet ovenfor – blant annet kan en pasient ha tilbrakt store deler av døgnet på korridor, men få rom før registreringstidspunkt kl. 07, og vice versa. Fortetninger og anvendelse av senger tatt ut av drift kan anvendes av enkeltsykehus for å unngå korridorbelegg. Således gjenspeiler korridorpasienter ikke det reelle overbelegget dersom overbelegg er et kvalitetsmål og korridorpasienter er ment å være verktøyet for å måle overbelegget. Dette er tatt hensyn til ved at fortetning er tatt med som tilleggsparemeter ved offentliggjøring av korridorpasienter for helseforetakene.

Å måle kvalitet direkte er vanskelig. Kvalitetsbegrepet kan også defineres ulikt, avhengig av den enkeltes ståsted og subjektive oppfatning. Fra pasientens perspektiv vil det primære ønske være størst mulig egen helsegevinst, mens storsamfunnets fokus vil være dreiet mot ressursforvaltning og forvaltning av likhetsprinsippet. Hensynet til både pasienten og samfunnet må i så henseende ivaretas av helsepersonell, hvilket er regulert i lovverket, først og fremst gjennom helsepersonelloven.

I 2005 utgav det daværende Helse- og sosialdirektoratet (SHdir) veilederen ... *Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten* (9). Veilederen har siden utgivelsen vært sentral i arbeidet med kvalitet i helsetjenesten, og satte et overordnet rammeverk for utøvelse av helsetjenester av god kvalitet. Det er i veilederen referert til Norsk standard NS-EN ISO 9000:2000, som definerer kvalitet på følgende måte: «Kvalitet er i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav». Denne definisjon er universell; her omtales forholdet mellom ytelse og forventninger eller krav. Veilederen la hovedvekt på å definere innholdet av kvalitet, bygget på seks kvalitetsdimensjoner.

Helsetjenester av god kvalitet skal ifølge veilederen ha følgende kjennetegn:

1. Være virkningsfulle: Dette innebærer at faglige avveininger og beslutninger må baseres på pålitelig, relevant og oppdatert kunnskap, og at effekt av tiltak eller behandling må

dokumenteres og evalueres, for å kunne benyttes i systematisk intern kontroll og kvalitetsforbedring.

2. Være trygge og sikre: Innebærende at tjenesteytende virksomhet systematisk må arbeide med å forhindre uheldige hendelser, forhindre feil gjennom risikostyring, og forbedre avvikshåndtering. Trygg og sikker helsetjeneste inkluderer også det å minimalisere komplikasjoner eller uønskede resultater som er påregnelige.
3. Involvere brukerne og gi dem innflytelse: Dette innebærer at brukerne av helsetjenesten må bli sett og tatt på alvor. På individnivå skal brukernes preferanser, synspunkter og verdier ha innflytelse på helsepersonellens beslutninger. Aktive, involverte brukere følger opp tiltak og behandlingsopplegg bedre og i større grad, og oppnår derfor bedre behandlingsresultater enn passive brukere. På systemnivå er innspill fra brukerorganisasjonene, med all deres pasienterfaring, en viktig kilde til gode løsninger i kvalitetsfremmende arbeid.
4. Være samordnet og preget av kontinuitet: Innebærende at den som yter helsetjenesten må evne å se sin tjeneste i et helhetsperspektiv, der ulike pasientbehov søkes løst gjennom samhandling med ulike personellgrupper, spesialiteter og forvaltningsnivåer, for å kunne ivareta hele pasienten. Systemet fordrer fleksibilitet, tydelig fordeling av oppgaver, ansvar og myndighet hos involverte tjenesteytere.
5. Utnytte ressursene på en god måte: Dette innebærer at rett tjeneste tilbys rett bruker, på rett måte og til rett tid. Tjenesten skal søke å moderere enkeltpasienters ønske om maksimal helsegevinst sammenholdt mot urimelige kostnader for samfunnet, og omvendt, ved å moderere forvaltningens ønske om besparelser ved ikke å tilby helsetjenester av høyeste standard. Unødvendig over- eller underforbruk skal unngås ved å tilby tjeneste av god kvalitet, fordi både god medisinsk praksis og god ressursforvaltning er innbefattet av kvalitetsbegrepet.
6. Være tilgjengelige og rettferdig fordelt: Dette innebærer at brukere med like behov skal få tilbud med samme kvalitet og innhold, og at tilbud faktisk eksisterer for brukere med behov og rett til det. Kvaliteten på tjenesten skal heller ikke variere som følge av brukerens sosioøkonomiske bakgrunn eller bosted.

Forholdet mellom korridorpasienter og kvalitet kan illustreres av media-oppslag (10). En pasients opplevelse ble nedtegnet i dagboken:

*«Etter behandlingen blir jeg lagt på gangen. Da forstod jeg hvordan det føltes, hvor nedverdiggende det kan være. Jeg lå der med alt jeg eide i sengen, mens alle gikk forbi og så ned på meg. Jeg følte meg som en tigger [...] De som jobber på [avdeling X] er helt oppgitt. De blir ikke hørt. Det er som oss pasienter. Det ligger fullt av folk i korridorene på denne avdelingen, og det er lang ventetid på CT og på alt. Nå er jeg blitt en av disse som bare venter og venter.»*

Eksemplet ovenfor illustrerer kvalitetsutfordringer relatert til korridorpatientproblematikken. Pasienten forteller om krenkelse av alminnelig verdighet og integritet, frustrerte ansatte, negativ påvirkning på miljøet, ineffektiv drift og marginalisering av pasientene – «Nå er jeg blitt en av disse som bare venter og venter».

Å plassere en akutt syk pasient i korridor kan være en mentalt krevende handling for helsepersonell. For pasientene kan korridortilværelsen være både følelsesmessig og fysisk anstrengende. Istedenfor ro, hvile og privatliv i en sårbar livsfase, utsettes de for mye støy og forstyrrelser. Pasientens sårbarhet eksponeres overfor andre pasienter og uvedkommende. Deres integritet og lovpålagt taushetsplikt blir ikke tilstrekkelig ivaretatt, jf. lov om helsepersonell (11). Pasienter og personell utsettes for unødig fare ved at brannforskriftene brytes; jf. forskrift om brannforebygging (12). Korridortilværelsen bryter med grunnleggende prinsipper for god pasientbehandling; jf. internkontrollforskriften (13) – I tillegg påvirker det å ha korridorpasienter arbeidsmiljøet for ansatte på en negativ måte (8). En tidligere kvalitativ undersøkelse både på lokalt og nasjonalt nivå, har vist at korridorpasienter får flere sykehusinfeksjoner, løper høyere risiko for feilbehandling, og får svekket behandlingskvalitet (14).

### **2.3 Status: Akershus universitetssykehus**

Ahus stod ferdig bygget i 2008. Den 1.1.2011 overtok sykehuset ansvaret for spesialisthelsetjenester i de 6 Follo-kommunene, og de 3 bydelene Alna, Grorud og Stovner. Ahus er dermed landets største akuttssykehus med ansvar for ca. 490 000 innbyggere. Årlig befolkningstilvekst i ansvarsområdet estimeres til å være på ca. 10 000 innbyggere (5). Mediefokus på Ahus har vært uavbrutt de siste årene. Sykehuset har fått mye kritikk for manglende kvalitet på helsetjenesten og lav sengekapasitet. Med en raskt voksende og aldrende befolkning i sitt ansvarsområde vil korridorpatientproblematikk ikke bli mindre i

årene som kommer. Overfylte avdelinger sliter på personalet, skaper uro i organisasjonen og begrenser handlingsrommet for kvalitetsfremmende arbeid. Å bygge ut sykehuset for å møte fremtidig behov og å refordele deler av opptaksområdet til omkringliggende sykehus har vært drøftet. Ulike tiltak og samordninger for å bøte på situasjonen har vært iverksatt på alle administrative nivåer og i alle kliniske enheter. Flere tiltak er gjennomført for å øke sengekapasiteten og bedre effektiviteten, blant annet ombygging av pasienthotellsenger til ordinære pasientsenger, utbygging og omorganisering av akuttmottaket, og mottak av Ahus-pasienter på Diakonhjemmet sykehus for å redusere kapasitetsproblemene. Videre arbeider sykehuset med å internt omfordele sengene mer i samsvar med reelle behov.

Avdeling for hjertesykdommer, Ahus, består av følgende enheter: Poliklinikk, Ekko-laboratoriet, Pacemaker og Implantable Cardioverter Defibrillation-enhet (PM og ICD-enhet), Dagenhet, Brystsmerteenhet, Hjerterovervåkning (HO) og Hjertesengeområder (SO). Pasienter utredes og behandles for hjertelaterte tilstander: Hjerterinfarkter, rytmeforstyrrelser, hjertesvikt, klaffelidelser, brystsmerter mistenkt for å være hjertelidelser og uavklarte hjertetilstander. Ved HO behandles alvorlige syke pasienter, og enheten driftes uten korridorbelegg. I praksis er det SO som har alle korridorpasienter på avdelingen.

Pasientbelegget for Hjertesengeområdene i 2013 og fram til våren 2014 har variert mellom 105 og 115 %. Aktiviteten i avdelingen er høy. Ca. 95 % av våre pasienter er akutt innlagt, de aller fleste via akuttmottak. En mindre andel overflyttes fra Oslo universitetssykehus (OUS) og Feiringklinikken etter hjerteoperasjoner eller akutt angiografi/PCI (utblokking av kransårene) grunnet såkalt «blålyshjerterinfarkt». Inneliggende pasienter med ustabil angina pectoris og hjerterinfarkt med behov for angiografi/PCI, overflyttes OUS for inngrepet og sendes tilbake for videre behandling og utskrivning. Angiografi-/PCI-virksomhet planlegges etablert i år 2015 ved Ahus. Sistnevnte gruppe vil da få et komplett og mer effektivt behandlingsløp hos oss. Andelen av overflytningspasienter kommer til å avta og frigjør hjertesenger. Håpet er at korridorbelegget også blir mindre.

Akershus universitetssykehus hadde for perioden jan-april 2014 den sjuende høyeste andelen korridorpasienter på 2,5 % blant landets helseforetak (2). Tallet er på foretaksnivå, men forteller ikke noe om intern fordeling mellom divisjoner, avdelinger og seksjoner. Her kan pasientbelegg variere mye, fra ledige senger på en enhet, til korridorer fulle av pasienter på en annen. Lege-, pleie- og øvrig hjelpepersonell i avdelingen er bemannet i forhold til normerte senger, og budsjett for 90 % belegg. Høyere pasientbelegg og korridorpasienter betyr i praksis

en ekstra byrde for ansatte, men er «lønnsomt» for sykehuset da ekstrabelastningen hverken er stipulert inn i bemanningsplan, utstyr eller driftsmidler; den samme rammen må således spres på flere. Da blir det mindre tid og ressurser til hver enkelt pasient.

Situasjonen med mange korridorpasienter siden utvidelsen av ansvarsområdet i januar 2011, skaper utfordringer med å rekruttere og beholde erfarne medarbeidere. Ressursknappheten gjør at misnøye og konflikter lettere oppstår innad i personalet og mellom personalet og pasienter/pårørende. Overarbeidede og mindre motiverte ansatte gjør mer feil – jf. avsnittet om «Trygge og sikre tjenester» fra den nasjonale veilederen for kvalitet i helsetjenesten (9). Overbelegg med korridorpasienter forhindrer flyt i logistikken. Personalet forsøker derfor å minimalisere tiden pasienten må tilbringe i korridor. Blir en seng ledig på et rom, kan pasienten bli plassert på et annet sengetun med annet personale, og det medfører diskontinuitet i pleie- og behandlingsskjeden – jf. «God samordning og kontinuitet i tjenestetilbudet» og «Utnytte ressursene på en god måte». Det er en rekke andre aspekter ved korridorpasientsituasjoner som behandles i veilederen:

- Tid og rom for informasjon og pasientmedvirkning blir skadelidende – jf. «Involverer brukerne og gir dem innflytelse».
- Ressurssterke pasienter og pårørende nekter korridor plass og påberoper seg krav og fordeler, og vil dermed være begunstiget i forhold til andre pasienter – jf. «Tilgjengelige tjenester og rettferdig fordeling».
- Alle forsinkelser i utredning og behandling kan også resultere i forspilt behandlingseffekt og i verste fall forverre prognose og medføre feilbehandling – jf. «Virkningsfulle tjenester».

Oppsummert er den vedvarende situasjon med korridorpasienter på Hjertesengeområdene i mange henseende til hinder for utøvelse av helsetjeneste med høy kvalitet. Avdelingen har fra tidligere ikke gjennomført pasienterfaringsundersøkelser. Med bakgrunn i dagens situasjon har avdelingen behov for kunnskap om pasienterfaringer, og spesielt korridorpasienters erfaringer, i møte med en presset avdeling med for få sengeplasser.

## 2.4 Tidligere utført forskning på korridorpasienter

Korridorpasienter er en nasjonal kvalitetsindikator, men datakunnskap er først og fremst ervervet gjennom usystematiske pasientkommentarer ved nasjonale undersøkelser om pasienterfaringer i 2006 (15), 2011 (16), 2012 (17) og 2013 (18). Foss' pasienttilfredshetsundersøkelse og analyse av 64 pasientkommentarer om det å være korridorpasient (19), og en spørreskjemaundersøkelse per post til landets avdelingsoverleger og oversykepleiere ved 62 indremedisinske avdelinger (20). Ved et søk på PubMed med søkefrasen [hallway patient satisfaction], får vi totalt 16 resultater. De fleste omhandler ventetid i akuttmottak og er således ikke relevante. Kun to av resultatene omhandler denne studiens tema og har dermed relevans; begge er publisert i Tidsskrift for den norske lægeforening nr. 22, september 2000 (19,20), og ingen av dem omhandler en spesifikk avdeling eller seksjon, på samme måte som denne studien. Søkefrasen [hallway beds] på PubMed gir 9 resultater. 5 av 9 omhandler opphopning av pasienter ventende på korridor i akuttmottak kontra flytting til midlertidig korridor plass på annen avdeling. De 4 siste er norske og tar for seg hhv. det økonomisk aspekt ved korridorpasienter (21), analyse av pasientkommentarer om det å være plassert i korridor (19), avdelingsoverlegers og oversykepleieres vurdering på om det å ha korridorpasienter påvirker tjenestekvaliteten i deres avdelinger (20), og omfanget av korridorpasienter i indremedisinske avdelinger 1998-1999 (22). Google Scholar-søk med frasene ["hallway patients" comparison study] og ["hallway patients" comparison study -ED], dvs. siste søkefrase er som første, men ekskluderer artikler som tar for seg pasienter i akuttmottak (Emergency Department (ED), gir hhv. 57 og 17 treff, men ingen omhandler korridorpasienter på en ordinær avdeling. Det er svært få vitenskapelige artikler om korridorpasienter internasjonalt. Årsaken kan være at korridorpasienter er et mer utbredt problem i Norge, i forhold til andre land. De få norske studiene som finnes ble publisert i år 2000 (19,20,22). Direkte sammenligning mellom ikke-korridorpasienter og korridorpasienter er ikke blitt utført tidligere, hverken i Norge eller internasjonalt. Det er derfor aktuelt å studere pasienters erfaringer med hensyn på koblinger mellom feilbehandling, pleie- og behandlingskvalitet og korridor tilværelse i behandlende avdeling.



### **3 METODE**

#### **3.1 Metodevalg**

Vi vurderte to ulike tilnærminger for undersøkelsen: Utlevering og innsamling under sykehusoppholdet, eller utlevering under oppholdet og innsamling per post etter utskrivning.

Undersøkelse per post ble vurdert til å være praktisk vanskelig å gjennomføre. Mange av pasientene var eldre og hjelpetrengende; sannsynligheten for at skjemaene ikke ville bli besvart og returnert ville vært høy. Denne usikkerheten ville man så ha måttet kompensere for ved å sende ut mange flere forespørsler og tilsvarende flere påminnelser på svar, hvilket ville være tids- og ressurskrevende. Det var også rimelig å anta at en relativt større andel av svarene da ville kommet fra yngre og friskere pasienter, og at man dermed ville få et selektert utvalg. Vi valgte derfor å samle inn data mens pasientene oppholdt seg på sykehus. Ulempen med dette kan være at pasientene ble gitt for lite tid til refleksjon over spørsmål og svar. Hvilken metode som hadde gitt best objektivitet finnes ikke noe entydig svar på, men vi mener innsamling under sykehusoppholdet er enkel og mindre ressurskrevende, og representativiteten er bedre ivaretatt. Denne innsamlingsmetoden ble foretrukket.

#### **3.2 Pasientutvalg, seleksjon og eksklusjon**

Spørreundersøkelse skulle foregå på hjertesengeområdene bestående av to adskilte sengeposter på henholdsvis 27 pasientsenger fordelt på 4 tun og 14 pasientsenger fordelt på 2 tun. Begge sengepostene opererte med samme inntakskriterier og hadde samme pasientkategorier. Inkludering skulle skje på dagtid, mandag til fredag. For å oppnå høy statistisk styrke ønsket vi å inkludere 100 korridorpasienter. Alle inneliggende pasienter skulle få forespørsel om deltakelse i undersøkelsen ved å svare på et spørreskjema om pasienterfaringer, og vi mente at det derfor ikke ville være vanskelig å få et tilstrekkelig antall ikke-korridorpasienter også da det burde være flere av disse. Underveis i datainnsamlingen så vi tidlig at forholdstallet mellom ikke-korridorpasienter og korridorpasienter lå på ca. 2:1. Vi bestemte derfor å kjøre studien til 200 ikke-korridorpasienter også var inkludert. Pasienter returnert etter koronar angiografi fra OUS og Feiringklinikken skulle ikke inkluderes på nytt. De aller fleste av våre pasienter ble akutt innlagt, mange var eldre og multisyke, noen ville hverken være i fysisk eller mental stand til å svare på spørreskjemaet. Pasienter med

problemer knyttet til å lese og skrive skulle tilbys hjelp av pleiepersonalet på aktuelt sengetun til opplesing og utfylling av spørreskjemaet. Ikke-samtykkekompetente pasienter skulle ekskluderes fra undersøkelsen; denne vurderingen ble overlatt til pleiepersonalet som kjente til pasientene. Spørsmål kunne rettes til studieansvarlig eller en oppnevnt sykepleierkoordinator.

### **3.3 Praktisk gjennomføring**

Før igangsetting ble pleierne informert på personalmøtet av seksjonslederne og studieansvarlig. Legene i avdelingen ble også informert på flere av avdelingens møter. Et informasjonsbrev til personalet ble utsendt.

Skjemaet ble lagt ut på egen merket hylle på de respektive 6 sengetun. Det ble delt ut av pleiepersonalet sammen med en tilhørende C5-konvolutt på utskrivningsdagen, vanligvis etter legevisitten ved beslutning om utskrivning, og deretter samlet inn igjen av pleiepersonalet før pasienten forlot avdelingen. Innsamlede konvolutter ble levert til sekretærene og lagt i egen hylle. Svarene ble hentet av studieansvarlig på slutten av arbeidsdagen. Datainnsamlingen foregikk på hverdager i uke 17-25 (22. april-21. juni), og 4 dager i uke 32 (6. august-9. august) i 2013. Oppholdet i ukene 26-31 skyldtes ferieavvikling, med mange sommervikarer. Det ble totalt delt ut 329 skjemaer. 304 skjemaer ble samlet inn. 104 svar fra korridorpasienter (mange pasienter ble inkludert siste dag og antall korridorpasienter ble derfor 104), 200 fra ikke-korridorpasienter. 4 svarte at de ikke ville delta. Altså ble 21 utdelte skjemaer ikke samlet inn. Årsaker kan være at pasientene ikke ønsket å svare eller at skjemaet ble glemt av både pasientene og personalet. Det tilsvarer 6,4 % av de som ble forespurt om deltakelse. I innsamlingsperioden ble 304 av 883 utskrevne pasienter inkludert – tilsvarende 34,4 %.

### **3.4 Spørreskjemaet**

Kunnskapssenteret har utarbeidet og evaluert et standardisert spørreskjema om pasienterfaringer – GS-PEQ (Generic Short Patient Experiences Questionnaire) – for voksne pasienter i somatikk med døgnopphold (23) – Se vedlegg A. Skjemaet inneholder 12 ulike dimensjoner i pasienterfaringsbegrepet:

- |  |  |
|--|--|
| 1. Legenes kommunikasjon med pasientene          | 7. Organisering i avdelingen               |
| 2. Tillit til legenes faglige dyktighet          | 8. Utstyr i avdelingen                     |
| 3. Tillit til pleiernes faglige dyktighet        | 9. Pasientens tilfredshet med helsehjelpen |
| 4. Informasjon om pasientens diagnose/plager     | 10. Feilbehandling                         |
| 5. Tilpasning til pasientens situasjon           | 11. Ventetid                               |
| 6. Involvering i avgjørelse som angår behandling | 12. Utbytte                                |

Spørreskjemaet er benyttet i vår undersøkelse. Den 11. dimensjonen, ventetid, tas ikke med da vår avdeling ikke opererer med venteliste for innleggelse. Svar på spørsmålene er kategorisert i en 5-punktskala med følgende punkter: *ikke i det hele tatt, i liten grad, i noen grad, i stor grad og i svært stor grad* – Se vedlegg A.

Skjemaet ble supplert med spørsmål om pasienten har vært korridorpatient, antall dager i korridor, varighet av sykehusoppholdet, flytting mellom seksjoner, avdelinger eller sykehus under oppholdet, kjønn, alder og felt for åpen kommentar. Bearbeidelsen ble gjort for å få bakgrunnsinformasjon om pasientene, både for å se om det er forskjeller mellom korridorpasienter og ikke-korridorpasienter på bakgrunnsvariablene, samt for å studere om pasienterfaringer avhenger av kjønn, alder, flytting og liggetid, i form av en tilleggsanalyse. Spørreskjemaet inneholdt ikke personsensitive opplysninger.

### **3.5 Valg av statistiske analyser**

Databearbeidelsen ble utført i statistikkprogrammet SPSS, versjon 20. Fordelingen av de 5 bakgrunnsvariablene kjønn, alder, liggedøgn, flytting og korridoropphold ble presentert deskriptivt som andeler for korridorpasienter og ikke-korridorpasienter, og forskjeller i fordelingen av de 5 bakgrunnsvariablene mellom korridor og ikke-korridorgruppen ble testet med Fisher's exact-test.

Svaralternativene på de 11 dimensjonene på pasienterfaring *ikke i det hele tatt, i liten grad, i noen grad, i stor grad og i svært stor grad* utgjør en tallrekke med økende grad av positivitet fra 0 til 4 og intervallene mellom skalaene anses like. Dimensjonene betraktes derfor som

ordinale skalaer hvor ytterpunktene er henholdsvis *ikke i det hele tatt* og *i svært stor grad*, og alternativet *ikke aktuelt* utelates. Å anvende tallkoder for skjemaet gjøres også av Kunnskapssenteret (16,17,18). Vi presenterer gjennomsnittsscore for korridorpasienter og ikke-korridorpasienter på hver av de 11 dimensjonene. Dette målet er enklere å fortolke enn andelen som scorer på hver kategori når det er så mange som fem kategorier, og utnytter at svarskalaen er ordinal. Man kan da se om pasientene totalt sett er omtrent like fornøyde. Siden skalaen kun har fem kategorier og er ordinal istedenfor strengt kontinuerlig, brukes Mann-Whitney test for å beregne p-verdi for forskjellen mellom gruppene. Dette er en ikke-parametrisk test på om fordelingen av svar kommer fra samme populasjon eller fra forskjellige populasjoner. I tillegg presenteres andelen som scorer i hver kategori, både for å oppgi andelen *ikke aktuelt*, og for å se om en gruppe scorer i begge ytterpunkter på en dimensjon, mens den andre gruppen scorer i midten på den samme dimensjonen. Dette vil gi liten forskjell i gjennomsnitt for gruppene og ingen forskjell ved Mann-Whitney test, men vil være interessant å oppdage. Det er verdt å merke at Kunnskapssenteret også har oppgitt gjennomsnitt og andeler som svarer i hver kategori i presentasjonen av resultatene for enkeltdimensjoner (16,17,18).

Som en tilleggsanalyse så vi på om variablene kjønn, alder, flytting og lengde på oppholdet påvirker scoren på pasienterfaringsdimensjonene, også ved hjelp av Mann-Whitney test.

Statistisk signifikans defineres som en p-verdi på under 0,05.

Til slutt sammenlignet vi pasientenes totalscore på dimensjonene med Kunnskapssenterets resultater for å se hvordan hjertemedisinsk avdeling ligger i forhold til andre helseforetak i Norge. Da gjøres skalaen om til 0-100 for å gjøre det direkte sammenlignbart med Kunnskapssenterets tall som presenterer resultatene på denne skalaen i tabeller over landsresultater.

### **3.6 Etikk og datasikkerhet**

Spørreskjemaet inneholder ingen personsensitive opplysninger. Studien ble forelagt Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS og Personvernombudet for forskning som konkluderte med at studien ikke er omfattet av meldeplikt etter personopplysningsloven § 31 – se vedlegg B.

## 4 RESULTATER

### 4.1 Pasientkarakteristika

Utvalget består av 200 ikke-korridorpasienter og 104 korridorpasienter, hvorav 69 tilbrakte 1 døgn i korridor, 29 tilbrakte 2 døgn i korridor og 6 hadde 3 liggedøgn på korridor.

Variabel	<b>Ikke-korridor-pasienter</b>	<b>Korridor-pasienter</b>	<b>Total</b>	<b>p-verdi</b>	<b>Missing % (n)</b>
	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	<b>Fisher's exact test</b>	<b>% (n)</b>
<b>Kjønn</b>					
Menn	60,0 % (120)	64,4 % (67)	61,5 % (187)	0,54	0,0 % (0)
Kvinner	40,0 % (80)	36,5 % (37)	38,5 % (117)		
<b>Alder</b>					
<50	13,0 % (26)	16,3 % (17)	14,1 % (43)	0,68	0,0 % (0)
50-59	14,5 % (29)	10,6 % (11)	13,2 % (40)		
60-69	26,5 % (53)	23,1 % (24)	25,3 % (77)		
70-79	26,5 % (53)	26,0 % (27)	26,3 % (80)		
≥80	19,5 % (39)	24,0 % (25)	21,1 % (64)		
<b>Liggedøgn</b>					
1-3	41,4 % (82)	42,7 % (44)	41,9 % (126)	0,31	1,0 % (3)
4-6	35,9 % (71)	28,2 % (29)	33,2 % (100)		
>6	22,7 % (45)	29,1 % (30)	24,9 % (75)		
<b>Flytting</b>					
Ingen flytting	56,6 % (107)	54,1 % (53)	55,7 % (160)	0,03	5,6 % (17)
Fra overvåkning	12,7 % (24)	10,2 % (10)	11,8 % (34)		
Fra annen avdeling	4,8 % (9)	15,3 % (15)	8,4 % (24)		
Fra annet sykehus	25,9 % (49)	20,4 % (20)	24,0 % (69)		

Tabell 4.1 – Kjønn, alder, liggedøgn og flytting relatert til korridor plassering –

(n) = antall svar

Av de 304 inkluderte pasienter viser kjønnsfordelingen en overvekt av menn – 187 (61,5 %) menn versus 117 (38,5%) kvinner. Andelen menn og kvinner i ikke-korridorgruppen og i korridorgruppen er omtrent den samme.

En optelling viser at det i innsamlingsperioden var totalt 883 utskrivninger fra Hjertesengeområdene (548 menn og 335 kvinner). Av disse var andelen menn på 62,1 %, mot 61,5 % i vårt utvalg. En sammenligning av fordelingen i aldersklasser mellom de 883 utskrevne og vårt utvalg viser også samme mønster, respektivt: <50 år: 17,5 % mot 14,1 %; 50-59 år: 13,6 % mot 13,2 %; 60-69 år: 21,7 % mot 25,3 %; 70-79 år: 23,8 % mot 26,3 %; og  $\geq 80$  år, 23,3 % mot 21,1%.

Det ble inkludert 34,4 % (304 av 883) av alle utskrivninger.

Aldersfordelingen for de 304 pasientene viser at det er en stor andel av eldre pasienter. Hver 5. pasient er over 80 år (21,1 %), annenhver er over 70 år (47,4 %), mens den yngste gruppen – under 50 år – kun utgjør 43 pasienter (14,1 %). Det er ingen forskjell i ikke-korridor- og korridorgruppene relatert til alder.

Hver fjerde pasient (24,9 %) hadde opphold lenger enn 6 døgn. Hver tredje pasient (33,2 %) hadde opphold på 4-6 døgn, mens 126 pasienter (41,9 %) var innlagt 0-3 døgn. Andelen med opphold på 0-3 døgn er den samme for begge gruppene. Korridorgruppen har færre pasienter med opphold på mellom 4-6 døgn, og flere med opphold  $>6$  døgn enn ikke-korridorgruppen. Samlet skiller gruppene seg ikke fra hverandre.

Utvalget består av 160 pasienter (55,7 %) med primær innleggelse fra Akuttmottaket, 34 pasienter (11,8 %) fra Hjersteovervåkningen, 24 pasienter (8,4 %) fra annen avdeling, 69 pasienter (24,0 %) fra annet sykehus. 17 pasienter (5 %) ble definert som *missing*: 7 pasienter ble flyttet mer enn 1 gang; 2 ble flyttet, men mangler spesifisering; og 8 hadde ikke besvart spørsmålet.

Det er en overhyppighet av overflyttede pasienter fra andre avdelinger på korridor – 15 av 24 pasienter, jf. tabell 4.1. Imidlertid er det ingen forskjell i korridorplassering mellom pasienter som har vært flyttet totalt, dvs. uavhengig av hvor de ble flyttet fra, og pasienter som ikke har vært flyttet under oppholdet, med  $p = 0,71$  (ikke vist i tabell).

#### **4.2 Pasientefaringsdata – Forskjeller mellom ikke-korridor og korridorgrupper**

Her presenteres fordelingen av svarene for det samlede datamaterialet og korridor/ikke-korridorpasienter i figur 4.2.1-4.2.11. Svarkategori 5, *ikke aktuelt*, er tatt med for fullstendig fremstilling av svarkategoriene i figurene. *Ikke aktuelt*-andelen er liten og anses for ikke å ha

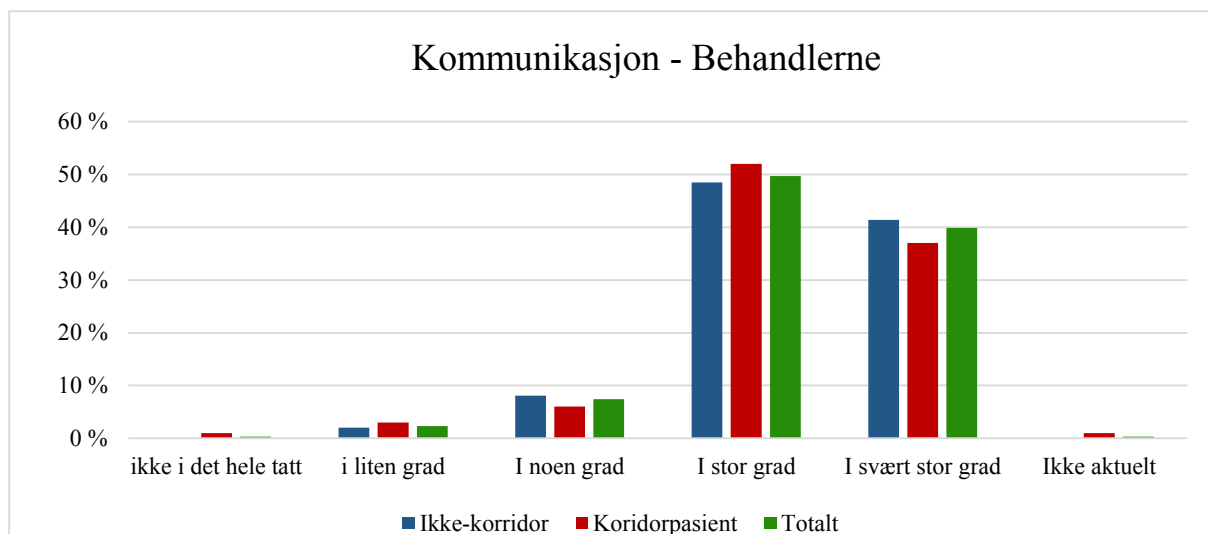
betydning for innbyrdes fordeling av svarkategoriene i figurene for de gjeldende dimensjonene.

Samlet score og sammenligning av gjennomsnittsscore i gruppene presenteres i tabell 4.2. Her behandles svarkategori 5, *ikke aktuelt*, som *missing* i beregning av gjennomsnittsscorene for pasientgruppene og hele pasientmaterialet på hver dimensjon, og for beregning av p-verdier ved hjelp av Mann-Whitney-test. Antall ikke besvart vises også i tabellen.

Kontinuerlig variabel	Alle pasienter	Ikke-korridor-pasienter	Korridor-pasienter	Mann-Whitney p-verdi	Missing* % (n)
	Gjennomsnitt (SD) N = 304	Gjennomsnitt (SD) N = 200	Gjennomsnitt (SD) N = 104	Ikke-korridor versus korridor	
<b>Kommunikasjon</b>	3,27 (0,73)	3,29 (0,70)	3,22 (0,78)	0,55	2,3 % (7)
<b>Tillit – behandlerne</b>	3,41 (0,71)	3,47 (0,66)	3,30 (0,78)	0,06	1,3 % (4)
<b>Tillit – pleiepersonalet</b>	3,34 (0,67)	3,38 (0,66)	3,27 (0,68)	0,13	1,6 % (5)
<b>Informasjon</b>	3,05 (0,88)	3,11 (0,87)	2,95 (0,89)	0,12	2,0 % (6)
<b>Tilpasning</b>	3,14 (0,83)	3,20 (0,76)	3,01 (0,95)	0,14	2,3 % (7)
<b>Involvering</b>	2,18 (1,14)	2,17 (1,18)	2,21 (1,07)	0,95	10,2 % (31)
<b>Organisering</b>	3,03 (0,89)	3,15 (0,83)	2,81 (0,97)	<b>&lt;0,01</b>	2,3 % (7)
<b>Utstyr</b>	3,23 (0,75)	3,30 (0,71)	3,11 (0,79)	<b>0,03</b>	2,0 % (6)
<b>Tilfredshet</b>	3,39 (0,76)	3,47 (0,71)	3,23 (0,82)	<b>0,01</b>	2,0% (6)
<b>Feilbehandling</b>	0,41 (0,87)	0,37 (0,84)	0,48 (0,93)	0,19	6,2 % (19)
<b>Utbytte</b>	3,12 (0,83)	3,21 (0,80)	2,95 (0,88)	<b>0,01</b>	6,2 % (19)

Tabell 4.2 – Gjennomsnittsscore, standardavvik og p-verdi for forskjell mellom korridor- og ikke-korridorpasienter. \*Missing: Antall ikke besvart. Ikke-aktuelt-svar er ekskludert. N = antall pasienter. n = antall missing.

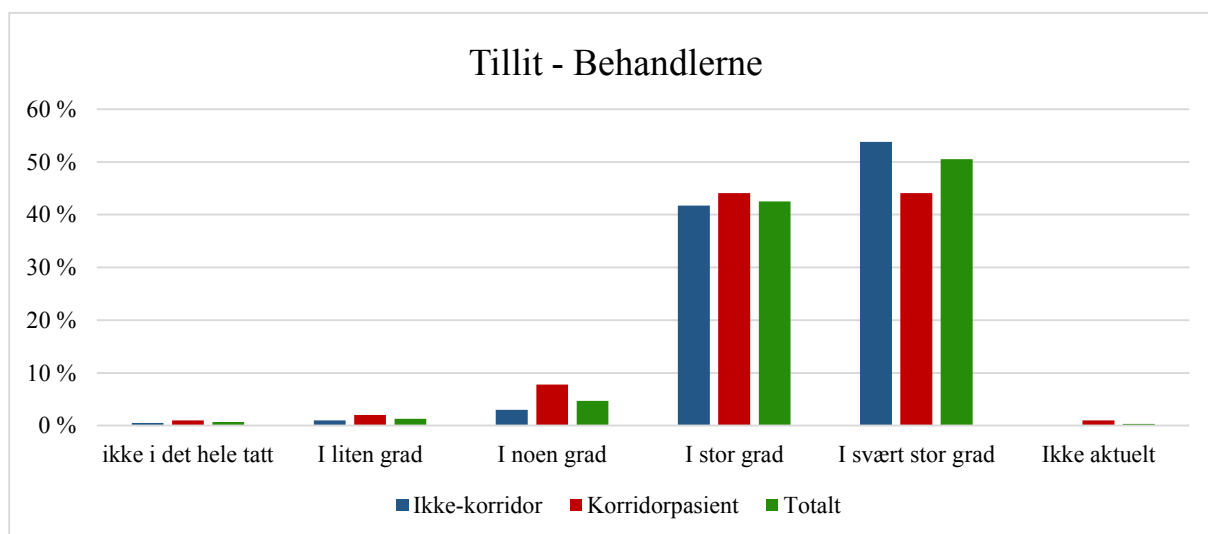
#### 4.2.1 Legenes kommunikasjon/formidling



Figur 4.2.1 – «Snakket behandlerne til deg slik at du forsto dem?»

Figur 4.2.1 viser synet på måten behandlerne snakket til pasientene på. 2,7 % av pasientene forstod *ikke i det hele tatt* eller *i liten grad*, 7,4 % forstod *i noen grad*, mens 89,9 % av pasientene syntes at behandlerne snakket til dem slik at de forstod behandlerne *i stor grad* eller *i svært stor grad*. På skala 0-4, oppnådde indikatoren et gjennomsnitt på 3,29 for ikke-korridorgruppen og 3,22 for korridorgruppen. Det var ingen signifikant forskjell mellom gruppene i scorene på spørsmålet (tabell 4.2).

#### 4.2.2 Tillit til behandlernes faglige dyktighet

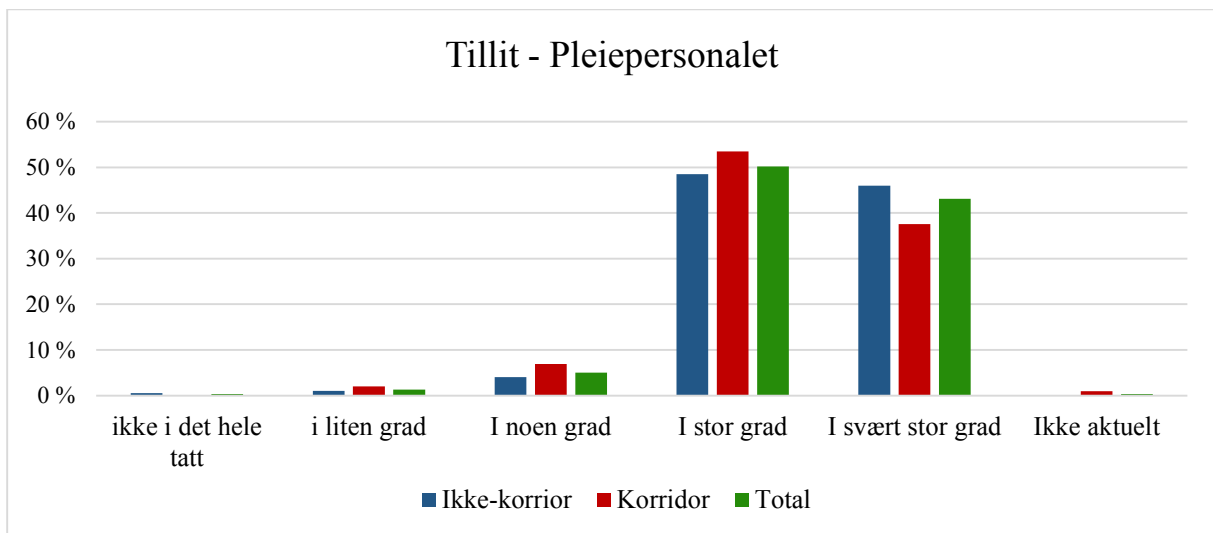




Figur 4.2.2 – «Har du tillit til behandlernes faglige dyktighet?»

Figur 3.2.2 viser at 2,0 % hadde *i liten grad* eller *ikke i de hele tatt* og 4,7 % hadde *i noen grad* tillit til behandlernes faglige dyktighet. Hele 93,0 % hadde høy tillit til legene. Mellom gruppene med svært høyt tillit ble det en differanse på 9,7 prosentpoeng; 53,8 % for ikke-korridorgruppen og 44,1 % for korridorgruppen. Ikke-korridorgruppen hadde en gjennomsnittsscore på 3,47 mot 3,30 i korridorgruppen. Resultatet mellom gruppene ble nær statistisk signifikant (tabell 3.2).

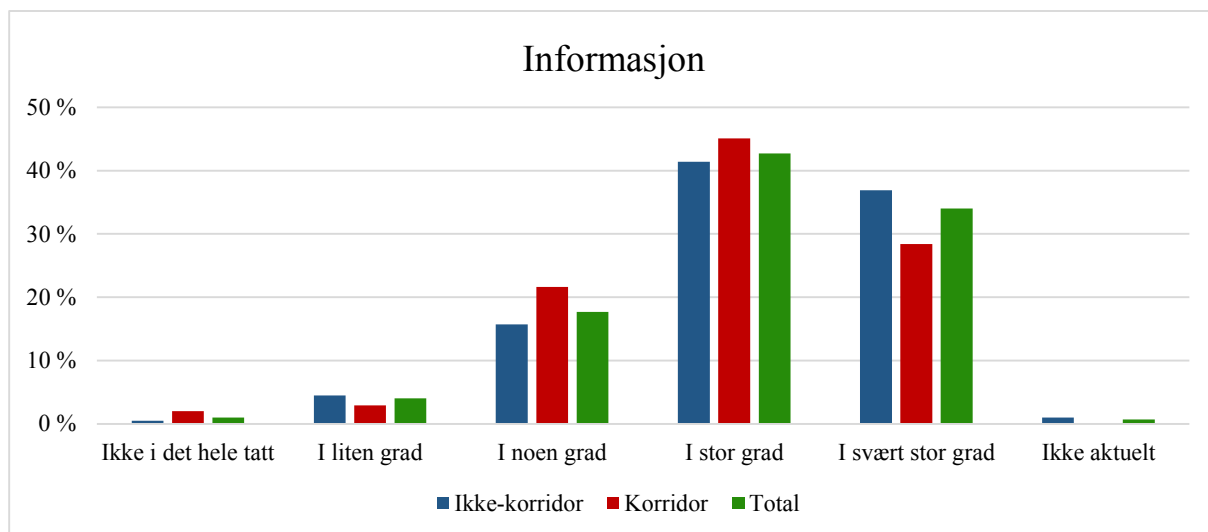
#### 4.2.3 Tillit til pleiepersonalets faglige dyktighet



Figur 4.2.3 – «Har du tillit til det øvrige pleiepersonalets faglige dyktighet?»

Figur 4.2.3 viser at 1,6 % *i liten grad* eller *ikke i det hele tatt* hadde tillit til pleiepersonalets faglige dyktighet, 5,0 % hadde *i noen grad*, mens 93,3 % av pasientene *i stor grad* eller *svært stor grad* hadde det. Ikke-korridorgruppen hadde gjennomsnittsscore på 3,38 mot 3,27 for korridorgruppen. Det er ingen signifikant forskjell i pasientenes vurdering mellom gruppene (tabell 4.2).

#### 4.2.4 Informasjon

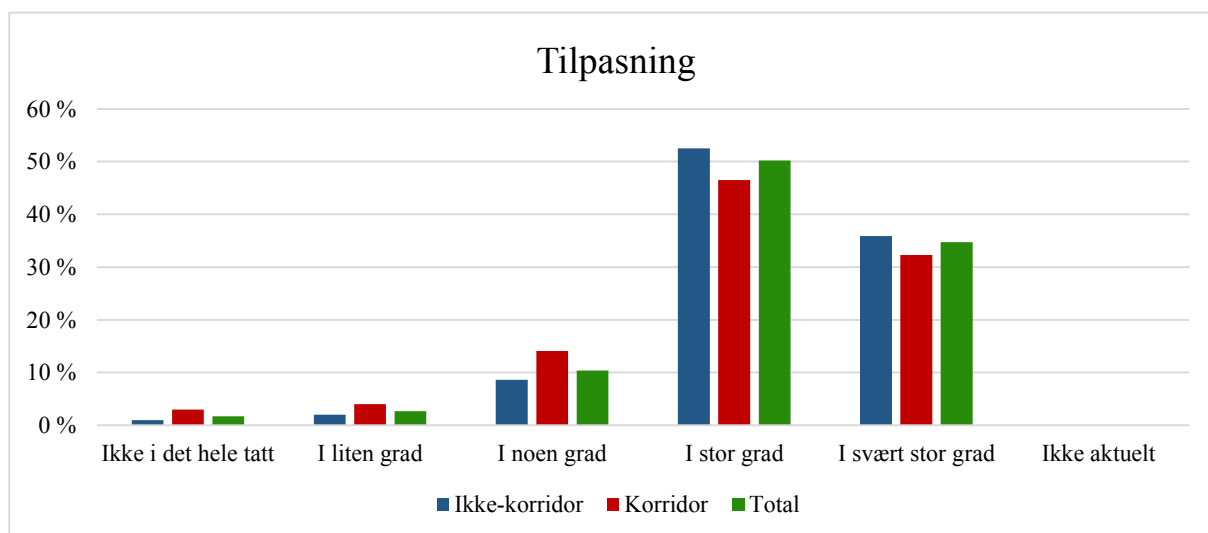


Tabell 4.2.4 – «Fikk du tilstrekkelig informasjon om din diagnose/dine plager?»

Figur 4.2.4 viser at andelen som svarte *ikke i det hele tatt* eller *i liten grad* var på 5,0 % for begge gruppene. 18,7 % fikk heller ikke tilstrekkelig informasjon om sin diagnose/sine plager, mens 76,7 % var fornøyd med informasjonsmengden som ble gitt.

Dimensjonen *informasjon* oppnådde et gjennomsnitt på 3,29 for ikke-korridorgruppen og 3,22 på korridorgruppen. Det var ingen forskjell i resultatet mellom gruppene (tabell 4.2).

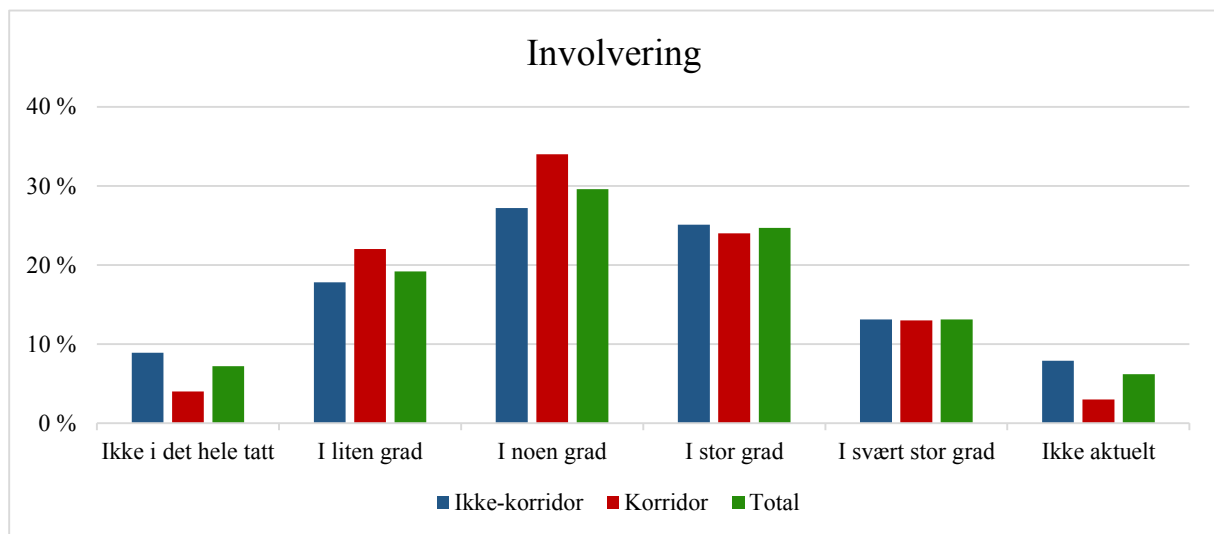
#### 4.2.5 Tilpasning



Figur 4.2.5 – «Opplvde du at behandlingen var tilpasset din situasjon?»

Figur 4.2.5 viser at 4,4 % mente behandlingen var for lite tilpasset pasientens situasjon. 10,4 % mente tilpasning ble gjort i noen grad, mens 84,9 % syntes å være fornøyd med avdelingens innsats på dette området. Ikke-korridorgruppen hadde en gjennomsnittsscore på 3,20, mot 3,01 for korridorgruppen. Resultatet viste en tendens i favør av ikke-korridorgruppen, men var ikke signifikant mellom gruppene, med  $p = 0,14$ .

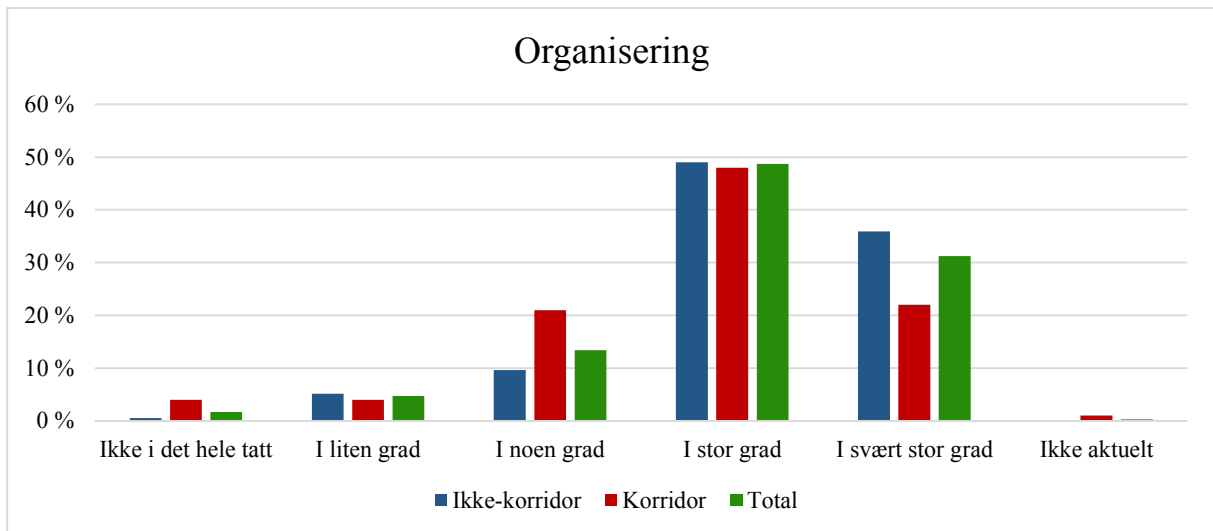
#### 4.2.6 Involvering



Figur 4.2.6 – «Var du involvert i avgjørelser som angikk din behandling?»

Figur 4.2.6 viser synet på involvering i avgjørelser som angikk pasientbehandling. Det var stor spredning i resultatet. Hele 56,0 % gav tilbakemelding på utilstrekkelig involvering, derav 7,2 % som svarte *ikke i det hele tatt*, 19,2 % *i liten grad* og 29,6 % *i noen grad*. *Ikke aktuelt*-gruppen var på 6,2 %. Den relativt store andelen skyldes sannsynligvis at 7 av de 15 pasientene innledningsvis fikk behandling ved et annet sykehus, og involvering ble vurdert til å være *ikke aktuelt*. Korrigeret for *ikke aktuelt*-delen er andelen som rapporterte utilstrekkelig involvering i behandling på 59,7 %. Begge gruppene svarte omtrent likt på spørsmålet. Ikke-korridorgruppen hadde en gjennomsnittsscore på 2,17, og korridorgruppen på 2,21.

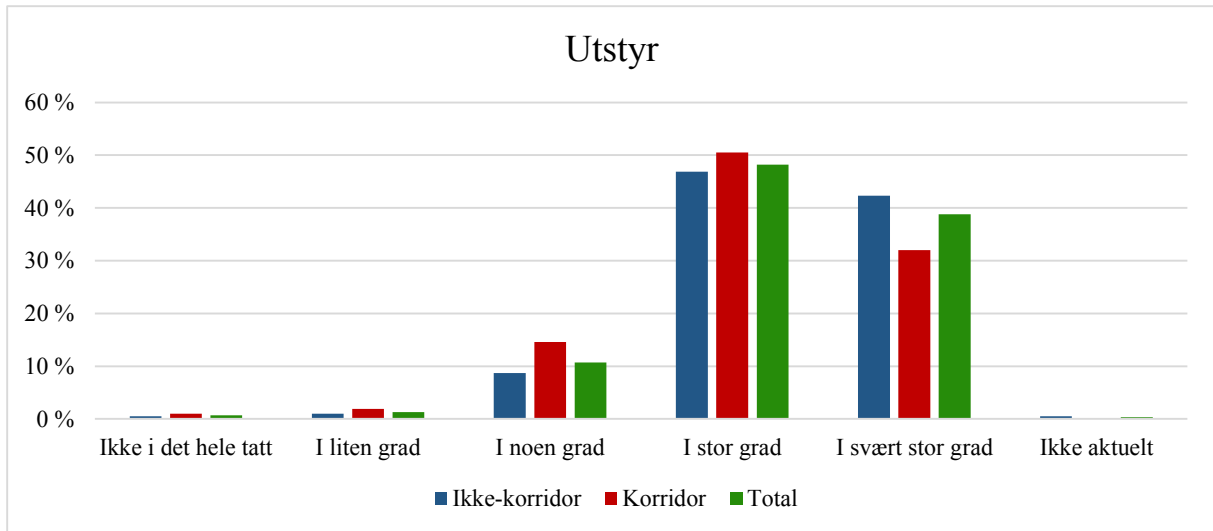
## 4.2.7 Organisering



Figur 4.2.7 – «Opplevde du at institusjonens arbeid var godt organisert?»

Figur 4.2.7 viser pasientenes oppfatning av avdelingens organisering. 6,4 % mente at organiseringen var mangelfull. 13,4 % mente organisering *i noen grad* var godt organisert, mens 79,9 % syntes å være fornøyde. Korridor og ikke-korridorgruppen scoret likt på *i liten grad*- og *i stor grad*-kategoriene. Markert færre i korridorgruppen (22,0 %) svarte *i svært stor grad* sammenlignet med ikke-korridorgruppen (35,9 %), og forholdet var omvendt i kategorien *i noen grad* med hhv. 21,0 % og 9,6 %. Samlet andel som ikke var fornøyde med organisering – *ikke i det hele tatt*, *i liten grad* og *i noen grad* – var 29 % i korridorgruppen mot 15,2 % i ikke-korridorgruppen. Ikke-korridorgruppen hadde en gjennomsnittsscore på 3,15 mot 2,81 for korridorgruppen. Fordelingen av svarene mellom korridorgruppen og ikke-korridorgruppen var forskjellige nok til at det gav statistisk signifikans for Mann-Whitney testen med  $p < 0,01$  (tabell 3.2).

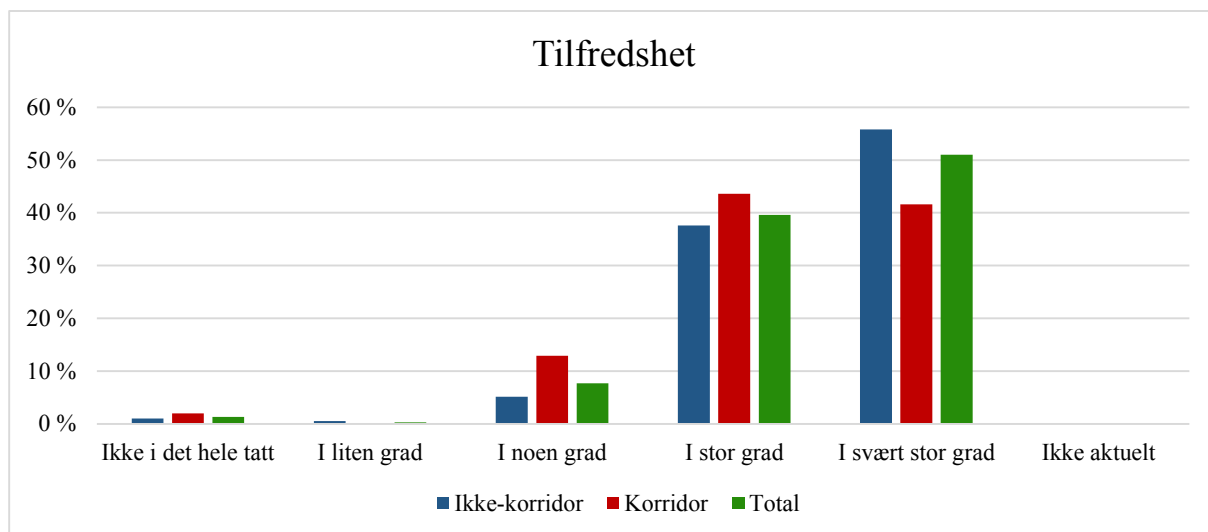
## 4.2.8 Utstyr



Figur 4.2.8 – «Fikk du inntrykk av at institusjonens utstyr var i god stand?»

Figur 4.2.8 viser pasientenes inntrykk av avdelingens utstyr. 2,0 % mente at utstyret *ikke i det hele tatt* eller *i liten grad* var i god stand, mens 87,0 % mente det motsatte. 10,7 % oppfattet at utstyret *i noen grad* var i god stand. Samlet andel som mente at utstyr ikke var i god nok stand – *ikke i det hele tatt, i liten grad og i noen grad* – var på 17,5 % for korridorgruppen og 10,2 % for ikke-korridorgruppen. Ikke-korridorgruppen hadde en gjennomsnittsscore på 3,30, mot 3,11 for korridorgruppen. Forskjellen i svarene var likevel signifikant mellom gruppene med  $p=0,03$ . Korridorpatientene var følgelig mindre fornøyd med avdelingens utstyr enn ikke-korridorpatientene (tabell 4.2).

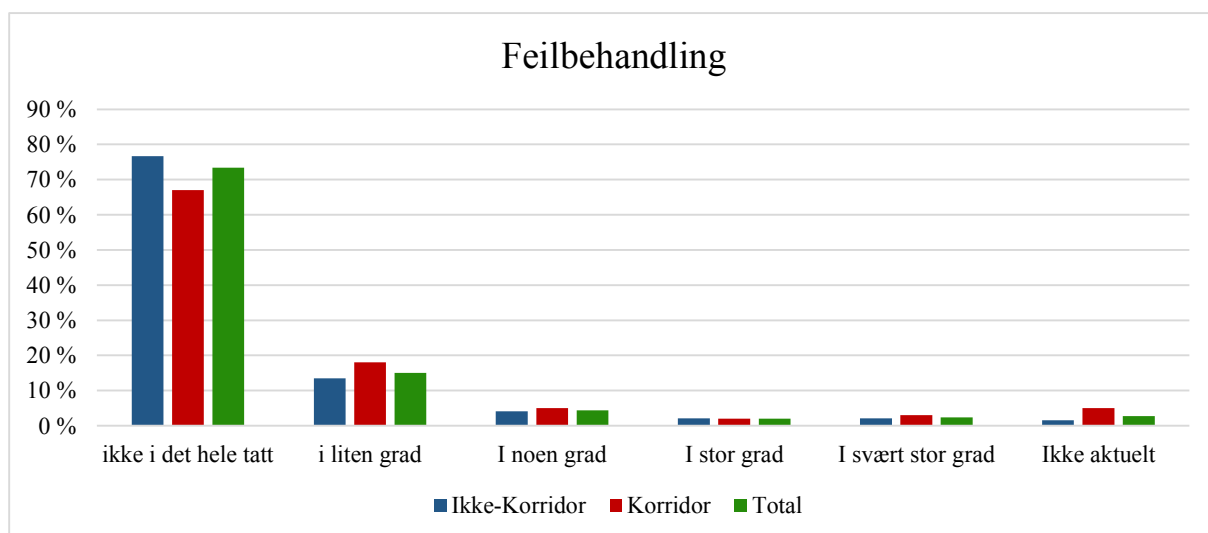
## 4.2.9 Tilfredshet



Figur 4.2.9 – «Var hjelpen du fikk på institusjonen, alt i alt, tilfredsstillende?»

Figur 4.2.9 viser pasientenes tilfredshet med oppholdet. 1,6 % var *ikke i det hele tatt* eller *i liten grad* tilfredse, 7,7 % var *i noen grad* tilfredse, mens 39,6 % var *i stor grad* tilfredse og 51,0 % var *i svært stor grad* tilfredse. I den siste kategorien finner vi også den største forskjellen: 55,8 % for ikke-korridorgruppen mot 41,6 % for korridorgruppen. Samlet andel ikke tilfredse med oppholdet var på hhv. 6,6 og 14,9 %. Ikke-korridorgruppen oppnådde gjennomsnittsscore på 3,45 mot 3,23 for korridorgruppen ( $p = 0,01$ ). Korridorpasienter rapporterer altså litt mindre tilfredshet hos enn gruppen med romplass (tabell 4.2).

## 4.2.10 Feilbehandling



*Figur 4.2.10 – «Mener du at du på noen måte ble feilbehandlet (etter det du selv kan bedømme)»?*

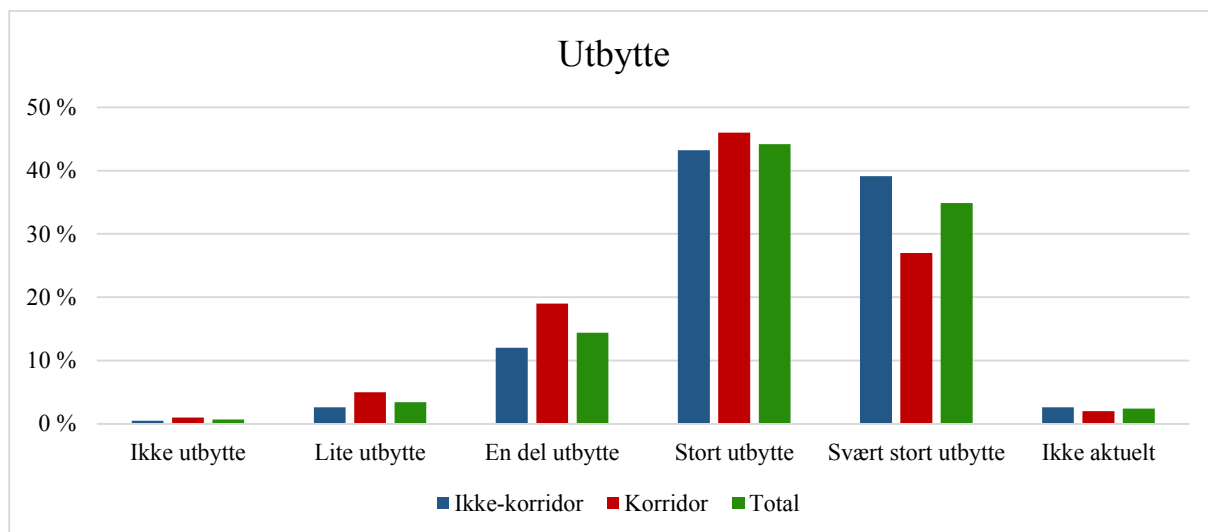
Figur 4.2.10 viser oppfatning av feilbehandling. 2,4 % svarte at de *i svært stor grad* ble feilbehandlet, 2,0 % *i stor grad*, 4,4 % *i noen grad*, 1,05 % *i liten grad*, mens 73,4 % mente feilbehandling *ikke i det hele tatt* hadde forekommet. I sistnevnte kategori finner vi også den største differansen, på 9,7 prosentpoeng mellom ikke-korridorgruppen (76,7 %) og korridorgruppen (67,0 %). Ikke-korridorgruppen oppnådde en gjennomsnittsscore på 0,37, mot 0,48 for korridorgruppen ( $p = 0,19$ ; tabell 4.2).

Det bemerkes at spørreskjemaet er utformet med 10 spørsmål med identisk oppsett og 5 svarkategorier på en skala fra *ikke i det hele tatt* til *i svært stor grad* (se vedlegg A). Avkrysning på økende grad for 9 første spørsmål gir mer positivt resultat. Feilbehandling er siste av 10 spørsmål, der valørskala snus om. Avkrysning på *i svært høy grad* betyr her at feilbehandling *i svært høy grad* har forekommet.

Trolig har 6 respondenter misforstått hvordan man skulle svare på dette spørsmålet. De har krysset av for *i stor grad* eller *i svært stor grad* på alle 10 spørsmålene – og dermed også svart at de har blitt utsatt for feilbehandling *i stor grad* eller *i svært stor grad*; disse pasientene har da trolig ment at de har hatt et overveiende positivt inntrykk av deres behandlingsopphold. Utfra helheten antas dermed at respondentene har ment det motsatte av det de faktisk har krysset av for. Vi har valgt å fremstille resultatet slik skjemaene faktisk er avkrysset. Svarkategoriene *i stor grad* og *i svært stor grad* er derfor sannsynligvis overestimert.

Ekskluderes de trolig misforståtte svarene, får vi lavere gjennomsnittsscore 0,29 for ikke-korridorgruppen og 0,41 for korridorgruppen, dog skiller resultatet mellom gruppene seg ikke fra hverandre og resultatet fra Mann-Whitney-testen blir nær identisk (ikke vist).

## 4.2.11 Utbytte



Figur 4.2.11 – Hvilket utbytte har du hatt, alt i alt, av behandlingen på institusjonen?

Figur 4.2.11 viser oppfatning av utbytte. 4,1 % fikk enten ikke eller lite utbytte av oppholdet. 14,4 % hadde en del utbytte. 79,1 % mente utbyttet var stort eller svært stort.

Svaralternativet *svært stort utbytte* viste stor forskjell, 27,0 for korridorgruppen mot 39,1 % for ikke-korridorgruppen. Samlet andel som mente at utbytte ikke var stort nok – *ikke i det hele tatt, i liten grad og i noen grad* – var på hhv. 25 % og 15,1 %. Gjennomsnittsscoren var på hhv. 3,21 og 2,95. Svarfordelingene var signifikant forskjellige med  $p = 0,01$ .

Korridorpasienter fikk etter deres oppfatning mindre utbytte enn ikke-korridorpasienter (tabell 4.2).



### 4.3 Pasienterfaringsdata – Forskjeller mellom ikke-korridor og hhv. 1 døgn og 2-3 døgn i korridor

	<b>Ikke-korridorpas.</b>	<b>Korridorpasienter i 1 døgn</b>	<b>Korridorpasienter i 2 eller 3 døgn</b>	<b>Mann-Whitney p-verdi</b>	<b>Mann-Whitney p-verdi</b>
	<b>Gjennomsnitt (SD) / N = 200</b>	<b>Gjennomsnitt (SD) / N = 69</b>	<b>Gjennomsnitt (SD) / N = 35</b>	<b>0 versus 1 døgn</b>	<b>0 versus 2-3 døgn</b>
<b>Kommunikasjon</b>	3,29 (0,70)	3,35 (0,64)	2,97 (0,95)	0,53	0,07
<b>Tillit – behandlerne</b>	3,47 (0,66)	3,40 (0,63)	3,09 (1,00)	0,48	<b>0,03</b>
<b>Tillit – pleiepersonalet</b>	3,38 (0,66)	3,34 (0,66)	3,12 (0,84)	0,41	0,09
<b>Informasjon</b>	3,11 (0,87)	3,03 (0,86)	2,79 (0,95)	0,39	<b>0,04</b>
<b>Tilpasning</b>	3,20 (0,76)	3,05 (0,88)	2,94 (1,09)	0,24	0,28
<b>Involvering</b>	2,17 (1,18)	2,23 (1,03)	2,16 (1,17)	0,5	0,81
<b>Organisering</b>	3,15 (0,83)	2,89 (0,96)	2,64 (0,96)	0,08	<b>&lt;0,01</b>
<b>Utstyr</b>	3,30 (0,71)	3,13 (0,74)	3,06 (0,91)	0,06	0,13
<b>Tilfredshet</b>	3,47 (0,71)	3,31 (0,74)	3,06 (0,95)	0,08	<b>0,01</b>
<b>Feilbehandling</b>	0,37 (0,84)	0,37 (0,76)	0,72 (1,17)	0,39	<b>0,02</b>
<b>Utbytte</b>	3,21 (0,80)	3,02 (0,83)	2,83 (0,95)	0,11	<b>0,02</b>

Tabell 4.3 – Sammenheng mellom ikke-korridor og hhv. 1 døgn og 2-3 døgn i korridor for kvalitetsdimensjonene – Gjennomsnitt, standardavvik og sannsynlighet.

N = antall pasienter; (n) = antall missing.

Sammenligning mellom 200 ikke-korridorpasienter og 69 pasienter med 1 døgn i korridor viste lavere score på organisering, utstyr, tilfredshet og utbytte i 1 døgn-korridorgruppen, men ingen signifikante funn på de 11 kvalitetsdimensjonene. Derimot gav sammenligning mellom 200 ikke-korridorpasienter og 35 pasienter med 2-3 døgn i korridor – hvorav 29 pasienter med to døgn og 6 med 3 døgn – flere signifikante forskjeller.

Dimensjonene organisering, tilfredshet og utbytte oppnådde høyere score hos ikke-korridorgruppen, tilsvarende funn som ved sammenligning mellom ikke-korridorgruppen og hele korridorgruppen, derimot endret dimensjonen utstyr seg til å være ikke-signifikant ved lengre korridoropphold ( $p = 0,03$  endret til  $p = 1,26$ ). Videre fant vi at gruppen med 2-3 døgn i korridor uttrykte mindre tillit til behandlernes faglige dyktighet ( $p = 0,03$ ), oftere opplevde å ikke motta tilstrekkelig informasjon ( $p = 0,04$ ) og i større grad rapporterte feilbehandling ( $p = 0,02$ ), enn ikke-korridorgruppen.

Denne tilleggsanalysen må tolkes med forsiktighet på grunn av et lite, underliggende datasett i gruppen med 2-3 døgn i korridor, men den påviste trenden mot mer negativ score i gjennomsnitt for de fleste parameterne styrker antakelsen om at pasienter opplever flere problemer jo lenger de er på korridor.

#### **4.4 Forskjeller i pasienttilfredshet i det samlede materialet for kjønn, alder, flytting og liggetid**

Kvinner og menn rapporterte pasienterfaringer under oppholdet likt på de alle 11 dimensjonene, jf. tabell 4.4.

For alder er det mest hensiktsmessig å studere nærmere på populasjonen over og under 70 år. En får da relativt like store grupper på hhv. 160 og 144 pasienter. Pasienter over 70 år gav høyere gjennomsnittscore på dimensjonene kommunikasjon (3,34 mot 3,19 for de under 70 år), tilpasning (3,21 mot 3,06) og utbytte (3,19 mot 3,04), mens det var samsvarende pasienterfaringer på de 8 andre dimensjonene, jf. tabell 3.4. Gjennomsnittscorene er ikke tatt med i tabellen.

Når det gjelder flytting viser analysen at pasienter som ikke trengte å flytte, var mer fornøyd med organisering enn pasienter som ble flyttet (gjennomsnittscore 3,15 mot 2,95 – ikke vist i

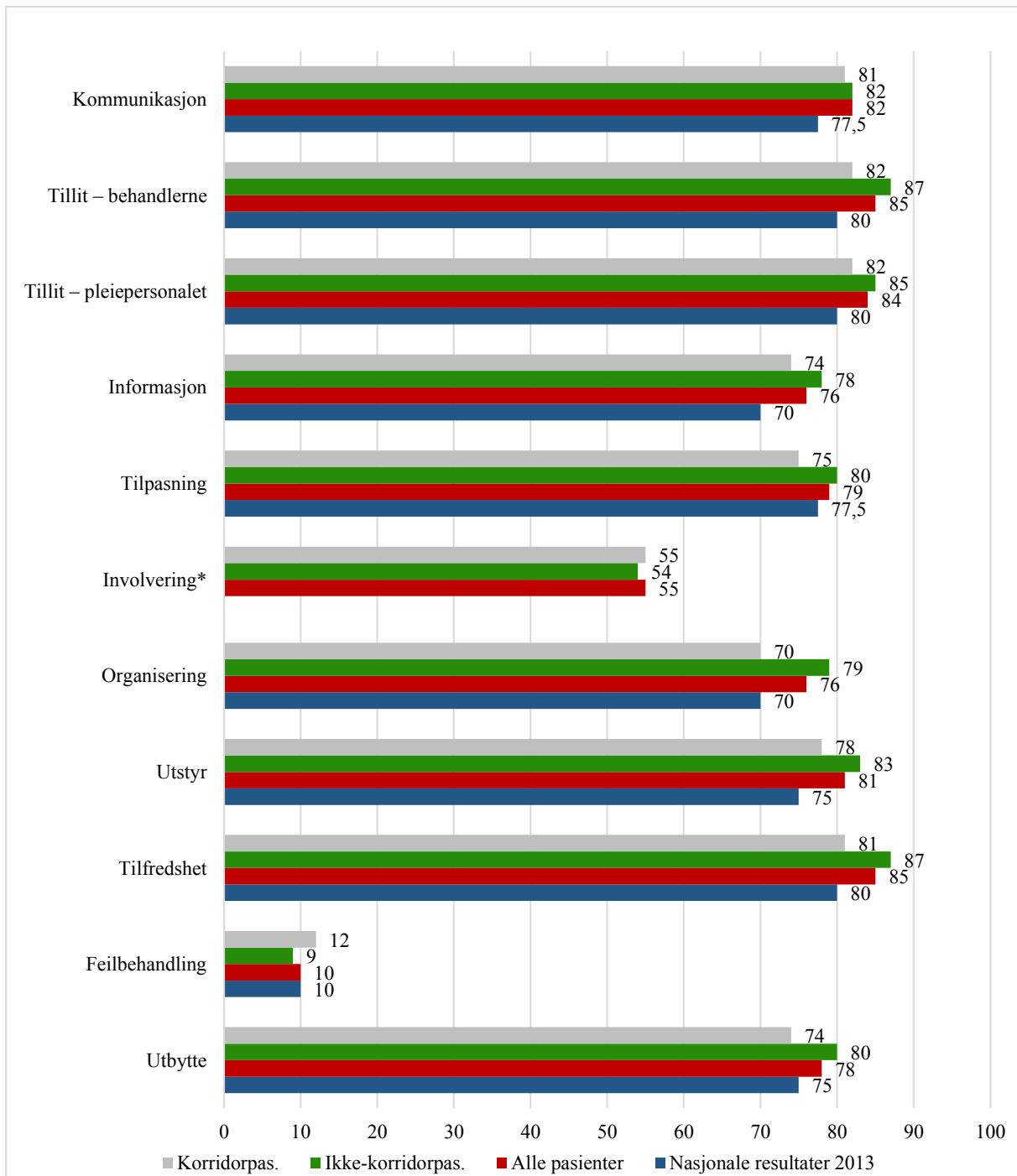
tabell), mens øvrige dimensjoner på pasienterfaringer ikke viser forskjell på gruppene, jf. tabell 4.4.

Pasientopplevelsen av sykehusoppholdet med hensyn til de 11 dimensjonene hos gruppen med færrest liggedøgn (0-3 døgn) på 126 pasienter og gruppen med 4 eller flere liggedøgn på 171 pasienter skiller seg heller ikke fra hverandre, jf. tabell 4.4.

	<b>Kvinner (N = 117) versus menn (N = 187)</b>	<b>Alder &lt;70 år (N = 160) versus alder &gt;70 år (N = 147)</b>	<b>Flytting (N = 127) versus ikke flytting (N = 160)</b>	<b>Liggedøgn ≤3 (N = 126) versus ≥4 (N = 171)</b>
	<b>Mann-Whitney p-verdi</b>	<b>Mann-Whitney p-verdi</b>	<b>Mann-Whitney p-verdi</b>	<b>Mann-Whitney p-verdi</b>
<b>Kommunikasjon</b>	0,06	<b>0,04</b>	0,32	0,21
<b>Behandlerne – tillit</b>	0,91	0,14	0,7	0,88
<b>Pleiepersonalet – tillit</b>	0,09	0,45	0,89	0,4
<b>Informasjon</b>	0,09	0,05	0,83	0,78
<b>Tilpasning</b>	0,99	<b>&lt;0,01</b>	0,58	0,76
<b>Involvering</b>	0,52	0,72	0,17	0,41
<b>Organisering</b>	0,79	0,48	<b>0,01</b>	0,58
<b>Utstyr</b>	0,65	0,11	0,08	0,34
<b>Tilfredshet</b>	0,27	0,07	0,11	0,48
<b>Feilbehandling</b>	0,07	0,34	0,61	0,35
<b>Utbytte</b>	0,88	<b>0,04</b>	0,22	0,24

Tabell 4.4 Kjønn, alder, flytting, liggedøgn og Mann-Whitney-sannsynlighet for dimensjoner på pasienterfaringer. Signifikante p-verdier er uthevet. N = antall pasienter.

#### 4.5 Pasienterfaringer sammenlignet med nasjonale resultater fra 2013

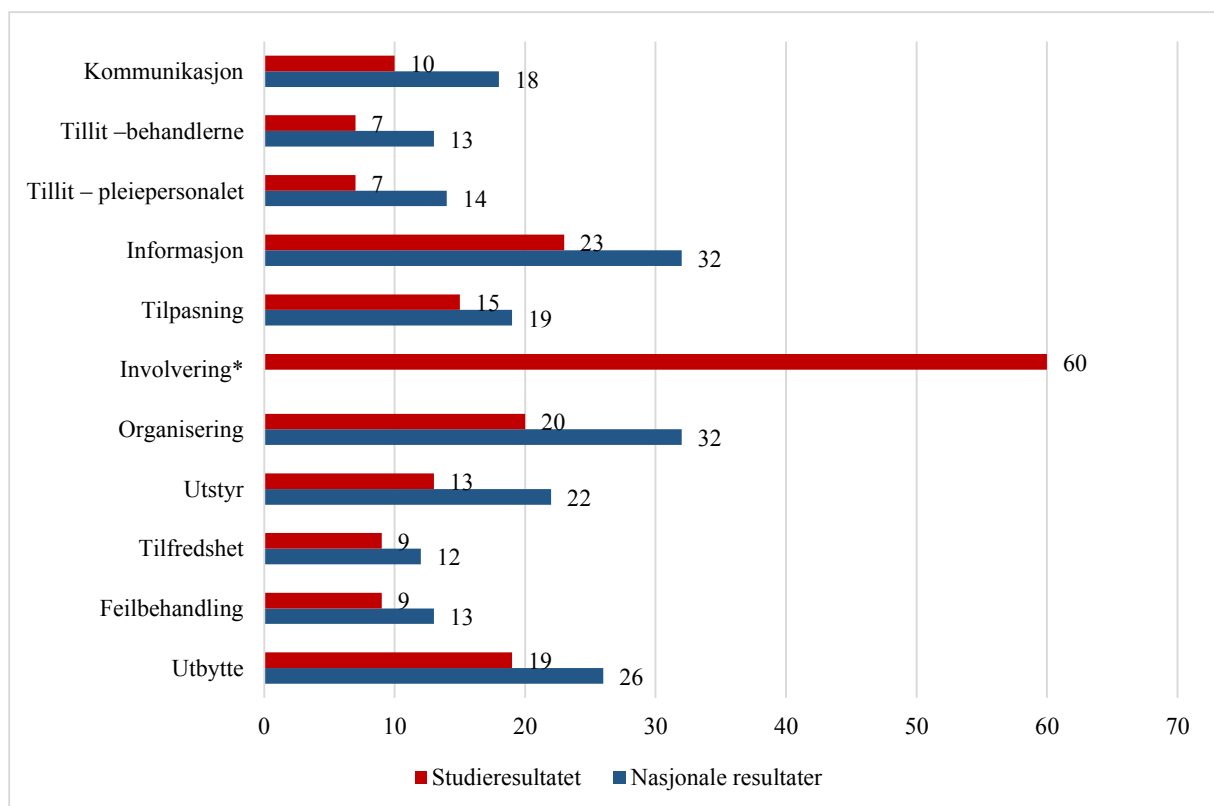


Figur 4.5.1 – Pasienttilfredshetsdimensjoner og gjennomsnittsverdier. \*Dimensjonen involvering ble ikke inkludert i den nasjonale undersøkelsen i 2013.

Gjennomsnittsverdiene til pasienttilfredshetsdimensjonene presenteres her omgjort til en skala fra 0 til 100, hvor 0 er dårligst. Motsatt forhold gjelder for feilbehandling – som påpekt under seksjon 4.2.10 er resultatet for feilbehandling overestimert; gjennomsnittsscore uten de 6

trolig mistolkede svar skulle være på 8,3 istedenfor 10,2. Nasjonalt resultat fra 2013 for de samme 10 spørsmålene om pasienterfaringer med norske sykehus er fremstilt til sammenligning. Spørsmålet om involvering var med i den nasjonale undersøkelsen i 2012 og hadde samme gjennomsnitt som i studien (17), (ikke vist i diagrammet) men ble ikke inkludert i den nasjonal undersøkelsen i 2013 (18). Dimensjonen feilbehandling kom likt ut. De resterende 9 dimensjonene oppnådde høyere score i vårt materiale enn i det nasjonale resultatet.

En annen måte å vurdere og sammenligne pasienterfaringerdata på er å slå sammen andelene som scorer på de laveste kategoriene: *ikke i det hele tatt*, *i liten grad*, og *i noen grad* – (dette er de tre høyeste kategorier når det gjelder feilbehandling). Denne metoden fanger opp andelen respondenter som ikke er helt fornøyd med kvaliteten på den enkelte dimensjonen det måles på, noe som indikerer behov for forbedring, jf. figur 4.5.2. Med unntak av involvering som ikke er med i nasjonal undersøkelse i 2013 viser vår studie lavest andel med ikke helt fornøyde pasienter på samtlige dimensjoner. For dimensjonene tillit – behandlerne og tillit – pleiepersonalet er andelen i den nasjonale undersøkelsen dobbelt så stor.



*Figur 4.5.2 – De samlede andelene på: ikke i det hele tatt, i liten grad, og i noen grad – (tre høyeste kategorier for feilbehandling). \*Dimensjonen involvering ble ikke inkludert i den nasjonale undersøkelsen i 2013.*

## **5 DISKUSJON**

4 av de 11 dimensjonene organisering, utstyr, tilfredshet og utbytte gav signifikante forskjeller mellom korridor- og ikke-korridorpasienter, mens de resterende 7, kommunikasjon med behandlerne, tillit til behandlernes faglige dyktighet, tillit til pleiepersonalets faglige tillit, informasjon, tilpasning, involvering og feilbehandling viste ikke-signifikante forskjeller.

Sett i lys av det relativt store antallet korridorpasienter, mange av dem pleietrengende og akutt innlagt, viser undersøkelsen overraskende få statistisk signifikante funn. Lave p-verdier på organisering ( $<0,01$ ), utstyr (0,03), tilfredshet (0,01) og utbytte (0,01) er trolig et resultat av høy teststyrke og stort datamateriale. På skalaen 0-4 var effektforskjell i gjennomsnitt på dimensjonen organisering 0,34 (3,15 versus 2,81), utstyr 0,19 (3,3 og 3,11), tilfredshet 0,24 (3,47 versus 3,23) og utbytte 0,26 (3,21 versus 2,95). Effektforskjell angitt i prosent tilsvarer for de respektive dimensjonene 8,5 %, 4,8 %, 5,8 % og 6,5 %.

Fordelingen av svar på de enkelte dimensjonene gav heller ingen indikasjoner på at pasientene scoret nær midten i den ene gruppen, mens den andre scoret nær ytterpunktene, slik at det var forskjeller i svarfordelingen som ikke ble fanget opp av gjennomsnittet. Det så ut til at forskjellene økte mellom korridorpasienter og ikke-korridorpasienter etter hvert som lengden på korridoroppholdet økte, men forskjellene var fortsatt godt under 1 i gjennomsnitt på skalaen fra 0-4 for alle dimensjonene.

Det finnes ikke noen retningslinjer på hva som er en klinisk relevant forskjell å oppdage for enkeltdimensjonene i GS-PEQ. Imidlertid, gitt at forskjellene i gjennomsnitt var så små mellom gruppene, er det, uavhengig av statistisk signifikans, lite i våre resultater som gir grunnlag for å iverksette tiltak for å få bukt med eller redusere omfanget av korridorpasienter; ei heller har man grunn til å endre klinisk praksis. Det er klart at tiltak for å redusere antall korridorpasienter bør gjennomføres om man har mulighet til dette, men det må da begrunnes ut fra andre verdier og hensyn, så som alminnelig verdighet og taushetsplikt, mer enn hensynet til pasienttilfredshet.

Vi ser likevel at det største avviket i gjennomsnitt mellom korridor- og ikke-korridorpasienters oppfatning angår opplevelsen av avdelingens organisering.

Korridorpasienter er definert som en prosessindikator, men kan på avdelingsnivå tilnærmet fungere som en strukturindikator, grunnet kapasitet og ytre rammer som avdelingen ikke rår over. Det kan eksempelvis være en mangel på plasser og senger, som ikke kan organiseres bort lokalt. På tross av at plassering av pasienter på korridor kan skyldes slike lokale rammer, er det fra pasientens synspunkt trolig en enkel logisk slutning fra det å finne seg plassert på korridor, til det at avdelingen har en mangelfull organisering. Dette kan forklare at organisering er den dimensjonen med størst forskjell mellom gruppene.

Den lille forskjellen mellom gruppenes oppfatning av standarden på avdelingens utstyr gikk i forventet retning. Pasienter i korridor og pasienter på rom disponerer over ulike former for tilgjengelig utstyr, hjelpemidler og omgivelser. Opphold i korridor innebærer en eksponert privatsfære bak et skjerm Brett uten TV, internett-tilgang, ringesnor eller mulighet for regulering av lys- og støynivå. Tilgang til sanitære forhold blir også begrenset og vanskeliggjort. Forskjellig oppfatning om utstyr mellom gruppene kan dermed begrunnes i faktiske forskjeller i tilgjengelige fasiliteter.

Et annet viktig moment i resultatene er hvorvidt det er mindre utbytte og mindre tilfredshet hos korridorpasienter enn hos ikke-korridorpasienter. Tilfredshet og utbytte er to generelle dimensjoner som favner helhetsopplevelsen av et sykehusopphold, og som i den kliniske hverdag bestemmes av et innviklet samspill mellom pasient, pleiepersonale, behandlere, medpasienter og miljø langs et tidsforløp med utallige prosesser. Faktiske ulemper for pasientene som å ha en manglende privatsfære, å få en krenking av alminnelig verdighet, å være til hinder for fremkommelighet, å få vanskeliggjort ivaretagelse av taushetsplikt, å få mindre ro og hvile og å ha manglende fasiliteter tilsier mindre tilfredshet og utbytte. Det er derfor noe overraskende, men samtidig betryggende, at forskjellene ikke var større på disse dimensjonene.

Hvis man ser på det rent medisinske utbyttet av sykehusoppholdet, har man per i dag ikke dokumentert kunnskap om hvorvidt pasientene får samme utredning, behandling, oppfølging og tilsvarende medisinske utfall for sammenlignbare tilstander, uavhengig av om de er plassert på korridor eller eget pasientrom. I en rapport fra Helsetilsynet fra 1999, *Korridorpasienter i norske sykehus – Fremdeles regelen eller unntaket?* (14) hevdet flertallet av 60 avdelingsoverleger og 60 oversykepleiere ved 60 norske sykehus blant annet at

korridorpasienter fikk svekket behandlingskvalitet og hadde økt fare for feilbehandling/uhell i forhold til ikke-korridorpasienter. Resultatet fra vår studie viser ingen forskjell i pasientgruppens opplevelse av feilbehandling. Det er likevel slik at pasienten ofte ikke ser det samme som legen hva gjelder feilbehandling; om korridorpasienter i større grad faktisk utsettes for feilbehandling, må dette belyses gjennom studier hvor journalgjennomgang, avviksregistreringer og skademeldinger blir studert. Resultatet i vår undersøkelse peker dog på en interessant, mulig forskjell i helsepersonellens og pasienters syn på forekomst av feilbehandling, som bør være gjenstand for nærmere studier.

I undersøkelsen svarte begge pasientgruppene likt på spørsmålene om kommunikasjon med behandlerne, tillit til behandlerens faglige dyktighet, tillit til pleiepersonalets faglige tillit, informasjon, tilpasning og involvering. Som før nevnt, er det til nå ikke dokumentert eller sannsynliggjort at korridorpasienter blir dårligere ivaretatt enn pasienter på ordinære sengerom. I den ovenfor nevnte rapporten fra Helsetilsynet (14) mente 53 % av avdelingssjefer og oversykepleiere at helsepersonell ikke bruker mindre tid på korridorpasienter enn på pasienter i ordinære pasientrom. Det er i vår undersøkelse ikke formulert noen direkte spørsmål for å besvare denne problemstillingen, men man ser et tilnærmet likt resultat på tvers av gruppene på de 7 dimensjonene som omhandler forhold mellom pasientene og personalet. Dette kan tyde på at personalet ikke forholder seg annerledes til korridorpasienter enn pasienter på ordinære pasientrom, og at dette er grunnen til at pasientene ikke opplever noen forskjell.

Av tilleggsanalysen finner en at pasienter over 70 år, sammenlignet med de under 70 år, rapporterer om mer positive erfaringer knyttet til kommunikasjon med legene, tilpasning til pasientens situasjon i behandlingen og behandlingsutbytte. De nevnte dimensjonene er relatert til legetjenesten – Sammenstilt med høy tillit til legenes faglige dyktighet kan det tyde på at eldre over 70 år i vår undersøkelse er mer positive til legetjenesten i sin helhet. Forskjellene i gjennomsnitt var imidlertid små også her.

Resultatet for Ahus ved den årlige nasjonale undersøkelsen på pasienttilfredshet i 2012 var under landsgjennomsnittet (25). Resultatet bidro til svekket omdømme til sykehuset og negative følelser hos ansatte. Det var derfor viktig å stille spørsmålet om hvordan det stod til med egen avdeling i forhold til landsgjennomsnittet. Resultatet skulle anvendes til intern evaluering. Et dårlig resultat for avdelingen vil være incitament til å styrke innsatsen for bedre



pasientopplevelser. Et positivt resultat vil formodentlig skape begeistring og motivasjon hos ansatte i en krevende travel hverdag.

Rapporten om pasienters erfaringer med norske sykehus i 2013 (18) ble publisert i høsten 2014 og viste bedre resultater enn tilsvarende rapport om 2012. Sammenligner man pasienterfaringer fra egen avdeling og gjennomsnittet for de samme dimensjonene i den nasjonale undersøkelsen i 2013, får man lik resultat på dimensjonen feilbehandling, men bedre resultater for de 9 andre dimensjonene. En av de dimensjonene med størst positiv differanse i gjennomsnitt, på 6,0 prosentpoeng, finner man for organisering. Dette resultatet er særs godt tatt i betraktning at avdelingen drives med høy beleggspersent og at det aller meste av virksomheten består av øyeblikkelig hjelp-innleggelser.

Når det er sagt bør sammenligningen kun ses på som veiledende, da det er en del metodiske forskjeller som må tas i betraktning: Innsamlingsmetoder er ulike; resultatet fra den nasjonale undersøkelsen er blant annet justert for frafall, alder, kjønn, egenvurdert helse, Charlsons komorbiditetsindeks (mål på sykkelighet), liggetid og innleggelsesmåte (akutt eller elektiv). Generelt sett er eldre pasienter mer positive i tilbakemeldinger enn yngre (16). Derimot påvirker dårlig helse (per egenvurdert helse og Charlsons komorbiditetsindeks) og akutt innleggelse i negativ retning. Mange av våre pasienter var eldre (47,4 %  $\geq$  70 år), alvorlig multisyske, og nær sagt alle var akutt innlagt. På tross av de metodiske forskjellene er det likevel interessant å se på en grov sammenligning med resultatene fra kunnskapssenteret slik det blir presentert her. Det er grunn til å anta at pasienterfaringer generelt kan bli ytterligere forbedret hvis man får løst kapasitetsproblemene som nødvendiggjør pasienters opphold i korridorer.

Resultater forbundet med studier på pasienterfaringer har generelt sine begrensninger, av den grunn at datagrunnlaget for pasienterfaringer er avhengig av flere forhold: Egenskaper ved pasientene (pasientenes prioriteringer og forventninger til tjenesten); sosiodemografiske faktorer (kjønn, alder, utdanning, sivil status, etnisitet); prosesser i møtet mellom helsepersonell og pasient (informasjon, kommunikasjon, opplevelse av omsorg og organisasjonens kultur); strukturelle og organisatoriske forhold ved en avdeling og ved sykehuset som helhet (organisering, lokaler og bygninger); og opplevelse av resultatet av behandlingen (24). Til tross for like pasientkarakteristika og samme eksponering for begge pasientgruppene i vår studie, vil denne type forskning med psykometriske parametere også være forbundet med en del tilfeldige variasjoner. Fra et psykometrisk synspunkt vil den

modifiserte kortversjon av det benyttede skjemaet ikke ha samme validitet og reliabilitet sammenlignet med et mer omfattende spørreskjema. Kortversjonen, GS-PEQ, ble likevel foretrukket, mest av hensyn til en aldrende, multisyk populasjon, samt gjennomførbarhet.

Det er tidligere ikke utført studier på korridorpasienter med den hensikt å kartlegge og gradere korridorilværelsens påvirkning på pasientens opplevelse av et sykehusopphold på sammenlignbare pasientgrupper. De få studier om korridorpasienter som foreligger har enten vært pasientsikkerhets- eller pasienttilfredshetsundersøkelser hvor korridorpasientproblemstillingen berøres uoppfordret av pasienter gjennom åpne kommentarer (16,17,19), eller spørreskjemaundersøkelser besvart av helseledere (20). Utvalget i disse undersøkelsene spenner over et stort antall sykehus, avdelinger og pasientkategorier, og inkluderer et relativt lavt antall pasienter fra hver enkelt deltakende enhet. Vår studie er den eneste hvor hovedfokus er korridorpasienters erfaringer fra sykehusopphold i samme avdeling. Datainnsamling har vært foretatt på siste dag av respondentenes sykehusopphold, i motsetning til andre studier hvor datainnsamling har vært via svarskjema per post, etter utskrivning av respondentene. Sistnevnte metode kan være mer utsatt for skjevheter i svarene man får inn, ved at de som svarer på spørreskjemaene er en annen gruppe enn de som ikke svarer. I vår undersøkelse var det 21 utdelte skjema kom ikke tilbake. Disse pasientene kan ha glemt undersøkelsen, eller ikke ønsket å svare. Gruppens karakteristika og evt. svar kan en ikke vite, men med en så liten andel (6,4%) forventes det ikke å ha betydning for utvalgets representativitet og resultatet i sin helhet.

Vi antar at vårt valg av metodikk har sikret representative pasienter. Denne antagelsen styrkes ved at kjønnsfordelingene i vårt materiale og de reelle, totale pasientdata fra avdelingen er tilnærmet identiske (hhv. 61,5 % menn og 38,5 % kvinner, mot 62,0 % menn og 38 % kvinner), og at aldersfordeling viser samme mønster, jf. 4.1.

Den praktiske gjennomføringen av undersøkelsen – forespørsel om deltagelse, skjemaoverlevering med konvolutt og skjemainnsamling – ble styrt av pleiepersonalet. Det forefinnes ingen klar anbefaling om hvordan en pasienterfaringsundersøkelse skal utføres, heller ikke hva som er riktig gjennomføringstidspunkt for en undersøkelse av pasienterfaringer fra sykehusopphold (24). 34,4 % inklusjon var lavere enn ventet, selv om inklusjonen skulle foregå i ordinær dagarbeid utenom helger. Det viste seg at sykepleierne ofte fikk opphopninger av arbeidsoppgaver før vaktskift kl. 15:30, fordi undersøkelser som utløste utskrivninger, som ekkokardiografi og hjerte-arbeidsbelastning, ble foretatt for langt ut

i arbeidsdagen; resultat av blodprøver og radiologiske undersøkelser var likeledes ofte forsinket. Konsekvensen ble at spørreundersøkelsen ikke ble prioritert av pleiepersonalet fremfor mer påtrengende direkte pasientrettet arbeid i en meget travel virksomhet belastet med korridorpasienter; dette for å unngå overtid. Dette problemet skyldtes først og fremst høyt utrednings- og behandlingstempo, og lot seg logistisk sett ikke løse uten store negative konsekvenser for driften. Det var lite sannsynlig at enkelte sykepleiere selekterte bestemte pasientgrupper framfor andre eller at det foregikk seleksjon på bestemte sengetun da pleiepersonalet roterte mellom tunene – selv om seleksjonen av friskere pasienter kunne være en tenkelig mulighet på grunn av stort arbeids- og tidspress. En har heller ikke grunn til å anta oversampling av korridorpasienter. Pleiepersonalet ble helt fra starten av bedt om å inkludere alle pasienter. Spørreskjema ble delt ut tilfeldig, i det omfanget personalet har hatt tid til å gjøre, og stoppet innsamlingen på 104 korridorpasienter (overgikk 100 korridorpasienter på siste innsamlingsdag). Under hele inkluderingsprosessen lå forholdstallet ikke-korridorpasienter: korridorpasienter omkring 2:1. Således var forespørsel om studiedeltagelse eller mangel på sådan, tilfeldig fordelt. Studieforfatteren var ikke i direkte kontakt med pasientene under gjennomføring av studien, og direkte påvirkning overfor respondentene er dermed utelukket. I tillegg er databearbeidelse og tolkningsprosess i denne studien transparent beskrevet, og gir dermed ikke grunnlag for bias, i likhet med lignende kvantitativ forskning.

En fant en uforholdsmessig høy andel av overflyttede pasienter fra annen avdeling i korridorgruppen, på 15,3 %, sammenlignet med andelen av overflyttede pasienter fra annen avdeling i ikke-korridorgruppen, på 4,8 %, jf. tabell 4.1. En forklaring på dette kan ligge i at spørsmål om pasientforflytninger til andre avdelinger blir avklart medisinsk først etter legevisitten, eller senere på dagen i påvente av undersøkelsesresultater. Legen som ønsker å flytte pasienten må diskutere dette med ansvarlig lege på Hjertesengeområdene for aksept; deretter går rapporteringen videre til sykepleiertjenesten for flytting. Den aktuelle pasienten blir heller ikke prioritert i konkurranse om plass med pasienter fra Akuttmottak, andre sykehus eller Hjerterovervåkning. Konsekvensen er at overflyttingen skjer sent på dagen eller ut på kvelden, og pasienten ankommer til en full avdeling og dermed en korridor plass. Generelt betyr overflytting at pasienten innledningsvis er blitt feilplassert. Det kan tenkes at tap av tid og ekstra belastning knyttet til feilplassering og flytting gjør at disse pasientene tenderer til å respondere mer negativt i undersøkelsen. Motsatt kan overflytting også skyldes at det er tilkommet pasienten en hjerterelatert hendelse, eller at multisyke pasienter som ledd i pasientforløpet trenger hjertemedisinsk kompetanse; i disse tilfeller vil omplassering til riktig

behandlingssted og -nivå da gi positive utslag på pasienterfaringer. En eventuell skjevhet i responsen fra overflytningspasienter, kontra svarene for ikke-overflyttede pasienter, ansees for ikke å påvirke det samlede resultatet i studien, da gruppen med overflyttede pasienter i studien er på 24 pasienter, og således kun en liten gruppe opp mot studiens totale utvalg.

Med de begrensninger nevnt ovenfor, gir studien overraskende få og beskjedne funn om korridor tilværelsens innvirkning på pasienterfaringer i forhold til tidligere studieresultater (19,20). Dagens kunnskap om korridorpatienters erfaringer med sykehusopphold er bygget på rapport fra helseledere (og dermed hva disse tror) (20), media-oppslag og kvalitativ analyse av enkeltutsagn fra pasientene om korridor tilværelsen (19). Det komplekse samspillet mellom korridorpatientenes reelle ulemper, betydningen av de ulike elementene som innvirker på sykehusoppholdets helhetsinntrykk og opplevelsen av dem er avgjørende for pasienttilfredshet. Korridorpatienters egen erfaring med sykehusopphold er i vår undersøkelse mer positiv enn helselederens oppfatning og generell oppfatning i befolkningen. Vårt resultat tyder på at ulempene forbundet med korridor plassering ikke slår ut i klinisk relevans hva angår pasienterfaringer.

Fra et pasientperspektiv er særlig informasjon og involvering relevante dimensjoner, hvilket også ble påpekt i fritekst-kommentarene. En pasient skildret en dårlig start på oppholdet grunnet manglende og informasjon på denne måten:

*«[...] overflytting var problematisk. Lå på Riksen, fikk ikke lov å gå på toalett en gang. Kom hit, ble overlatt til meg selv. Hentet min egen mat uten å vite hvor [...] Dette skaper usikkerhet og frustrasjon. Men etter å ha vært her ett døgn, roet frustrasjonen seg. Dette kan enkelt løses med informasjon!!!»*

En annen opplevde manglende informasjon om sin sykdom, undersøkelsesresultater og medikamentendring:

*«[...] manglende tilbakemelding fra noen prøver, måtte selv spørre om resultatet. Usikker på styrker på medisiner. Liten informasjon om alternative behandlinger. Måtte spørre etter brosjyrer vedr. sykdom og medisinsk behandling».*

Slike konkrete tilbakemeldinger setter personalet i stand til å se sin virksomhet fra pasientenes perspektiv og gjør det enklere å iverksette forbedringstiltak. 101 pasienter skrev i det åpne kommentarfeltet; responsen favnet vidt og omhandlet generelt mange aspekter ved oppholdet.

De fleste tilbakemeldingene var ros til personalet, og korridorproblematikk fikk mye oppmerksomhet. Et par eksempler nevnes:

*«Det er ikke bra å være korridorpatient. Mye støy og lyset på hele natten, sov ikke så mye den natten. Det verste var å ikke ha tilgang til toalett og bad. Andre døgnet fikk jeg rom og det var godt.»*

*«Det synes for meg som alt (nesten) fungerer bra. MEN DET ER FOR LITEN PLASS! Det ligger hele tiden pasienter i korridorene. Helt fullt! Dette virker forstyrrende på alle. Disse må også benytte toalett/bad på de ordinære pasientrommene. Personalet gjør en formidabel jobb!»*

Kommentarene ovenfor illustrerer at det å bli plassert i korridor ikke bare oppleves som belastende for den enkelte pasient, men at det også virker negativt på medpasienter og personale.

Enhver klinisk virksomhet bør ha pasienterfaringsdata med i sitt kvalitetsregister; gode pasienterfaringer er korrelert med god kvalitet, og det skaper større tillit i befolkningen og bedre omdømme for virksomheten. På dette viktige området er vår undersøkelse egnet som utgangspunktet for videre oppfølgingsprosjekter.

Det er vårt håp at denne studien har bidratt med kunnskap slik at vi med større innsikt kan arbeide for en bedre helsetjeneste. En helsetjeneste som i alminnelighet kan karakteriseres så som denne pasienten formulerer det: «Særdeles hyggelige personale – Godt organisert – Svært god info om helsetilstand – Godt humør på avdelingen. God kultur.»

## **6 KONKLUSJON**

Korridorpasienter er for spesialisthelsetjenesten en kvalitetsutfordring. Til tross for en stor andel korridorpasienter, mange av dem pleietrengende og akutt innlagt, viser resultatet av studien få statistisk signifikante funn, og de signifikante funn har kun små effektforskjeller som det er vanskelig å se har noen klinisk relevans.

En viktig forklaring kan være at korridorbelegg skaper en situasjon med relativ ressursmangel og derav ulemper for pasientene. Denne ulempen belastes alle pasienter noenlunde likt, og gir

derfor ikke større forskjeller i pasientopplevelse mellom korridorpasienter og pasienter på ordinære sengerom, men gir et dårligere tilbud til pasientene sett under ett.

Pasienterfaringene i undersøkelsen viser samlet sett positive resultater i gjennomsnittsscore, både isolert sett og sammenlignet med kunnskapssenterets tilsvarende nasjonale tall. Basert på studieresultatet kan personalet formidle at korridorpasienter, i forhold til pasienter plassert på ordinære pasientrom, ikke er mer utsatt for feilbehandling, eller får mindre oppmerksomhet i medisinske og pleiemessige forhold. Det vil være en trygghet for pasienten å få et slikt budskap.

Studien er utført på én avdeling, men resultatet av pasienterfaringer hos korridorpasienter kontra ikke-korridorpasienter kan likevel ha relevans for andre kliniske enheter, forutsatt at det foreligger sammenlignbare forhold, så som pasientkategorier og driftsform. Varsomhet bør generelt utvises ved tolkninger eller konklusjoner ut over denne undersøkelsens begrensede kontekst.

## 7 LITTERATURLISTE

1. Kristiansen I S. To pasienter i sengen eller én i korridoren? Tidsskrift for Den norske legeförening. 2008; 128:161
2. Helsedirektoratet. Korridorpasienter [Internet]. Helsenorge.no – Den offentlige helseportalen. [Cited 2014 May 05]. Available from: <https://helsenorge.no/Helsetjenester/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=Korridorpasienter>
3. Huseby BM. et al. Samdata spesialisthelsetjenesten 2011. Helsedirektoratet. 2012 September. Report no.: IS-2009. p. 141. Available from: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/samdata-spesialisthelsetjenesten-2011/Sider/default.aspx>
4. Huseby BM. et al. Samdata spesialisthelsetjenesten 2012. Helsedirektoratet. 2013 September. Report no.: IS-2074. p. 141-142. Available from: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/samdata-2012/Sider/default.aspx>
5. Rud Ø. Helhetsplan. Arealdisponering Ahus område Nordbyhagen 2012-2025. 2012 July 1. Akershus Universitetssykehus. p. 12
6. Solomon JA. et al. Healthy life expectancy for 187 countries, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010. Lancet. 2012 December 15;380(9859):2144-2162
7. Statistisk Sentralbyrå. Helseregnskap 2013 [Internet]. 2014 March 13 [Cited 2014 May 01]. Available from: <http://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/statistikker/helsesat>
8. Helsedirektoratet. Indikator: Korridorpasienter [Internet]. 2012 September 21 [Cited 2014 May 05]. Available from: <http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/kvalitetsindikatorer/Documents/N-001somatikk.pdf>
9. Helse- og sosialdirektoratet. ... OG BEDRE SKAL DET BLI – Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten – Til deg som leder og utøver. 2005 September. Report no.: IS-1162
10. Media report in NRK Østlandssendingen [Television]. 2013 May 28. Available from: [http://www.nrk.no/ostlandssendingen/\\_-folte-meg-som-en-tigger-1.11041420](http://www.nrk.no/ostlandssendingen/_-folte-meg-som-en-tigger-1.11041420)

11. Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven); Chapter 3, § 16, and chapter 5, § 21. [Cited 2014 May 05]. Available from: LOV-2013-06-21-82
12. Justis- og beredskapsdepartementet. Forskrift om brannforebyggende tiltak og tilsyn; § 2-1 and § 2-3.[Cited 2014 May 05]. Available from: <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2002-06-26-847>
13. Arbeids- og sosialdepartementet. Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften); § 5.6. [Cited 2014 May 05]. Available from: <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1996-12-06-1127>
14. Helsetilsynet. Korridorpasienter i norske sykehus, 1999 – Fremdeles regelen, eller unntaket? 1999 December [Cited 2014 May 05]. Section 3.2. Available from: [https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/andrepublikasjoner/korridorpasienter\\_norske\\_sykehus\\_1999.pdf](https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/andrepublikasjoner/korridorpasienter_norske_sykehus_1999.pdf)
15. Kunnskapssenteret. Pasienters erfaringer med døgnenheter ved somatiske sykehus – Resultater fra en nasjonal undersøkelse i 2006. 2007. Report no.: 1-2007
16. Kunnskapssenteret. Pasienterfaringer med norske sykehus – Nasjonale resultater i 2011 og utvikling fra 2006. 2012. Report no.: 3-2012
17. Kunnskapssenteret. Pasienters erfaringer med norske sykehus i 2012 – Nasjonale resultater. 2013. Report no.: 1-2013
18. Kunnskapssenteret. Pasienters erfaringer med norske sykehus i 2013 – Nasjonale resultater. 2014. Report no.: 2-2014
19. Foss C., Krogstad U. De usynlige pasientene – erfaringer med å ligge i korridor. Tidsskrift for Den norske lægeforening. 2000;120:2639-41
20. Larsen B-I. Skretting P., Farstad T. Korridorpasienter – konsekvenser for behandlingskvalitet og pasientintegritet. Tidsskrift for Den norske lægeforening. 2000;120:2636-8
21. Norstein J. Korridorpasientenes funksjon i norsk sykehusvesen. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2008;128:24-7
22. Skretting P., Larsen B-I., Farstad T. Korridorpasienter i indremedisinske avdelinger i 1998 og 1999. Tidsskrift for Den norske lægeforening. 2000;120:2630-2
23. Sjetne IS. Pasienterfaringer i spesialisthelsetjenesten. Et generisk, kort spørreskjema. Kunnskapssenteret. 2009 September [Cited 2014 May 05]. ISBN:



978-82-8121-297-8. Available from:

[http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/\\_attachment/7456?\\_ts=1245236b7d5&download=true](http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/_attachment/7456?_ts=1245236b7d5&download=true)

24. Crow R. et al. The measurement of satisfaction with healthcare: Implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess.* 2002;6(32):4-6
25. Kunnskapssenteret. Pasienters erfaringer med norske sykehus i 2012 - Resultater for Akershus universitetssykehus- Report no.: 3–2013

## **8 VEDLEGG**

Vedlegg A: Spørreskjemaet benyttet i denne studien

Vedlegg B: Godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS, NSD

# Hvilke erfaringer hadde du hos oss på Hjertemedisinsk avdeling, Ahus

Ettersom du har vært innlagt på Hjertemedisinsk avdeling spør vi deg om du vil besvare dette spørreskjemaet, som handler om hvilke erfaringer du har hatt ved avdelingen. Svarene vil bli brukt som informasjon om kvaliteten på helsetjenestene – sett med brukernes øyne – og danner grunnlaget for et masterprosjekt i helseadministrasjon til masterstudent Tri M. Le, ansatt ved denne avdelingen. Tittelen for prosjektet: «Korridorpatient – Rom for kvalitet og sikkerhet?»

Formålet med studien er å skaffe kunnskap om pasienterfaringer/tilfredshet og pasientsikkerhet i egen avdeling. Resultatet av undersøkelsen vil gi indikasjon om forbedringsbehov, aktuelle forbedringsområder, og samtidig danne sammenligningsgrunnlag for fremtidige forbedringstiltak. Målet er også å rette oppmerksomhet i pleie- og behandlingsskjeden mot et mer pasientsentrert forløp og på sikt skape en god pasientsikkerhetskultur i avdelingen.

Spørreundersøkelsen er anonym. Det er frivillig å svare.

Skjemaet leveres til avdelingens sykepleiere.

## Kan du tenke deg å delta?

Ja  Nei  Kan ikke

---

## Kjønn:

Mann  Kvinne

---

## Alder:

Under 50  50 – 59  60 – 69  
 70 – 79  Over 80

---

## Hvor lenge varte ditt opphold?

1-3 døgn  4-6 døgn  Flere enn 6 døgn

---

## Har du tilbragt deler av oppholdet på avdelingen i korridor om natten?

**Med dette menes å ha sin seng plassert i korridor kl. 07 om morgenen**

Ja  Nei

## - Hvis ja, hvor mange netter tilbrakte du i korridor?

1  2  3 eller flere

---

## Har du vært flyttet fra Hjerterovervåkingen/annen avdeling eller annet sykehus?

Ja  Nei

## - Hvis ja, hvor ble du flyttet fra?

Hjerterovervåkingen  Annen avdeling  Annet sykehus

Med ”behandlerne” mener vi:

De som har hatt hovedansvar for undersøkelser og behandling. Oftest er dette leger, men mange får behandling av psykologer eller annet helse- og sosialpersonale.

Med ”det øvrige personalet” mener vi:

På sengeposter → pleiepersonalet eller miljøpersonalet.

På poliklinikk/ dagavdeling → de du hadde med å gjøre utenom behandleren.

		Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Ikke aktuelt
1	Snakket behandlerne til deg slik at du forsto dem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Har du tillit til behandlernes faglige dyktighet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Har du tillit til det øvrige personalets faglige dyktighet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Fikk du tilstrekkelig informasjon om din diagnose / dine plager?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Opplevde du at behandlingen var tilpasset din situasjon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Var du involvert i avgjørelser som angikk din behandling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Opplevde du at institusjonens arbeid var godt organisert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Fikk du inntrykk av at institusjonens utstyr var i god stand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Var hjelpen og behandlingen du fikk på institusjonen, alt i alt, tilfredsstillende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Mener du at du på noen måte ble feilbehandlet (etter det du selv kan bedømme)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ikke noe utbytte	Lite utbytte	En del utbytte	Stort utbytte	Svært stort utbytte	Ikke aktuelt
11	Hvilket utbytte har du hatt, alt i alt, av behandlingen på institusjonen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer og andre erfaringer under oppholdet?

Tusen takk for at du tok deg tid til å svare!



Harald Hårfagres gate 25  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Tron Anders Moger  
Institutt for helse og samfunn  
Universitetet i Oslo  
Postboks 1130 Blindern  
0318 OSLO

Vår dato: 07.03.2013

Vår ref:33662 / 3 / KH

Deres dato:

Deres ref:

## TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 03.03.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

33662	<i>Korridorpasient - rom for kvalitet</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Tron Anders Moger</i>
Student	<i>Tri Minh Le</i>

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Kjersti Håvardstun

Kontaktperson: Kjersti Håvardstun tlf: 55 58 29 53  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kopi: Tri Minh Le, Engaveien 7, 2010 STRØMMEN



Personvernombudet kan ikke se at det i prosjektet behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Det er en forutsetning at taushetsplikten ikke er til hinder for trekking av utvalget og/eller opprettelsen av førstegangskontakten. Dette må foretas av personale med tilgang til pasientopplysningene.

Det forutsettes videre at studien er klarert med ledelsen ved aktuelle sykehus.