




## Rapport 1/2017

# Revisjon av Korridorpasienter Sykehuset Telemark HF



Konsernrevisjonen  
Helse Sør-Øst  
28.2.2017

Rapport nr.	1/2017
Revisjonsperiode	November 2016 - februar 2017
Virksomhet	Sykehuset Telemark HF
Rapportmottaker	Styret i Sykehuset Telemark HF ved styreleder Administrerende direktør Sykehuset Telemark HF
Kopi	Administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF Revisjonsutvalget Helse Sør-Øst RHF
Rapportavsender	Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst
Oppdragsgiver	Styret i Helse Sør-Øst RHF
Revisor	Liv Lüdemann (oppdragsleder), Tove Farstad, Wenche A. Klemetsen, Espen Anderssen (oppdragseier)

## Innholdsfortegnelse

1.	Konklusjoner fra revisjonen .....	3
1.1	Om revisjonen .....	3
1.2	Konklusjoner .....	3
2.	Innledning .....	5
2.1	Bakgrunn .....	5
2.2	Mål og problemstillinger .....	6
2.3	Omfang og avgrensning .....	6
2.4	Gjennomføring og revisjonsgrunnlag .....	7
2.5	Revisjonskriterier .....	7
2.6	Metode .....	8
3.	Tiltak for å forebygge korridorpasienter .....	9
3.1	Mål og planer for å forebygge korridorpasienter .....	9
3.2	Tiltak for å forebygge korridorpasienter .....	12
3.3	Rapportering og oppfølging av korridorpasienter .....	16
4.	Registrering av korridorpasienter .....	17
4.1	Registreringspraksis .....	18
5.	Vedlegg 1 .....	20
6.	Vedlegg 2 .....	22

# ***1. Konklusjoner fra revisjonen***

## **1.1 Om revisjonen**

Denne rapporten presenterer resultatene av konsernrevisjonens revisjon «Korridorpasienter» ved Sykehuset Telemark HF. Revisjonen har undersøkt hvordan utvalgte enheter i Sykehuset Telemark HF arbeider med å nå målet om at det ikke skal forekomme korridorpasienter. Revisjonen har følgende problemstillinger:

- Har helseforetaket iverksatt tiltak for å forebygge korridorpasienter?
- Blir registrering av korridorpasienter gjennomført i henhold til angitt praksis?

Revisjonen er utført med intervju og testing ved tre enheter i Sykehuset Telemark HF, som alle er lokalisert i Skien. Revisjonen er gjennomført i perioden november 2016 – februar 2017.

## **1.2 Konklusjoner**

Konsernrevisjonens overordnede vurdering er at de reviderte enhetene i hovedsak oppfyller kriteriene i problemstillingene. Dette betyr at helseforetaket har iverksatt tiltak for å forebygge korridorpasienter. Videre blir registrering av korridorpasienter i hovedsak gjennomført i henhold til angitt praksis. Det er fortsatt behov for å ha oppmerksomhet på området, både med hensyn til oppfølging og evaluering av implementerte tiltak. Konsernrevisjonens vurdering begrunnes med følgende:

- Målet om ingen korridorpasienter er en integrert del av virksomhetsstyringen.
- Det er etablert prinsipper for styring av kapasitet og pasientflyt.
- Enkelte mangler i etterlevelse av implementerte retningslinjer.

### **Målet om ingen korridorpasienter er en integrert del av virksomhetsstyringen**

Sykehuset Telemark HF har hatt en reduksjon i antall korridorpasienter etter oppstart av prosjektet «Ingen korridorpasienter ved STHF». Målet om ikke å ha korridorpasienter er angitt, kommunisert og synes gjennomgående kjent i reviderte enheter. Revisjonen har også vist at risikovurderinger gjennomføres. Det er videre etablert et system som gir kontinuerlig oversikt over ledige senger og kapasitet i helseforetaket. Det er også etablert rutiner for hvordan helseforetaket skal rapportere og følge opp kvalitetsindikatoren, og dette har etter vår vurdering blitt en integrert del av virksomhetsstyringen på alle nivåer i reviderte enheter.

Etter konsernrevisjonens vurdering bidrar dette samlet til å gi helseforetaket et godt grunnlag for styring og oppfølging i arbeidet med å unngå korridorpasienter.

### **Det er etablert prinsipper for styring av kapasitet og pasientflyt**

I forlengelsen av prosjektet ble det etablert tiltak spesielt rettet mot styring av pasientflyt og kapasitetsutfordringer, inkludert ivaretagelse av satelittpasienter. Tiltakene er konkretisert i overordnede retningslinjer og prinsipper, der tilhørende roller, ansvar og myndighet er angitt. Retningslinjene er forankret og implementert i de reviderte enhetene.

Iverksatte tiltak og økt fokus på problemstillingen har, etter konsernrevisjonens vurdering, hatt positiv innvirkning på arbeidet med å unngå korridorpasienter.

### **Enkelte mangler ved etterlevelsen av implementerte retningslinjer**

Revisjonen har også vist enkelte mangler ved etterlevelsen av overordnede retningslinjer for dokumentasjon, når pasienter flyttes fra akuttmottak til sengeposter og mellom sengeposter. I dette ligger det blant annet at legene i liten grad skriver overflyttingsnotat med oppdatert legemiddelliste, og at sykepleierne i liten grad dokumenterer om pasient og pårørende er informert om flyttingen. Manglende etterlevelse av retningslinjene kan innebære risiko for at arbeidsprosesser blir mindre effektive.

Det er gitt anbefalinger knyttet til etterlevelse av retningslinjer for dokumentasjon, opplæring av vakthavende sykepleier i koordinatorfunksjonen og korrekt registreringspraksis.

## 2. Innledning

### 2.1 Bakgrunn

I oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2016 er det stilt krav om at det ikke skal forekomme korridorpasienter. Bakgrunnen for dette er at en korridor er et uegnet sted for å drive pasientbehandling. Plassering av pasienter i korridor kan ha uheldige konsekvenser for pasientene selv, for andre pasienter i avdelingen og for personalets arbeidsmiljø.

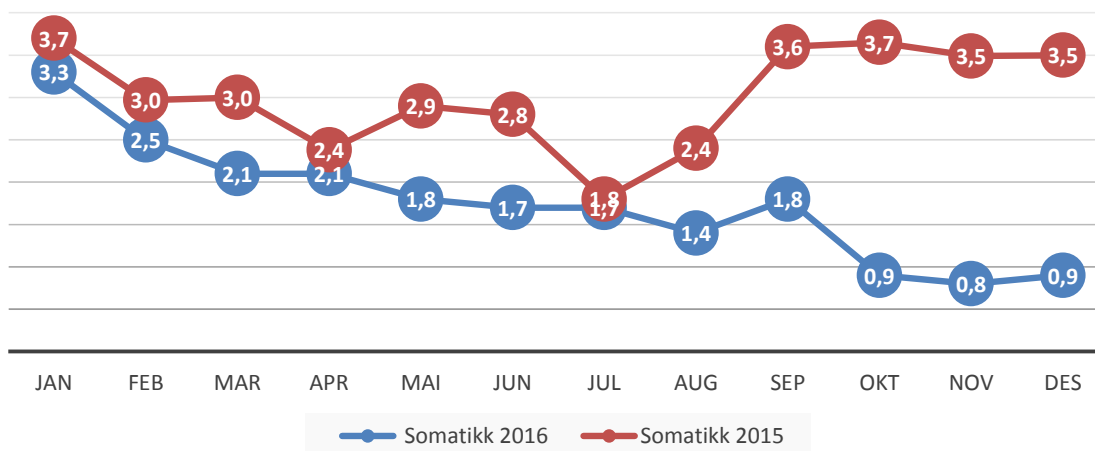
Det er etablert en kvalitetsindikator for å måle og følge med på utviklingen av andel korridorpasienter i norske sykehus, og kvalitetsindikatoren er også en prosessindikator for styring av pasientstrøm. Pasienter som tas inn utover sykehusets vanlige kapasitet ved ekstraordinære hendelser, som ulykker og katastrofer, omfattes ikke av indikatoren.

Samtlige helseforetak, beskrev i en redegjørelse til Helse Sør-Øst RHF i 2015, at de hadde fokus på tiltak som skal gi bedre kapasitet, tilgjengelighet og pasientgjennomstrømning på avdelinger med høy andel korridorpasienter. Helseforetakene rapporterte videre betydningen av tiltak som samhandling og samarbeid internt, styring og koordinering av pasientflyt, kompetanse og koordinering i akuttmottak og føringer for omfordeling og flytting av pasienter. Videre har utskrivning av pasienter og hvordan kommunene anvender kommunale akutt døgnplasser (KAD-plasser) også betydning for kapasitet i sykehuset.

Nasjonalt ble det for 1. tertial 2016 rapportert 1,4 % korridorpasienter. Dette er en nedgang på 0,5 prosentpoeng sammenlignet med samme tertial i 2015. Utfordringen var størst innenfor somatisk spesialisthelsetjeneste og indremedisinske avdelinger, men også gastrokirurgiske- og ortopediske avdelinger har perioder med korridorpasienter.

I 2. tertial 2016 hadde Helse Sør-Øst RHF en andel på 1,2 % korridorpasienter innen somatikk, og tilsvarende tall for Sykehuset Telemark HF (STHF) var 1,4 %. Figur 1 viser andel korridorpasienter i STHF for somatikk i 2015 og 2016<sup>1</sup>. Andel korridorpasienter er redusert for samtlige måneder i 2016 sammenlignet med foregående år.

#### Andel korridorpasienter STHF



Figur 1 Andel korridorpasienter i STHF for somatikk i 2015 og 2016

<sup>1</sup> Dataene i figur 1 er ikke revidert av konsernrevisjonen.

## 2.2 Mål og problemstillinger

Målet med denne revisjonen er å undersøke hvordan helseforetaket arbeider for å sikre at det ikke forekommer korridorpasienter. Det innebærer å undersøke om det på overordnet nivå er etablert mål, strategier, rutiner og prosedyrer både for å unngå - og håndtere korridorpasienter. Deretter vil konsernrevisjonen undersøke om rutinene er videreført i reviderte enheter.

For å svare opp dette er det definert følgende problemstillinger:

1. Har helseforetaket iverksatt tiltak for å forebygge korridorpasienter?
2. Blir registrering av korridorpasienter gjennomført i henhold til angitt praksis?

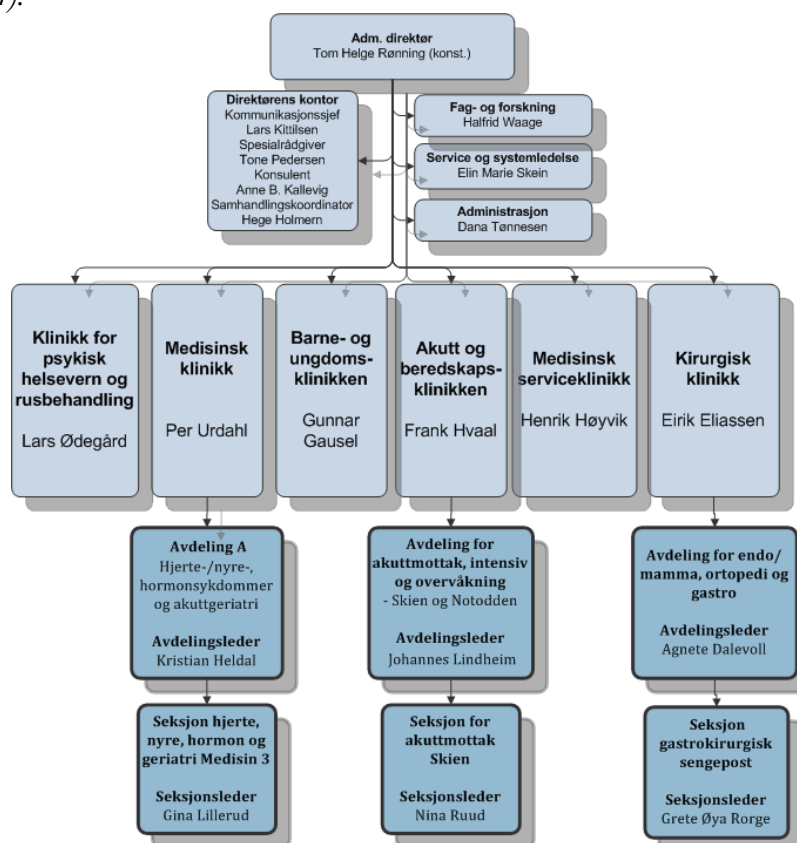
Revisjonskriteriene blir utledet under hver av problemstillingene.

## 2.3 Omfang og avgrensning

Sykehuset Telemark HF er organisert i seks klinikker hvor pasientrettet arbeid er organisert, samt tre stabsavdelinger i tillegg til direktørens kontor. Helseforetaket har døgndrift på to lokasjoner, Skien og Notodden samt dagsykehus i Porsgrunn, Rjukan og Kragerø.

Revisjonen ble gjennomført ved følgende klinikker lokalisert i Skien (se figur 2):

- Akutt- og beredskapsklinikken, *seksjon for akuttmottak (Akuttmottak)*.
- Medisinsk klinikk, Avdeling A for hjerte-/ nyre- hormonsykdommer og akuttgeriatri, *seksjon medisin 3 (Medisin 3)*.
- Kirurgisk klinikk Avdeling for endo/mamma, ortopedi og gastrokirurgi, *seksjon gastro 4 (Gastro 4)*.



Figur 2 Forenklet organisasjonskart for Sykehuset Telemark HF som viser hvilke enheter som er blitt revidert.

Andelen korridorpasienter ved reviderte enheter i medisinsk og kirurgisk klinikk, har vært gjennomsnittlig høyere enn øvrige enheter innenfor samme klinikk i 2016.

Utnyttelsen av kapasitet på tvers av enheter i helseforetaket, eller dimensjoneringen av kapasitet i sykehuset er ikke vurdert i revisjonen.

## **2.4 Gjennomføring og revisjonsgrunnlag**

Revisjonen ble gjennomført i perioden november 2016 - februar 2017. Det er gjennomført verifisering av observasjoner gjennom innspill på utkast rapport som ble oversendt den 25. januar 2017. Se vedlegg 1 for nærmere redegjørelse av saksgang og rapportering.

Følgende lovkrav og føringer er sentrale for å belyse problemstillingene som revisjonen omfatter:

- Helseforetaksloven, Helsepersonelloven, Forskrift om internkontroll i helse – og omsorgstjenesten, Forskrift om brannforebygging.
- Oppdrag og bestilling 2016 for Sykehuset Telemark HF, Nasjonale kvalitetsindikatorer - Definisjonskatalog, Styringsparametere og nasjonale kvalitetsindikatorer medisin og helsefag, Helse Sør-Øst RHF 2016.
- Rammeverk for virksomhetsstyring, intern styring og kontroll Helse Sør-Øst RHF.

## **2.5 Revisjonskriterier**

Vi har utarbeidet revisjonskriterier som observasjonene i revisjonen vurderes opp mot. Enkelte av revisjonskriteriene er ikke eksplisitte lovkrav, men forutsetninger for at overordnede mål og krav etterleves. For problemstilling 1 er det utarbeidet åtte revisjonskriterier, og for problemstilling 2 er det utarbeidet to revisjonskriterier, se oversikten under.

### **1) Har helseforetaket iverksatt tiltak for å forebygge korridorpasienter?**

#### *Mål og plan for å forebygge korridorpasienter*

- Mål er kommunisert og kjent, og risikovurdering gjennomføres
- Det foreligger prosedyrer og planer for hvordan helseforetaket skal arbeide med korridorpasienter
- Ansvar og roller for koordinering og styring av pasientflyt er angitt

#### *Tiltak for å forebygge korridorpasienter*

- Samarbeidet med kommunene angående KAD-plasser er angitt
- Pasienter som er utskrivningsklare blir skrevet ut
- Satelittpasienter<sup>2</sup> ivaretas

#### *Rapportering og oppfølging av korridorpasienter*

- Rutiner for rapportering og oppfølging er etablert

---

<sup>2</sup>Kirurgisk klinikk: Pasienter av generell kirurgisk art (enkle sårprosedyrer, commotio og abcesser) kan ligge på alle kirurgiske sengeposter og blir således *ikke* definert som satelittpasienter. Øvrige pasienter som ligger utenfor det grenspesialiserte området pasienten tilhører defineres som satelittpasient. Dette gjelder også kirurgisk pasient på ikke-kirurgisk sengepost.

Medisinsk klinikk: Pasienter som legges på sengepost nevrologi/ slag/rehabilitering eller kirurgisk sengepost defineres som satelittpasient.

- Avvik meldes og håndteres i avvikssystemet

## **2) Blir registrering av korridorpasienter gjennomført i henhold til angitt praksis?**

- Det er etablert et system for oversikt over senger og kapasitet
- Det er definert og angitt hva som skal registreres, på hvilken måte og av hvem

## **2.6 Metode**

I gjennomføringen av revisjonen har følgende metoder blitt benyttet:

- Innhenting og gjennomgang av dokumentasjon, herunder avviksmeldinger fra reviderte enheter for perioden 1.januar 2016 til 28. november 2016.
- Samtaler/intervju med ledere, sykepleiere og leger som har roller og ansvar med hensyn til å håndtere korridorpasienter/overbelegg.
- Test av at oppsettet for registrering av korridorpasienter/senger i DIPS ved de reviderte enheter er korrekt.
- Innhenting av andel beleggsprosent på KAD-plasser og antall utskrivningsklare døgn ved hjelp av datauttrekk.
- Test av etterlevelse av ulike retningslinjer ved journalgjennomgang.

Nærmere oversikt over revisjonsgrunnlag og gjennomførte samtaler fremkommer i vedlegg 1.



### ***3. Tiltak for å forebygge korridorpasienter***

For å belyse problemstillingen har konsernrevisjonen undersøkt hvordan helseforetaket har etablert styring og kontroll i arbeidet med å forebygge korridorpasienter, se kap. 1.5. Videre utdypning av revisjonsgrunnlaget følger i vedlegg 2.

I kapitlene 2.1 – 2.3, beskrives revisjonskriterier, observasjoner fra revisjonen, samt våre vurderinger og eventuelle anbefalinger. Først presenteres resultatet av revisjonen for det som er gjennomgående for helseforetaket, og det som er felles for klinikkene. Deretter presenteres resultatet for seksjonene samlet.

#### **3.1 Mål og planer for å forebygge korridorpasienter**

##### **Revisjonskriterie:**

**Mål er kommunisert og kjent, og risikovurdering gjennomføres**

*Helseforetaket bør utforme, kommunisere og gjøre kjent målet om å unngå korridorpasienter. Det forventes videre at det gjennomføres risikovurderinger i tilknytning til operasjonalisering og oppfølging av målet.*

Revisjonen har vist at målet om ikke å ha korridorpasienter er angitt i «Oppdrag og bestilling (OBD) for Sykehuset Telemark HF (STHF) i 2016». Målet er videreført i interne dokumenter og kommunisert. På bakgrunn av intervju i reviderte enheter er det vårt inntrykk at målet er gjennomgående kjent i helseforetaket.

Revisjonen har videre vist at helseforetaket har vurdert risiko ved målsetningen om at det ikke skal forekomme korridorpasienter i forbindelse med tertialvis rapportering. Det gjennomføres også risikovurderinger i forbindelse med helseforetakets prosjekt «Ingen korridorpasienter i STHF».

##### **Vurdering**

Klare og kommuniserte mål er viktig for å sikre at virksomheten styrer i henhold til en felles målsetning. Risikovurderinger bør gjennomføres for å sikre at riktige tiltak prioriteres, slik at målene kan nås. Revisjonen har vist at målet om ikke å ha korridorpasienter er angitt, kommunisert og synes gjennomgående kjent i helseforetaket. Revisjonen har også vist at risikovurderinger gjennomføres. Etter konsernrevisjonens vurdering bidrar dette samlet til å gi helseforetaket grunnlag for styring og oppfølging i arbeidet med å unngå korridorpasienter.

---

##### **Anbefalinger**

- Ingen anbefaling.

##### **Revisjonskriterie:**

**Det foreligger prosedyrer og planer for hvordan helseforetaket skal arbeide med korridorpasienter**

*Helseforetaket bør utarbeide prosedyrer som angir hvordan det skal arbeides med korridorpasienter, samt at dette er konkretisert i prosedyrer for klinikkene og avdelingene. Det forventes videre at det foreligger prosedyrer for*

*ivaretagelse av brannvern, og at det er rutiner for hvordan man tilrettelegger for eventuelle korridorpasienter. Prosedyrer og rutiner må være kjent og etterleves i enhetene.*

Revisjonen har vist at det foreligger overordnede planer og prosedyrer for hvordan helseforetaket skal arbeide med å forebygge korridorpasienter. Planer og tiltak som er iverksatt, har i hovedsak grunnlag i et overordnet og gjennomgående prosjekt; «Ingen korridorpasienter i STHF»<sup>3</sup>, der helseforetaket har etablert og implementert føringer for å forebygge korridorpasienter. Føringene er videre operasjonalisert i overordnede retningslinjer, der det er angitt konkrete tiltak som skal gjennomføres, blant annet ved kapasitetsutfordringer, overbelegg og korridorpasienter. Det legges til grunn gjennomgående prinsipper for styring av pasientflyt, herunder utnyttelse av kapasitet, ivaretagelse av satelittpasienter, samarbeid internt, samt at det er angitt ansvar og myndighet, både på avdelingsnivå og for ansatte.

Revisjonen har også vist at det foreligger rutiner for tilrettelegging for hvordan pasientene skal ivaretas dersom sengepostene har korridorpasienter. Det foreligger retningslinjer for brannvern som er gjeldende for Medisin 3 og tilsvarende for Gastro 4. Det er videre angitt konkret plassering for eventuelle korridorpasienter, slik at sengene ikke blokkerer brannvernsutstyr, dører eller rømningsveier. Det fremkom i intervju at korridorpasienter skjermes med skjerm Brett og har ringeklokke.

På bakgrunn av intervju i reviderte enheter, er det vårt inntrykk at prosedyrene er gjennomgående kjent.

Konsernrevisjonens testing viser noe svak etterlevelse av overordnede retningslinjer, i hovedsak knyttet til krav om dokumentasjon ved overflytting av pasienter mellom sengeposter i STHF (Dok. ID: 29200). Journalgjennomgangen har videre vist at legene i liten grad skriver overflyttingsnotat med oppdatert liste over legemidler når pasienten overflyttes til annen sengepost. Denne observasjonen bekreftes i intervjuene der det fremkom at pasientens kurve med oversikt over medikamenter følger med pasienten ved overflytting. Overføringsnotat med samstemt legemiddelliste vil innebære at pasientens legemidler skal skrives i et nytt notat. Dette kan ifølge de intervjuede utgjøre risiko for feilføring, noe som antas å være en medvirkende årsak til at kravet om dokumentasjon av samstemt legemiddelliste ikke gjennomføres.

Journalgjennomgangen har videre vist at sykepleienotatene ikke alltid inneholder informasjon om at pasient og pårørende er informert om flyttingen og hensikten med denne.

Dersom en sengepost har fullt belegg, skal akuttmottaket dokumentere i journal at det er vurdert at pasienten må legges på enheten selv om dette genererer overbelegg (Dok. ID: 29202). I intervjuene fremkom det at denne vurderingen i liten grad dokumenteres.

## **Vurdering**

Det bør være etablert en praksis for arbeidet med å forebygge korridorpasienter, og denne bør være forankret i planer og prosedyrer. Etterlevelse av tiltak og handlinger som inngår i denne praksisen skal bidra til at korridorpasienter unngås.

Revisjonen har vist at det foreligger planer og prosedyrer for hvordan helseforetaket skal arbeide for å forebygge korridorpasienter, og disse synes å være gjennomgående kjent. Revisjonen har imidlertid avdekket manglende etterlevelse av retningslinjer, i hovedsak knyttet til kravet om dokumentasjon. Manglende overflyttingsnotat fra legene kan medføre risiko for at sengeposten, som pasienten blir overflyttet til, ikke får oppdatert informasjon om pasientens tilstand og

<sup>3</sup> Prosjektet er besluttet i styret i STHF, 19.05. 2016, styresak 37-2016.

behandling. Fravær av en samstemt legemiddelliste gir risiko for at pasientens legemidler ikke er kvalitetssikret i forbindelse med overflyttingen, og kan medføre at pasienten blir feilmedisinert. Det påpekes også fra helseforetakets side at det er et erkjent behov for å følge opp implementeringen, samt evaluere etablerte retningslinjer.

Etter konsernrevisjonens vurdering foreligger det konkrete prosedyrer for hvordan helseforetaket skal arbeide for å forebygge korridorpasienter, men manglende etterlevelse av prosedyrene kan mulig medføre risiko for pasientsikkerheten.

---

### **Anbefalinger**

- Helseforetaket gjennomfører tiltak som sikrer at retningslinjer og etablerte rutiner for dokumentasjon også etterleves.

### **Revisjonskriterie:**

#### **Ansvar og roller for koordinering og styring av pasientflyt er angitt**

*Helseforetaket bør angi og gjøre kjent ansvar og roller for koordinering og styring av pasientflyt. Det forventes at det er etablert tiltak for opplæring i ansvar og roller.*

Revisjonen har vist at ansvar og roller for koordinering og styring av pasientflyt er angitt i de overordnede retningslinjene som omhandler håndtering av overbelegg og korridorpasienter. Det er blant annet angitt ansvar og myndighet for fordeling av pasienter, overflytting av pasienter, ivaretagelse av satelittpasienter, journalføring og samarbeid.

Ansvar mellom akuttmottaket og sengeposter er fastsatt og angitt.

Helseforetaket har roller med ansvar for å koordinere ved overbelegg på de reviderte enhetene. Koordinatorere har ansvar og myndighet for å løse situasjoner med stort overbelegg. Det foreligger oversikter med navngitte koordinatorene på Medisin 3, Gastro 4, samt i Akuttmottaket.

Revisjonen har videre vist at ansvar og myndighet er knyttet opp mot etablerte roller og involverer linjeledelse, samt roller/funksjoner tilknyttet etablert vaktstruktur. Sistnevnte involverer sykepleiefaglig - og medisinskfaglig kompetanse. Det er også angitt ansvar og myndighet for å sikre etterlevelse av retningslinjene.

På bakgrunn av intervju i reviderte enheter er det vårt inntrykk at ansvar og roller i hovedsak er kjent.

Revisjonen har imidlertid avdekket svakheter i organiseringen av ansvar og roller for koordinering av pasientflyt, og opplæring i koordinatorrollen.

I intervjuene med Gastro 4 fremkom det, at det på dagtid er ulik organisering av koordinatorrollen i medisinsk og kirurgisk klinikk. I kirurgisk klinikk er det avdelingsleder som innehar koordinatorrollen, mens tilsvarende rolle i medisinsk klinikk ivaretas og alterneres mellom tre seksjonsledere. Koordinatorrollen i kirurgisk klinikk oppfattes å ha mer myndighet i egen klinikk, enn tilsvarende rolle i medisinsk klinikk. Det angis at dette kan medføre at det tar lengre tid å finne løsninger når tiltak for overbelegg skal iverksettes.

Det angis i intervjuene med de reviderte enhetene at det i vakttiden er det vakthavende sykepleier som innehar koordinatorfunksjon. Det gjennomføres opplæring i rollen. Ved Medisin 3 og Gastro 4 fremkom det imidlertid i intervju at det er behov for ytterligere opplæring i funksjonen, blant annet i hva det innebærer å ha ansvaret for vakttelefonen, samt å være kontaktpersonen for Akuttmottaket.

Det fremkom også i revisjonen at Akuttmottaket har problemer med å få telefonisk kontakt med vakthavende sykepleier på sengepostene. Sengepostene angir at en mulig årsak kan være manglende dekning på nye vakttelefoner. Dette kan medføre at det blir forsinkelser ved overflytningene mellom akuttmottaket og sengepostene.

### **Vurdering**

Å definere ansvar og roller, samt å sikre at ansatte er innforstått med egen rolle og eget ansvar, er viktig for å sikre effektive prosesser med styring og koordinering. Revisjonen har vist at ansvar og roller for å koordinere og styre pasientflyt er angitt og kjent blant medarbeidere i reviderte enheter.

Revisjonen har videre vist at koordinatorrollen innehas av ansatte på ulikt ledernivå. Etter vår vurdering kan dette medføre at ansatte i rollen som koordinator har ulik myndighet. Uklarhet om egen eller andres ansvar og roller, kan etter konsernrevisjonens vurdering medføre risiko for forsinkelser i beslutninger og tiltaksarbeid.

Revisjonen har videre avdekket at det er behov for opplæring av vakthavende sykepleier i koordinatorfunksjonen, eksempelvis hva det innebærer å ha ansvaret for vakttelefonen. Etter konsernrevisjonens vurdering kan mangelfull opplæring medføre risiko for at ansvar og oppgaver ikke ivaretas.

---

### **Anbefalinger**

- Helseforetaket vurderer om koordinatører i stillinger med ulik myndighet kan skape utfordringer for koordinering av korridorpasienter.
- Behovet for ytterligere opplæringstiltak vurderes.

## **3.2 Tiltak for å forebygge korridorpasienter**

### **Revisjonskriterie:**

#### **Samarbeidet med kommunene angående KAD-plasser er angitt**

*Helseforetaket bør angi og definere hvordan de skal samarbeide med kommunene angående kommunale akutte døgnplasser (KAD-plasser).*

Revisjonen har vist at samarbeidet mellom kommunene angående KAD-plasser er definert og beskrevet i samarbeidsavtale mellom kommunene og helseforetaket. Samarbeidet ivaretas og følges opp blant annet via «Telemarksmodellen», der samhandlingskoordinatorer er delt organisatorisk mellom kommune og helseforetaket. Helseforetaket finansierer 40 % av den enkelte stilling, mens kommunene finansierer det resterende. Intensjon bak ordningen er at samarbeidskoordinatoren skal være en bidragsyter når det er utfordringer i grensesnittet mellom helseforetaket og kommunene.

Det er fire steder i Grenland der det er etablert tilsammen 19 KAD-plasser. Revisjonen har vist at Skien og Siljan kommune i revisjonsperioden, hadde høyest gjennomsnittlig belegg på 70 %. Videre hadde kommunene Porsgrunn og Drangedal lavest gjennomsnittlig belegg på ca. 40 - 35 %.

Det fremkom i intervjuene at det pågår et kontinuerlig samarbeid mellom kommunene, fastleger og helseforetaket for å sikre at KAD-plasser anvendes. Tiltakene er blant annet rettet mot fastlegenes rolle i forhold til å velge korrekt nivå på helsetjeneste og bruk av KAD-plasser.

### **Vurdering**

En god utnyttelse av KAD-plassene i alle kommunene kan bidra til at pasienter i større grad behandles på riktig nivå. Revisjonen har vist at helseforetaket har etablert samarbeid med kommunene om KAD-plasser, men det er ulik utnyttelsesgrad i kommunene. En bedre utnyttelsesgrad kan medføre at helseforetaket får en reduksjon i antall innleggelser som igjen kan frigjøre kapasitet på sengepostene.

Etter konsernrevisjonens vurdering bidrar samarbeidet med kommunene angående KAD-plasser til å redusere antall innleggelser, som igjen har betydning for frigjøring av kapasitet i helseforetaket. Det er derfor viktig at helseforetaket fortsatt har fokus på samarbeidet med kommunene, og at dette videreutvikles.

---

### **Anbefalinger**

- Ingen anbefaling.

### **Revisjonskriterie:**

#### **Pasienter som er utskrivningsklare blir skrevet ut**

*Helseforetaket bør etablere rutiner som sikrer at utskrivningsklare pasienter blir skrevet ut. I dette inngår det at det er etablert avtaler mellom helseforetaket og tilhørende kommuner om utskrivningsklare pasienter.*

Revisjonen har vist at helseforetaket har rutiner som skal sikre at utskrivningsklare pasienter blir skrevet ut. Revisjonen har videre vist at det er etablert likelydende samarbeidsavtale mellom STHF og de omliggende kommunene, som beskriver hvordan samarbeidet mellom første- og andrelinjetjenesten skal foregå. Avtalen er videre operasjonalisert i en overordnet prosedyre.

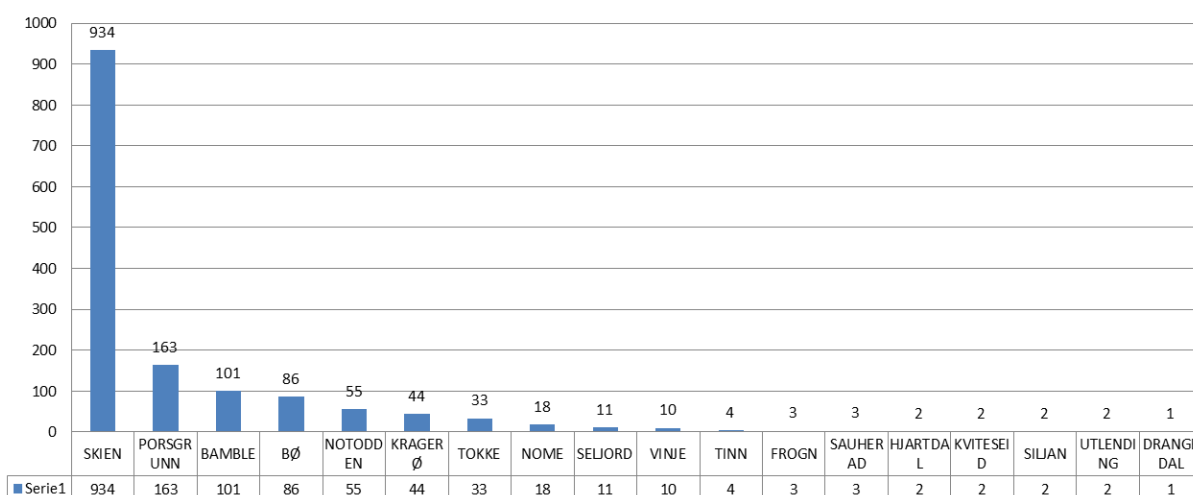
På bakgrunn av intervju i reviderte enheter, er det vårt inntrykk at prosedyrene er gjennomgående kjent. Tallene som er hentet fra helseforetaket (se figur 3) viser at det i perioder har vært utfordringer med å få skrevet ut pasienter (utskrivningsklare), spesielt til Skien kommune<sup>4</sup>. Observasjonen bekreftes i intervjuene.

Det fremkom i intervjuene at gjennomsnittlig liggetid på Medisin 3 er 3,4-3,5 døgn, men at det kan skje at enkelte pasienter blir liggende som utskrivningsklare i 1-2 uker. Sistnevnte gjelder pasienter både fra Medisin 3 og Gastro 4.

---

<sup>4</sup> Dataene i figur 3 er ikke revidert av konsernrevisjonen.

## Antall utskrivningsklare døgn per kommune fra januar tom oktober 2016



Figur 3 Antall utskrivningsklare døgn per kommune fra januar tom oktober 2016

### Vurdering

Etablering av avtaler og prosedyrer for å sikre at utskrivningsklare pasienter skrives ut til kommunehelsetjenesten er viktig for å frigjøre sengeplasser på sengepostene. Revisjonen har vist at det er etablert slike avtaler og det foreligger en overordnet prosedyre. Prosedyren synes å være kjent.

Revisjonen har videre vist at det er perioder hvor utskrivningsklare pasienter blir liggende i helseforetaket, og at dette kan skyldes manglende kapasitet på mottakersiden i kommunene.

Etter vår vurdering bidrar avtaler mellom helseforetaket og tilhørende kommuner, samt rutiner i helseforetaket til at utskrivningsklare pasienter blir skrevet ut. Ferdigbehandlede pasienter som likevel ikke blir skrevet ut fra helseforetaket, kan medføre at senger ikke frigjøres for pasienter med behov for innleggelse. Det er viktig at helseforetaket fortsatt har fokus på samarbeidet med kommunene, og det forutsettes at dette videreutvikles. Det har ikke vært innenfor rammene i revisjonen å vurdere kommunenes arbeid.

### Anbefalinger

- Ingen anbefaling.

### Revisjonskriterie:

#### Ivaretagelse av satelittpasienter

*Helseforetaket bør etablere tiltak for ivaretagelse av satelittpasienter. Videre forventes det at det er angitt kriterier for hvilke pasienter som kan flyttes til andre avdelinger slik at pasientene blir ivaretatt med rett kompetanse, og at det er rutiner for gjennomføring av legevisitt for satelittpasienter. Disse prosedyrene og rutinene må være kjent i enhetene.*

Revisjonen har vist at det er etablert tiltak for å ivareta satelittpasienter. Det foreligger en overordnet retningslinje for oppfølging av satelittpasienter som angir prinsipper for ivaretagelse av disse pasientene (Dok. ID: 29200). Denne omfatter blant annet tiltak for å sikre kompetanse

og ivareta medisinskfaglige behov, samt tiltak for å sikre dokumentasjon i journal, legevisitt og videre oppfølging av satelittpasienter.

Tiltak for å ivareta satelittpasienter er rettet inn mot perioder med kapasitetsutfordringer og overbelegg. I slike perioder iverksettes kapasitetsmøter for å fordele pasienter mellom enheter, og man avklarer hvilke pasienter som kan flyttes. I Medisin 3 er det eksempelvis etablert daglige tavlemøter der flytteliste utarbeides. I intervjuene fremkom det at Gastro 4 utarbeider flytteliste dersom belegget tilsier det. Revisjonen har vist at det er utarbeidet en retningslinje for praksisen med tavlemøte i medisinsk klinikk (Dok. ID: 29758). Retningslinjen ble publisert i revisjonsperioden.

Det foreligger også en retningslinje på overordnet nivå som omhandler tiltak for å sikre pasientflyt fra akuttmottaket til somatiske sengeposter og mellom sengeposter (Dok. ID: 29202). I denne retningslinjen defineres satelittpasient, og det angis hvilke pasienter som kan flyttes hvor basert på medisinskfaglige vurderinger, diagnose og fagtilhørighet.

Ansvar og myndighet for ivaretagelse av satelittpasienter er angitt i de nevnte overordnede retningslinjene og er knyttet til konkrete roller i helseforetaket, både kliniske/faglige og i linjen.

Revisjonen har vist gjennom intervju i reviderte enheter, at retningslinjene synes å være gjennomgående kjent.

I intervjuene fremkom det at legene i noen tilfeller prioriterer legevisitt til de sykeste pasientene før de går legevisitt på satelittpasienter. Dette begrunnes med at det er medisinsk avklarte pasienter som er satelittpasienter, og noe forsinket legevisitt til denne gruppen har sin bakgrunn i nødvendige faglige prioriteringer. Journalgjennomgangen har også vist variasjon i tidspunkt for legevisitt for satelittpasienter.

### **Vurdering**

Det må foreligge tiltak som sikrer at pasienter som flyttes til andre enheter enn moderavdelingen blir ivaretatt på en forsvarlig måte. Revisjonen har vist at det foreligger retningslinjer for ivaretagelse av satelittpasienter, og disse synes å være kjent i reviderte enheter.

Revisjonen har imidlertid avdekket at det kan være utfordringer knyttet til å gjennomføre legevisitt til satelittpasientene før legevisitt til pasientene på moderavdelingen, slik det er angitt i overordnede retningslinjer. Etter konsernrevisjonens vurdering kan det være flere mulige årsaker til dette. Forsinket legevisitt til satelittpasientene kan etter vår vurdering utgjøre risiko for at kapasitet på sengepostene ikke blir frigjort og at ferdigbehandlet pasienter opptar sengerommene. Det er viktig at reviderte enheter fortsatt har fokus på intensjonen med interne retningslinjer.

---

### **Anbefalinger**

- Ingen anbefaling.

### 3.3 Rapportering og oppfølging av korridorpasienter

#### **Revisjonskriterie:**

#### **Rutiner for rapportering og oppfølging er etablert**

*Helseforetaket bør etablere rutiner for rapportering og oppfølging av korridorpasienter som en del av den ordinære driften.*

Revisjonen har vist at det er etablert rutiner for rapportering og oppfølging av korridorpasienter.

Gjennomgangen har vist at virksomhetsdata rapporteres månedlig til ledelsen og styret, samt tertialvis til Helse Sør-Øst RHF. Temaet «korridorpasienter» inngår i rapporteringen.

Revisjonen har videre vist at det er etablert struktur for rapportering og oppfølging i klinikkene, og de reviderte enhetene. Rapportering og oppfølging av korridorpasienter gjennomføres som en del av klinikkledermøter, ledermøter, seksjonsledermøter, personalmøter og daglige tavlemøter. I intervjuene fremkom det at korridorpasienter er tema på personalmøter, undervisningsdager og at ansatte holdes fortløpende oppdatert. Eksempelvis benytter Akuttmottaket avdelingens interne informasjonsavis «Akuttnyt», til ukentlig oppfølging.

Revisjonen har vist at det er etablert et system som gir kontinuerlig oversikt over senger og kapasitet i helseforetaket. Det henvises til revisjonskriteriet på side 18. Systemet benevnes internt som «online-oversikten». Det fremkom i intervjuene at informasjon om måloppnåelse er tilgjengelig for ansatte gjennom denne oversikten.

#### **Vurdering**

Rapportering og oppfølging av korridorpasienter er viktig for å avgjøre om tiltak som er iverksatt for å redusere antall korridorpasienter har effekt.

Revisjonen har vist at det er etablert rutiner for hvordan helseforetaket skal rapportere og følge opp korridorpasienter. Rapportering og oppfølging av korridorpasienter har etter vår vurdering blitt en integrert del av virksomhetsstyringen i helseforetaket. Etter vår vurdering bidrar dette til å gi helseforetaket grunnlag for styring og oppfølging i arbeidet med å unngå korridorpasienter.

---

#### **Anbefalinger**

- Ingen anbefaling.

#### **Revisjonskriterie:**

#### **Avvik meldes og håndteres i avvikssystemet**

*Helseforetaket bør angi praksis for registrering og håndtering av avvik. Det forventes videre at det meldes avvik, og at resultatene fra avvikshåndtering anvendes til forbedring.*

Revisjonen har vist at det foreligger prosedyre for håndtering av avvik og systematisk forbedringsarbeid (Dok. ID: 861). Det er angitt hva som skal meldes, roller og ansvar i forhold til for å håndtere avvikene, samt hvordan meldte hendelser kan brukes i kontinuerlig forbedringsarbeid.



På bakgrunn av intervju i reviderte enheter, er det vårt inntrykk at prosedyrene er gjennomgående kjent.

I intervju fremkom det videre at det meldes avvik blant annet knyttet til satelittpasienter, overbelegg samt forsinket behandling og/eller medisiner. Dette bekreftes også i gjennomgangen av avviksmeldingene for perioden 1. januar – 28. november 2016 fra henholdsvis Medisin 3 og Gastro 4.

I revisjonen er det hentet ut meldinger fra avvikssystemet som viser at det er meldt avvik direkte relatert til implementeringen av retningslinjene med bakgrunn i korridorpatientprosjektet.

Revisjonen har videre vist at meldte avvik gjennomgås i de reviderte enhetene blant annet i personalmøter, morgenmøter, og anvendes i forbedringsarbeid. På Medisin 3 og Gastro 4 anvendes meldte avvik eksempelvis som opplæringscase i personalmøter. I Akuttmottaket publiseres eksempelvis relevante avvik i «Akuttnyt». Det fremkom imidlertid i flere av intervjuene at det er et erkjent forbedringspotensial i forhold til å melde avvik. Konsernrevisjonen har ikke gjennomført revisjonshandlinger for å estimere omfanget av underrapporteringen.

### **Vurdering**

Avvik og avvikshåndtering bør inngå som en sentral del av forbedringsarbeidet i helseforetaket. Avviksmeldinger knyttet til korridorprosjektet kan være vesentlig for å få informasjon knyttet til effekt av iverksatte tiltak og eventuelle uønskede side-effekter.

Revisjonen har vist at det er etablert prosedyre for melding og håndtering av avvik, og denne synes å være kjent i reviderte enheter. Det meldes avvik, og disse benyttes i forbedringsarbeid, men underrapportering av avvik kan medføre risiko for at feil, mangler og/eller forbedringsområder ikke blir avdekket. Etter konsernrevisjonens vurdering bidrar avvikssystemet og meldte avvik til å gi helseforetaket informasjon om iverksatte tiltak knyttet til korridorprosjektet har effekt. Underrapportering utgjør en risiko for at vesentlige svakheter ikke oppdages og håndteres optimalt. I forbindelse med forbedringsarbeidet som gjøres i helseforetaket, er det sentralt at reviderte enheter oppmuntrer til og bygger kultur for å melde avvik.

---

### **Anbefalinger**

- Ingen anbefaling.

## ***4. Registrering av korridorpasienter***

For å belyse problemstillingen har konsernrevisjonen undersøkt hvordan helseforetaket har etablert styring og kontroll med å registrere korridorpasienter, se kap. 1.5. Videre utdypning av revisjonsgrunnlaget og revisjonskriterier følger i vedlegg 2.

Antall korridorpasienter er en kvalitetsindikator for sykehusopphold som helseforetakene blir målt på (indikator nr. N-001). Kvalitetsindikatoren angir andel døgn med korridorpasienter. Pasienter som innlegges utover sykehusets vanlige kapasitet omfattes ikke av indikatoren. Dette gjelder ved ekstraordinære hendelser som f.eks. ulykker, katastrofer.

I kapittelet 3.1, beskrives revisjonskriterier, observasjoner fra revisjonen, samt våre vurderinger og eventuelle anbefalinger. Først presenteres resultatet av revisjonen for det som er gjennomgående for helseforetaket, og det som er felles for klinikkene. Deretter presenteres resultatet for seksjonene samlet.

## 4.1 Registreringspraksis

### Revisjonskriterie:

#### **Det er etablert et system for oversikt over senger og kapasitet**

*Helseforetaket bør etablere et system som til enhver tid har oversikt over antall senger, belegg og kapasitet. Det forventes videre at informasjonen holdes oppdatert.*

STHF har etablert et system som gir kontinuerlig oversikt over senger og kapasitet i helseforetaket. Systemet benevnes internt som «online-oversikten». Denne oversikten viser blant annet kapasitet, ledige senger, overbelegg og korridorsenger og er basert på fortløpende registrering av sengepostlister i DIPS. Oversikten er tilgjengelig for samtlige ansatte via intranettet, «Pulsen». Det bekreftes i intervjuene at det er enighet i helseforetaket om at online-oversikten genererer korrekte data. Det fremkom i intervju at det er gjort utsjekk i helseforetaket som viser at det er samsvar mellom data/informasjon i online-oversikten og sengepostenes lister. Konsernrevisjonen har ikke utført revisjonshandlinger for å bekrefte hvorvidt data i online-oversikten er korrekt.

På bakgrunn av intervju i reviderte enheter er vårt inntrykk at online-oversikten er gjennomgående kjent. Akuttmottaket anvender oversikten til å fordele pasienter ved overbelegg, og til å styre pasientflyten. De reviderte enhetene anvender oversikten til å ha kontinuerlig oversikt av kapasitet, samt ved flytting av pasienter etter flytteliste.

### **Vurdering**

Et system som gir kontinuerlig styringsinformasjon om antall senger, belegg og kapasitet på sengepostene, vil gjøre foretaket bedre i stand til å styre pasientflyten. For at systemet skal gi et riktig bilde er det sentralt at det oppdateres kontinuerlig.

Revisjonen har vist at det er etablert et system i helseforetaket som sikrer at man har oversikt over senger og kapasitet. Systemet synes å være gjennomgående kjent og blir anvendt i reviderte enheter. Etter konsernrevisjonens vurdering, gir systemet oversikt over belegget på sengepostene, og bidrar både til styring av pasientflyten og til arbeidet med å unngå korridorpasienter.

---

### **Anbefalinger**

- Ingen anbefaling.

### Revisjonskriterie:

#### **Det er definert og angitt hva som skal registreres, på hvilken måte og av hvem**

*Helseforetaket bør sikre at registrering og oppfølging av indikatoren gjøres i henhold til beskrivelse fra Helsedirektoratet (N-001, versjon 1.3 2012). Det bør foreligge prosedyrer som angir praksis for korrekt registrering, rapportering og oppfølging av indikatoren.*

Revisjonen har vist at det foreligger en DIPS – brukerveiledning (Dok. ID: 19943) for registrering av sengepostlister. Denne angir praksis for registrering og oppfølging av korridorpasienter. Definisjonen av korridorpasient i brukerveiledning vurderes å være i samsvar med beskrivelsen fra Helsedirektoratet. Revisjonen har vist at det rapporteres på indikatoren til ledelsen og styret månedlig, og tertialvis til NPR og Helse Sør-Øst RHF.

Registrering av korridorpasienter samt andre registreringer som eksempelvis tekniske senger, permisjon og ledsager, gjøres fortløpende og manuelt i sengepostlisten i DIPS.

Det fremkom i intervju at det er sykepleierne i akuttmottaket som først registrerer pasientene i systemet, ved at de datateknisk overflyttes til sengeposten via sengepostlisten i DIPS. Medisin 3 og Gastro 4 registrerer så pasientene med koder inn i sengepostlisten i DIPS. Det er sykepleierne på de ulike sengepostene som definerer om pasienten er «korridorpasient».

Opplæring i registreringspraksis gjennomføres for nyansatte, blant annet via DIPS-kurs og e-læring. Det bekreftes i intervju at de pasientene som registreres som korridorpasienter på de reviderte enhetene, er pasienter som *faktisk* ligger på korridor (ikke permisjoner, fortetningsrom, avstengte pasientrom).

På bakgrunn av intervju i reviderte enheter, er det vårt inntrykk at rutiner og veileder for registreringspraksis er gjennomgående kjent. Revisjonen har imidlertid vist at pasienter som ikke er satelittpasienter, men som legges på andre sengeposter enn moderposten registreres ulikt i Akuttmottak og Medisin 3. Føringer for denne type pasientregistrering er ikke fremlagt i revisjonen.

## Vurdering

Riktig registreringspraksis er viktig for å sikre at helseforetaket har korrekt grunnlag for styringsinformasjonen som hentes ut.

Når det gjelder korridorpasienter har revisjonen vist at det er definert og angitt hva som skal registreres, på hvilken måte og av hvem. Etter vår vurdering synes dette å være i samsvar med Helsedirektoratets beskrivelse av kvalitetsindikatoren.

Når det gjelder observasjonen knyttet til ulik praksis for registrering i DIPS av pasienter som innlegges på andre sengeposter enn moderposten, vurderer konsernrevisjonen at dette kan medføre risiko for feil loggføring av pasientinnleggelser, samt manglende journaltilgang.

---

## Anbefalinger

- Det anbefales at føringer for registreringspraksis avklares og forankres.

## 5. Vedlegg 1

Informasjonsgrunnlag, gjennomførte samtaler, saksgang og rapportbehandling

### Informasjonsgrunnlag

Styrende dokumenter
Helseforetaksloven
Helsepersonelloven
Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten
Rammeverk for virksomhetsstyring, prinsipper for intern styring og kontroll
Nasjonale kvalitetsindikator indikator nr. N-001
Lov om vern mot brann, eksplosjon og ulykker med farlig stoff og om brannvesenets redningsoppgaver (brann- og eksplosjonsvernloven).
Forskrift om brannforebygging
Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften) § 5.6
Oppdrag og bestilling 2016 for Sykehuset Telemark HF
<a href="https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-sykehusopphold/antall-korridorpasienter-pa-sykehus">https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-sykehusopphold/antall-korridorpasienter-pa-sykehus</a>
Definisjonskatalog, Styringsparametre og nasjonale kvalitetsindikatorer medisin og helsefag, Helse Sør-Øst RHF 2016
Notat til Helse- og omsorgsdepartementet, 17. september 2015 Med bakgrunn i henvendelse fra HOD etter oppfølgingsmøter med regionale helseforetak bes RHFene beskrive hvilke tiltak som er iverksatt av RHFene og hvordan helseforetakene jobber med å redusere/avvikle korridorplasser.
Beslutningssak om iverksettelse av prosjektet "Ingen korridorpasienter ved STHF" og Prosjektbeskrivelse/rapport. Arbeidet med ingen korridorpasienter ved STHF.
Operasjonalisering og plan for implementering av tiltakene i korridorprosjektet Statusrapport Pr. 23. august 2016
Styret-20160622-50-01 Tertialrapport 1. tertial 2016
Styret-20161016_74 Tertialrapport 2. tertial 2016
STHF strategi 2016-2019
Utviklingsplan 2030
Risikovurdering - pasientsikkerhet korridorprosjektet
Rapport fra tilsyn med forsvarlig pasientbehandling ved overbelegg -Sykehuset Telemark HF, Medisinsk klinikk og Kirurgisk klinikk 2016
Lederavtaler
TQM ID 861 Systematisk forbedringsarbeid - uønskede hendelser - avvik - forebyggende og korrigerende tiltak
TQM ID 23812 Overflytting av pasienter mellom sengeposter i STHF
TQM ID 29200 Oppfølging av satellittpasienter

TQM ID 29202 Pasientflyt fra akuttmottaket til somatiske sengeposter og mellom sengeposter
TQM ID 3248 Utskriving av pasienter fra somatiske enheter ved STHF
TQM ID 23659 Branninstruks Medisin 3 Nordfløyen
TQM ID 8546 Branninstruks kirurgen 4
TQM ID29758 Tavlemøter-risikomøter og høsting av data i medisinsk klinikk
TQM ID 19943 Registrere rom, seng, team, behandler, primærkontakt og ledsager
Delavtale om innleggelse og utskrivningsklare pasienter avtale 4.3.1
Operativ plan for Akutt- og beredskapsklinikken 2016
Strategisk plan 2016 – 2019 Medisinsk klinikk STHF
Overordna samarbeidsavtale mellom STHF og kommunene i Telemark
Styret-20161016_75 Fylkesmannens tilsyn med forsvarlig pasientbehandling ved overbelegg.
Virksomhetsrapportering til styret februar til-november 2016

### Gjennomførte samtaler

Rolle	Enhet
Fagdirektør	Sykehuset Telemark HF
Samhandlingskoordinatorer	Grenland, Vest-Telemark og Midt og Øst Telemark
Analyse	Sykehuset Telemark HF
Klinikkjefer	Kirurgisk klinikk, Seksjon gastro 4, Medisinsk klinikk, Seksjon medisin 3 og Akutt- og beredskapsklinikken, Seksjon for akuttmottak
Avdelingsledere og seksjonsledere	Kirurgisk klinikk, Seksjon gastro 4, Medisinsk klinikk, Seksjon medisin 3 og Akutt- og beredskapsklinikken, Seksjon for akuttmottak
Koordinatorer/sykepleiere	Kirurgisk klinikk, Seksjon gastro 4, Medisinsk klinikk, Seksjon medisin 3 og Akutt- og beredskapsklinikken, Seksjon for akuttmottak
Overleger	Kirurgisk klinikk, Seksjon gastro 4, Medisinsk klinikk, Seksjon medisin 3 og Akutt- og beredskapsklinikken, Seksjon for akuttmottak
Sekretær	Akutt- og beredskapsklinikken, Seksjon for akuttmottak

### Saksgang og rapportbehandling

Dato	Aktivitet
16. august 2016	Varsel om internrevisjon
2. november 2016	Innledende møte
22. november 2016	Oppstart revisjon
25. januar 2017	Oversendelse av utkast rapport til reviderte enheter
14. februar 2017	Tilbakemelding utkast rapport
28. februar 2017	Oversendelse endelig rapport
	Behandling av revisjonsrapport i helseforetakets styre
	Styret i Helse Sør-Øst RHF orienteres om revisjonsrapport og helseforetakets tiltaksarbeid av revisjonsutvalget i Helse Sør-Øst

## 6. Vedlegg 2

### Utdypende føringer knyttet til tiltak for å forebygge korridorpasienter

I oppdragsdokument 2016 til Helse Sør-Øst RHF vises det til regjeringens målsetninger. Disse forutsetter at virksomheten skal innrettes for å nå følgende overordnede mål: 1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen, 2. Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling og 3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Innenfor mål 3, «Bedre kvalitet og pasientsikkerhet» er det for 2016 presisert at det ikke skal forekomme korridorpasienter. Målet er videreført i «Oppdrag og Bestilling 2016 for Sykehuset Telemark HF».

I oppfølgingsmøter med regionale helseforetak i mars 2015 legges det til grunn at helseforetakene igangsetter tiltak for å sikre at aktiviteten planlegges i henhold til pasientens behov. Det er videre angitt at helseforetakene må undersøke sammenhengen mellom beleggsprosent og kvalitet, det vil si om det er forsinkelser i pasientforløp, opphopning av pasienter i akuttmottak, korridorpasienter, sykefravær hos ansatte, økt forekomst av sykehusinfeksjoner og økt dødelighet med mer.

Helse Sør-Øst RHF innhentet i 2015 en redegjørelse fra alle helseforetakene om status og tiltak på arbeidet med å redusere/avvikle korridorplasser. Helseforetak med høy andel korridorpasienter beskrev i redegjørelsen at de hadde et spesielt fokus på tiltak som skal gi en bedret kapasitet, tilgjengelighet og pasientgjennomstrømning på avdelinger med særlige utfordringer. Helseforetakene rapporterer videre betydningen av tiltak som samhandling/samarbeid internt, styring/koordinering av pasientflyt, kompetanse/koordinering i akuttmottak, utskrivning av pasienter, hvordan kommunene anvender kommunale akutt døgnplasser (KAD-plasser) og føringer for omfordeling og flytting av pasienter.

Innføringen av samhandlingsreformen har bidratt til økt oppmerksomhet på utskrivning av pasienter i helseforetakene. Føringer for utskrivning av pasienter er hjemlet i «Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter». Utskrivning av pasienter anses som et viktig element i forhold til pasientflyt og kapasitet.

Fra 1. januar 2016 skulle alle kommuner innføre KAD-plasser. Disse kan brukes av de pasientene som kommunene har mulighet til å utrede eller behandle. I dette inngår også at KAD-plasser anvendes og at helseforetaket har et godt samarbeid med kommunene. Det er kun kommunale leger (fastleger, legevaktsleger og sykehjemsleger) som kan legge pasienter inn på KAD-plasser. Korridorpasienter kan utgjøre en risiko for brannvern, fordi korridorsenger kan blokkere rømningsveier og hindre evakuering. Forskrift om brannforebygging § 11 setter krav til frie rømningsveier og at fremkommeligheten ikke reduseres.

## Utdypende føringer knyttet til registreringspraksis av kvalitetsindikatoren korridorpasienter

Antall korridorpasienter er en kvalitetsindikator for sykehusopphold som helseforetakene blir målt på (indikator nr. N-001). Kvalitetsindikatoren angir andel døgn med korridorpasienter. Pasienter som innlegges utover sykehusets vanlige kapasitet omfattes ikke av indikatoren. Dette gjelder ved ekstraordinære hendelser som f.eks. ulykker, katastrofer.

*«Korridorpasient defineres som antall og andel pasienter som kl. 07.00 er plassert i seng på korridor, bad, skyllerom, dagligstue m.m. Det regnes også som korridorpasienter når plassering på korridor velges som løsning på observasjons- eller kontaktbehov. Dersom mor og barn etter fødsel plasseres på korridor eller lignende, skal de regnes som 2 korridorpasienter. Gjelder ikke "ekstra" pasienter på ordinære sengeplasser eller sengeplasser som er tatt ut av drift. Det betyr at antall korridorpasienter ikke beregnes ut fra totalt overbelegg, eller som antall flere pasienter enn antall ordinære sengeplasser.*

*Antall korridorpasienter er en prosessindikator for styring av pasientstrøm. Indikatoren uttrykker antall og omfang av uønskede hendelser og indikatoren må anvendes som styringsinformasjon for å sikre intern forbedring. Bakgrunnen for at antall korridorpasienter er etablert som kvalitetsindikator er blant annet at:*

- *Behandlingsplass i korridor hindrer ivaretagelse av pasientenes integritet og alminnelige verdighet*
- *Behandlingsplass i korridor hindrer ivaretagelse av lovpålagt taushetsplikt, jf. lov om helsepersonell*
- *Behandlingsplass i korridor hindrer god behandling og pleie*

*Indikatoren antall korridorpasienter rapporteres til avtalt datamottak i institusjonen uten pasientnavn eller begrunnelse for hendelsen.» (Definisjonskatalogen styringsparametre/kvalitetsindikatorer i hht. driftsavtalen 2013, N-001, versjon 1.3 2012,s. 16).*