




Rapport 10/2016

Revisjon Korridorpasienter Vestre Viken HF



Konsernrevisjonen
Helse Sør-Øst
18.11.2016

Rapport nr.	10/2016
Revisjonsperiode	Juni – november 2016
Virksomhet	Vestre Viken HF
Rapportmottaker	Styret i Vestre Viken HF ved styreleder Administrerende direktør Vestre Viken 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), Wenche A. Klemetsen, Tove Farstad, Liv Todnem (oppdragseier)

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
1 Innledning	5
1.1 Bakgrunn og beskrivelse.....	5
1.2 Mål og problemstillinger	5
1.3 Omfang og avgrensning.....	5
1.4 Gjennomføring og revisjonsgrunnlag	6
1.5 Revisjonskriterier.....	6
1.6 Metode.....	7
1.7 Veiledning til leseren.....	7
2 Problemstilling 1	8
«Har helseforetaket iverksatt tiltak for å forebygge korridorpasienter?».....	8
2.1 Mål og planer for å forebygge korridorpasienter.....	8
2.2 Tiltak for å forebygge korridorpasienter.....	14
2.3 Rapportering og oppfølging av korridorpasienter.....	18
2.1 Oppsummering problemstilling 1.....	20
3 Problemstilling 2	21
«Blir registrering av korridorpasienter gjennomført i henhold til angitt praksis?»	21
3.1 Registreringspraksis.....	21
3.1 Oppsummering problemstilling 2.....	24
Vedlegg 1	25

Sammendrag

I denne rapporten presenteres resultatene av konsernrevisjonens revisjon *Korridorpasienter* ved Vestre Viken HF.

Målet med revisjonen er å undersøke hvordan Vestre Viken HF arbeider for å sikre at det ikke forekommer korridorpasienter.

Revisjonens problemstillinger har vært:

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

Revisjonsperioden har vart fra juni til november 2016. Rapporten er basert på informasjon innhentet fra intervjuer, uttrekk av rapporter, meldinger fra avvikssystemet samt dokumentgjennomgang.

Revisjonen har vært rettet mot tre enheter fordelt på to klinikker i Vestre Viken HF, henholdsvis Drammen sykehus; medisin 1 / ortopedisk post 1 og Ringerike sykehus; medisinsk avdeling, sengetun I3/J3. I tillegg har sentrale medarbeidere fra stab vært inkludert i revisjonen.

Problemstilling 1

Revisjonen har vist at det er gjennomført flere tiltak i Vestre Viken HF for å forebygge korridorpasienter. Målet om ikke å ha korridorpasienter er videreført i driftsavtaler, og er gjennomgående kjent. Det gjennomføres risikovurdering i forbindelse med tertialvis rapportering samt i tilknytning til plan - og tiltaksarbeidet. Det er gjennomgående rutiner for rapportering og oppfølging, herunder bruk avviksmeldinger gjelder også for korridorpasienter.

Helseforetaket har også gjennomgående etablert prosedyrer på overordnet nivå som beskriver hvordan enhetene skal forebygge korridorpasienter og disse er videreført i klinikkene og enhetene, og bekreftes kjent. Gjennomgående tiltak for styring og koordinering av pasientflyt og håndtering av overbelegg i helseforetaket er etablert, og ansvar og roller i tilknytning til dette er angitt.

Imidlertid viser revisjonen at prosedyrene i ulik grad etterleves i de enheter som er revidert. Dette gjelder i hovedsak prosedyrer knyttet til håndtering av overbelegg og for ivaretagelse av satelittpasient;

- I revisjonen fremkommer det at det skjer at pasienter blir liggende i egen korridor fremfor å bli overflyttet til andre sengeposter. Det gjøres heller ikke alltid en utvelgelse av pasienter som er mulig å flytte til annen enhet.
- Legevisitt til satelittpasienter gjennomføres ikke alltid innen angitt tidspunkt og nødvendig dokumentasjon er i noen tilfeller ikke med ved overflytting.

Et stort antall prosedyrer som til dels er overlappende eller fragmenterte kan medføre at internkontrollen på området ikke blir effektiv.

Revisjonen har også vist at det er få muligheter til å ivareta taushetsplikten og integriteten til korridorpasientene i enhetene. Det er kjent i enhetene hvor senger ikke kan plasseres med hensyn til brannvern, men ved stort overbelegg skjer det at senger plasseres i strid med dette.

Etter konsernrevisjonens vurdering medfører manglende etterlevelse av egne tiltak for å forebygge korridorpasienter, at mål om 0 korridorpasienter vanskelig kan nås.

Problemstilling 2

Revisjonen har vist at det er gjennomført flere tiltak i Vestre Viken HF for å sikre at registrering av korridorpasienter gjennomføres i henhold til angitt praksis.

Det er etablert et system som skal gi oversikt over belegg og kapasitet i helseforetaket. Systemet er basert på DIPS, og informasjonen er tilgjengelig for- og oppdateres av akuttmottak og sengepostene/sengetunene.

- Imidlertid viste revisjonen at sengepostlistene ikke alltid var fortløpende oppdatert.

Det foreligger prosedyrer som angir praksis for korrekt registrering, rapportering og oppfølging av indikatoren. Disse er i henhold til Helsedirektoratets beskrivelse.

- Imidlertid viste revisjonen at prosedyre for registrering ikke alltid etterleves for enkelte enheter ved overbelegg. Med dette menes at det var etablert praksis for å plassere pasienter på rom i stengte enheter samtidig som disse pasientene ble registret som korridorpasient på moderenheten. Denne praksisen er ikke i samsvar med interne prosedyrer.

Konsernrevisjonen vurderer at manglende oppdatering av sengepostlister og feilaktig registrering av korridorpasienter gir mangelfulle/feilaktige data om korridorpasienter.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn og beskrivelse

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

Det er utviklet en indikator for å måle og følge med på korridorpasienter i norske sykehus. Indikatoren viser andel og antall pasienter som ligger på korridor. Antall korridorpasienter er også en prosessindikator for styring av pasientstrøm. Indikatoren uttrykker antall og omfang av en uønsket hendelse og skal anvendes som styringsinformasjon for å sikre intern forbedring i helseforetakene. Indikatoren omfatter ikke pasienter som tas inn utover sykehusets vanlige kapasitet ved ekstraordinære hendelser som ulykker og katastrofer etc.

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

I 1. tertial 2016 hadde Helse Sør-Øst RHF en andel på 1,4 % korridorpasienter innen somatikk, og tilsvarende tall for Vestre Viken HF var 2,5 %.

1.2 Mål og problemstillinger

Formålet med revisjoner som utføres av konsernrevisjonen, er å bekrefte helseforetakenes styring og kontroll, risikostyring og virksomhetsstyring og bidra til forbedring.

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 føringer (mål, strategier, rutiner, prosedyrer) både for å unngå - og å håndtere korridorpasienter. Deretter vil konsernrevisjonen undersøke om og på hvilken måte rutinene er videreført i den enkelte enhet.

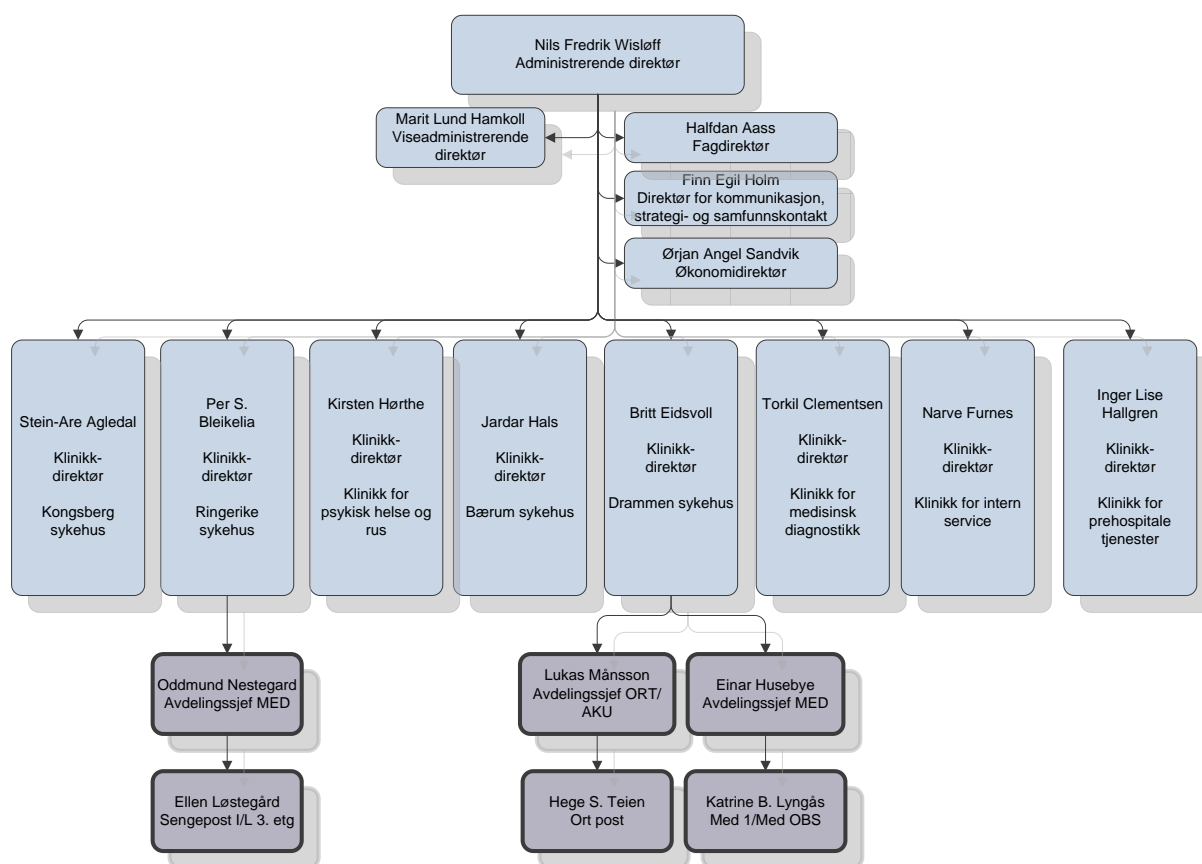
For å svare opp dette er det definert følgende problemstillinger:

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.

1.3 Omfang og avgrensning

Helseforetaket er organisert i åtte klinikker med virksomhet på fire somatiske sykehus, henholdsvis Drammen, Ringerike, Kongsberg og Bærum. I revisjonen ble sengetun I3 i medisinsk avdeling på Ringerike sykehus, og medisin 1 i medisinsk avdeling og ortopedisk post i akuttmottak/ortopedi på Drammen sykehus valgt ut, se figur 1. I tillegg er revisjonen utvidet slik at sengetun J3 på Ringerike sykehus er inkludert i datauttrekket, ettersom sengetun I3 var sommerstengt i perioden datauttrekket ble gjort.



Figur 1 Forenklet organisasjonskart for Vestre Viken HF som viser hvilke enheter som er blitt revidert.

Andelen korridorpasienter ved reviderte enheter var i august 2016 på henholdsvis 5,5 % på medisin 1 på Drammen sykehus, 1,9 % ortopedisk post på Drammen sykehus og 2,1 % ved sengetun I3 på Ringerike sykehus.

I revisjonen er det ikke vurdert effekten av iverksatte tiltak, for eksempel utnyttelse av kapasitet på tvers i helseforetaket, eller kapasitet og kapasitetsbehov for øvrig.

1.4 Gjennomføring og revisjonsgrunnlag

Revisjonen har blitt gjennomført i perioden juni til november 2016. Det er gjennomført verifisering av funnene gjennom møter, samt innspill på utkast rapport som ble oversendt den 31. oktober 2016. Se vedlegg 1 for nærmere redegjørelse om saksgang og rapportering.

Revisjonsgrunnlaget som er benyttet i revisjonen er:

- Lov - og forskriftskrav.
- Styrende dokumenter.
- Rammeverk for virksomhetsstyring, intern styring og kontroll Helse Sør-Øst RHF.

1.5 Revisjonskriterier

I kapittel 1.4 er det beskrevet hvilke lovkrav og andre føringer som er sentrale for å belyse problemstillingene som revisjonen omfatter. På bakgrunn av dette er det utarbeidet revisjonskriterier som observasjonene og funnene i revisjonen vurderes opp imot. 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 under problemstilling 2 er det to revisjonskriterier, se oversikten under.

Problemstilling 1

Har helseforetaket iverksatt tiltak for å forebygge korridorpasienter?

Mål og plan for å forebygge korridorpasienter

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

Tiltak for å forebygge korridorpasienter

4. Samarbeidet med kommunene angående KAD-plasser er angitt
5. Pasienter som er utskrivningsklare blir skrevet ut
6. Satelittpasienter¹ ivaretas

Rapportering og oppfølging av korridorpasienter

7. Rutiner for rapportering og oppfølging er etablert
8. Avvik meldes og håndteres i avvikssystemet

Problemstilling 2

Blir registrering av korridorpasienter gjennomført i henhold til angitt praksis?

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

1.6 Metode

I gjennomføringen av revisjonen har følgende metoder blitt benyttet:

- Innhenting og gjennomgang av dokumentasjon.
- Samtaler/intervju med ledere, sykepleiere og leger som har roller og ansvar med hensyn til å håndtere korridorpasienter/overbelegg.
- Innhentet avviksmeldinger fra reviderte enheter for perioden 1.januar 2016 til 12. august 2016.
- Datauttrekk.

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

1.7 Veiledning til leseren

I kapittel 2 og 3 presenteres funn i revisjonen med utgangspunkt i revisjonskriteriene, som er angitt for å svare opp de to problemstillingene. Der det er vurdert vesentlige mangler/svakheter har konsernrevisjonen gitt anbefalinger. Revisjonskriterier, observasjoner, vurderinger og anbefalinger presenteres løpende for hver av de reviderte enhetene.

¹ Satelittpasienter eller uteliggere er pasienter som ikke har fått sengeplass på «moderposten», men ligger på en annen sengepost. Dette gjelder også pasienter som ligger på andre steder enn primærtun.

2 Problemstilling 1

«Har helseforetaket iverksatt tiltak for å forebygge korridorpasienter?»

For å belyse denne 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 beskrives i rubrikken under.

Utdypende føringer knyttet til forebygging av 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 Vestre Viken 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 beleggspersent 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 korridorpasser. Helseforetak med høy andel korridorpasienter beskrev i redegjørelsen at de hadde et spesielt fokus på tiltak som skal gi en bedret kapasitet, tilgjengelighet og pasientgjennomstrømming 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 akutt plasser (KAD) og føringer for omfordeling og flytting av pasienter.

Innføringen av samhandlingsreformen har bidratt til et fokus i helseforetakene på utskrivning av pasienter. 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 skal alle kommuner ha kommunale akutte døgnplasser (KAD-plasser). KAD-plassene kan brukes av de pasientene som kommunene har mulighet til å utrede eller behandle. I dette inngår også at kommunale akutte døgnplasser 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.

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.

I kapitlene 2.1 – 2.3, beskrives krav eller forventninger knyttet til revisjonskriteriene, funn og observasjoner fra revisjonen, samt konsernrevisjonens 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 sengepostene/sengetunene.

2.1 Mål og planer for å forebygge korridorpasienter

Revisjonskriterie 1: Mål er kommunisert og kjent, og risikovurdering gjennomføres

Det forventes at mål for å unngå korridorpasienter må være angitt, kommunisert og kjent i helseforetaket. Det er videre forventet at det gjennomføres risikovurderinger i tilknytning til operasjonalisering og oppfølging av mål.

Revisjonen viser at målet om ikke å ha korridorpasienter er angitt i «Oppdrag og bestilling (OBD) for Vestre Viken HF (VVHF) i 2016» og deretter videreført i driftsavtaler i helseforetaket. Målet er gjennomgående kjent.

I årlig melding fra VVHF for 2015, er det beskrevet at det gjennomføres risikovurdering i tilknytning til måloppnåelse av OBD hvert tertial i klinikkene. Resultatene sammenfattes i en overordnet risikovurdering for Vestre Viken HF. Revisjonen har vist at risikovurderingene er en del av tertialvis rapportering til styret.

Revisjonen viser videre at det er vurdert risiko i tilknytning til plan- og tiltaksarbeidet for å unngå korridorpasienter. Risikovurderinger er grunnlag for prioritering av tiltak beskrevet i ulike prosedyrer for håndtering av overbelegg, blant annet brann/brannvern og plassering av korridorsenger, flytting av pasienter og beredskap.

- **Konsernrevisjonen vurderer at målet om ikke å ha korridorpasienter er kommunisert og kjent. Risikovurderinger gjennomføres.**

Anbefalinger

- Ingen anbefalinger.

Revisjonskriterie 2: Det foreligger prosedyrer og planer for hvordan helseforetaket skal arbeide med korridorpasienter

Det forventes at det er utarbeidet prosedyrer som angir hvordan helseforetaket skal arbeide med korridorpasienter, og at dette er konkretisert i prosedyrer for klinikkene og avdelingene. Det forventes videre at det foreligger prosedyrer for ivaretagelse av brannvern, og det er rutiner for hvordan man tilrettelegger for eventuelle korridorpasienter. Disse prosedyrene og rutineene må være kjent i enhetene.

Revisjonen viser at det foreligger en prosedyre på overordnet nivå som angir føringer for utnyttelse av den totale sengekapasiteten i somatikken (dokID: 1112). Prosedyren beskriver samarbeidsrutiner for overflyttinger knyttet til kapasitetsproblemer i helseforetaket, samt prinsipper for å sikre utnyttelsen av den totale sengekapasiteten innen somatikken i VV HF. Det fremkom i intervju at man skal utnytte intern kapasitet før man vurderer overflytting av pasienter til andre geografiske enheter i helseforetaket. Det fremkom også at det stort sett er intensivpasienter med behov for respiratorbehandling som flyttes. Prosedyren er operasjonalisert i klinikkvis prosedyrer.

Det foreligger videre prosedyrer på overordnet nivå som angir at senger ikke skal blokkere rømningsveier (dokID: 50087). Det er gjennomgående angitt hvor pasientene ikke skal/kan legges på korridor. Det er også utarbeidet en prosedyre for brannvern (dokID: 5338) som angir at pasienter skal omplasseres til annen avdeling/seksjon/plasseres i andre godkjente rom så langt dette er mulig, før man tar i bruk korridorene. Revisjonen har vist at prosedyrene er kjent i enhetene.

I forbindelse med revisjonen ble det pr. 23. juni 2016 gjort søk i prosedyrer i e-håndboka på VV HF. Det resulterte i 18 treff på korridorpasienter og 59 treff på overbelegg. Avdelingen for kvalitet anser at reduksjon i antall prosedyrer på området er et forbedringsområde. Dette støttes av konsernrevisjonen som også innenfor de enheter som er revidert ser at prosedyrene til dels også er overlappende eller fragmenterte, noe som kan være årsaken til at det i revisjonen fremkommer at enkelte prosedyrer ikke etterleves.

- **Konsernrevisjonen vurderer at det foreligger prosedyrer på overordnet nivå som beskriver hvordan helseforetaket skal forebygge korridorpasienter. De overordnede føringene er videreført i klinikkvis prosedyrer. Prosedyrene er**

gjennomgående kjent, men et stort antall prosedyrer på klinikk og enhetsnivå kan medføre at internkontrollen på området ikke blir effektiv.

Anbefalinger

- Det anbefales at det gjennomføres tiltak som sikrer at det er tydelig hvilke prosedyrer som skal være styrende på hvilket nivå.

Drammen sykehus, Medisin 1 (Med 1):

Revisjonen viser at det er etablert prosedyrer for forebygging av korridorpasienter for medisinsk avdeling Drammen sykehus (DS) som også omfatter Med 1. Revisjonen viser videre at det er etablert rutiner for å ivareta brannvern. Det foreligger blant annet en plantegning hvor det er markert fire steder i korridoren hvor senger kan plasseres uten å komme i konflikt med rømningsveier, brannslanger og lignende.

Medisinsk avdeling har utviklet et «Hjelpepost²» (H-post)-system (dokID: 28791), som klinikk Drammen har fastsatt gjeldende for sykehuset (dokID:15884). Videre har medisinsk avdeling en prosedyre der alle tiltak for håndtering av overbelegg er beskrevet, herunder bruk av H-post, (dokID: 56475). Det er angitt at formålet med H-post-direktivet er at før pasienter legges på korridor i medisinsk avdeling, må ledige senger ved andre avdelinger benyttes. Når alle «normerte sengeplasser³» på medisinsk avdeling er fylt opp, skal akuttmottaket fremskaffe oversikt over ledige normerte senger ved andre avdelinger på sykehuset. Dette skal skje ved at medisinsk avdeling flytter pasientene internt for å utnytte egne normerte senger, før pasienter flyttes til H-post (ledig normert seng i annen avdeling) for å unngå overbelegg/korridorplassering.

Det fremkommer i revisjonen at en sentral del med H-post-direktivet er å identifisere pasienter som kan flyttes til H-post.

Det fremkommer videre at hvert visitteam på medisinsk avdeling har ansvar for 10-12 pasienter, og må identifisere minst to pasienter som er kandidater for H-post.

H-post klarerte pasienter markeres med «H» på tavle i vaktrom, der man har oversikt over pasientene.

Ved stor pasientpågang, er beslutningen om hvilken pasient som kan flyttes til H-post allerede tatt. Videre er det angitt at lege i akuttmottaket skal vurdere om en pasient må til moderposten eller kan legges på annen post dersom det er fullt på moderposten.

Revisjonen viser at prosedyrene er kjent, men det fremkommer i intervju at det ikke alltid markeres «H» på tavla for hvilke pasienter som er flyttbare til H-post.

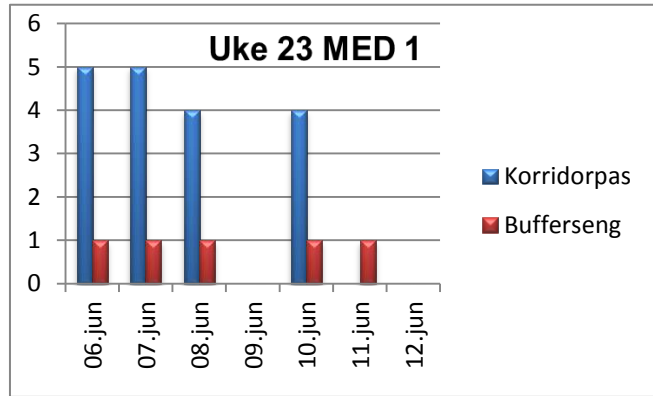
I tillegg fremkommer det i intervju at det ved overbelegg kan skje at det legges inntil fire pasienter på korridor før det iverksettes tiltak for å flytte pasienter til H-post. Andel korridorpasienter på Med 1 var per august 2016 på 5,5 %.

I revisjonen ble det gjort uttrekk av rapport D-6029 og D-5952 i uke 23, som en stikkprøve på bakgrunn av det som fremkom i intervju. Figur 2 viser korridorpasienter og bruken av buffersenger på Med 1 i denne perioden. Tall hentet ut fra rapport D-6029 viser at det var henholdsvis 7 – og 4 pasienter på H-post for hele medisinsk avdeling 6. og 7. juni. De resterende dagene i uke 23 var det ingen pasienter på H-post på medisinsk avdeling.

² H-post (Hjelpepost): Når avdelingen av plasshensyn må disponere ledige sengeplasser ved sengeposter ved andre avdelinger.

³ Normerte sengeplasser: Sengeplasser som det er bemanning til og som inngår i normal sengepost drift.

Rapport D-683 tatt ut fra Ortopedisk sengepost (Ort 1), som er en av flere H-poster for medisinsk avdeling, viser at Ort 1 hadde henholdsvis 4, 8, 5 og 3 ledige senger kl. 07.00 fra mandag til torsdag den samme uken. I revisjonen ble det imidlertid ikke undersøkt om Med 1 på dette tidspunktet hadde definert H-postpasienter som faktisk kunne vært flyttet til de ledige sengeplassene på Ort 1. Det er videre slik at det ikke alltid vil være samsvar mellom antall normerte senger i DIPS og tilgjengelige senger, f.eks. når tomannsrom benyttes til en pasient ved smitte.



Figur 2 Overbelegg for Med 1 uke 23 2016

Gjennomgangen har videre vist at korridorpasienter skjermes med skjerm Brett og har ringeklokke. Toalett og dusj, deles med de andre pasientene som ligger på pasientrom.

- **Konsernrevisjonen vurderer at det er prosedyrer for hvordan Med 1 skal forebygge korridorpasienter.**
- **Konsernrevisjonen vurderer at aktuelle tiltak for å forebygge korridorpasienter er kjent, men at prosedyren ikke fullt ut etterleves.**
- **Konsernrevisjonen vurderer at det er få muligheter til å ivareta taushetsplikten og integriteten til korridorpasientene i enheten.**

Anbefalinger

- Det anbefales at det iverksettes nødvendige tiltak for å sikre at aktuelle prosedyrer etterleves.

Drammen sykehus, Ortopedisk post (Ort 1):

Revisjonen viser at det er etablert lokale prosedyrer for forebygging av korridorpasienter for Ort 1. Det foreligger en prosedyre på klinikknivå, som angir at når normerte sengeplasser er benyttet i sengepostene skal man vurdere muligheten for å flytte pasienter på H-post (dokID: 15884). Det foreligger videre en prosedyre som angir at Ort 1 kan disponere 7 senger i AkuOBS (dokID: 2401). Det er videre angitt kriterier for hvilke pasienter som egner seg til å ligge på AkuOBS, herunder hoftepasienter, armbrudd, benbrudd, commotio cerebri (dokID: 67220). Det fremkommer i intervjuene at Ort 1 er primært hjelpepost for andre avdelinger. Det fremkommer videre i intervju at når sengeposten har ledig plass til å ta imot H-postpasienter, anvendes ikke disse alltid fullt ut.

Revisjonen har vist at Ort 1 benytter seg av kapasiteten på Kongsberg sykehus, og Aku-Ort for å utnytte kapasiteten internt.

Det er videre angitt plasser i korridor for plassering av korridorpasienter, slik at de ikke er til hinder for brann – og rømningsveier. Revisjonen viser at prosedyrene og rutinene for plassering av korridorpasienter er kjent.

Det fremkommer i intervjuene at korridorpasienter skjermes med skjerm Brett. Toalett og dusj, deles med de andre pasientene som ligger på pasientrom.

Det fremkommer videre i intervju at Ort 1 ved overbelegg kan legge inntil fire pasienter på korridor. Det fremkommer i intervjuene at tiltak for flytting av pasienter iverksettes dersom det kommer pasienter utover dette.

I revisjonen fremkom det at Ort 1 skal igangsette et prosjekt "Sengepostprosjektet" høsten 2016. Prosjektet skal blant annet se på kapasitetsutnyttelse og bruk av styringsinformasjon, i forbindelse med at de skal redusere sengekapasiteten.

- **Konsernrevisjonen vurderer at det er prosedyrer for hvordan Ort 1 skal forebygge korridorpasienter.**
- **Konsernrevisjonen vurderer at aktuelle tiltak for å forebygge korridorpasienter er kjent, men at prosedyrene ikke fullt ut etterleves.**
- **Konsernrevisjonen vurderer at det er få muligheter til å ivareta taushetsplikten og integriteten til korridorpatientene i enheten.**

Anbefalinger

- Det anbefales at det iverksettes nødvendige tiltak for å sikre at aktuelle prosedyrer etterleves.

Ringerike Sykehus, sengetun I3/L3:

Revisjon viser at det foreligger en overordnet strategi på Ringerike sykehus for håndtering av korridorpasienter. I strategien beskrives blant annet mål gitt i driftsavtalene, status pr juni 2016 og tiltak som skal gjennomføres.

Revisjonen viser videre at det er utarbeidet prosedyrer for hvordan Ringerike sykehus skal forebygge korridorpasienter, (dokID: 40571 og dokID: 27296). Prosedyrene angir hvilke tiltak som skal iverksettes når driftssituasjonen blir vanskelig og/eller uhåndterlig på grunn av stort overbelegg, samt hvilke sengetun som skal samarbeide (prinsipp om primærtun, sekundærtun og tertiærtun). Det er videre angitt at alle slagpasienter skal plasseres på sengetun I3.

Det fremkommer at prosedyren (dokID: 40571) skal tre i kraft når overbelegget er et faktum og man etter legevisitt har fått oversikt over planlagte utreiser. Det fremkommer videre i intervju at prosedyren er kjent og at det gjøres kontinuerlige vurderinger om å ta i bruk senger på samarbeidende tun. Det fremkommer imidlertid også at terskelen for å benytte sekundær- eller tertiærtun varierer i enheten.

Videre viser gjennomgangen at samarbeidende tun har felles fagdager hver 12. uke for å sikre at sengetunene har kompetanse til å ivareta pasienter på tvers av fagområder.

I intervjuene fremkommer det at sengeposten har skjerm Brett som benyttes dersom man har korridorpasienter. Det fremkommer videre at møterommet brukes ved legevisitt på korridorpasienter, hvis det er ledig. På sengetunet er det kun et toalett for korridorpatientene på fire tun, og det er ikke tilgang til dusj fordi denne er kun på sengerommene.

Gjennomgangen viser også at det er angitt to steder i korridor hvor senger kan plasseres uten å være i konflikt med rømningsveier og brannslanger. Det er fysisk merket på gulvet i korridoren hvor pasientsenger ikke skal stå. Det fremkommer imidlertid i intervju at dersom det blir for mange senger på korridor, kan det skje at pasientsenger plasseres i konflikt med interne rutiner for brannvern.

- Revisjonen viser at det er prosedyrer for hvordan sengetun I3/L3 skal forebygge korridorpasienter.
- Konsernrevisjonen vurderer at aktuelle tiltak for å håndtere korridorpasienter er kjent, men at prosedyrene ikke fullt ut etterleves.
- Konsernrevisjonen vurderer at det er få muligheter til å ivareta taushetsplikten og integriteten til korridorpatientene i enhetene.

Anbefalinger

- Det anbefales at det iverksettes nødvendige tiltak for å sikre at aktuelle prosedyrer etterleves.

Revisjonskriterie 3: Ansvar og roller for koordinering og styring av pasientflyt er angitt

Det forventes at ansvar og roller for koordinering og styring av pasientflyt er angitt og kjent.

Revisjonen viser at ansvar og roller for koordinering og styring av pasientflyt er angitt.

Drammen sykehus, Medisin 1 (Med 1):

Revisjonen viser at ansvar og oppgaver for koordinering og styring av pasientflyt er angitt i prosedyrer og funksjonsbeskrivelser. I prosedyren (dokID: 28843) er det angitt at ansvarlig sykepleier (A-vakten) skal ha oversikt over belegg på sengeposten, herunder normerte senger, buffersenger, korridorbelegg, planlagte utreiser og overflyttinger. Videre er det angitt at A-vakten skal oppdatere sengepostlisten i DIPS og kommunisere med akuttmottak angående overflytting og mottak av pasienter (dokID: 56475).

Det er videre angitt at visittansvarlig lege har ansvar for å identifisere en prioritert oversikt over pasienter som er egnet for overflytting til H-post (dokID: 15884). I medisinsk avdeling ivaretas dette ved H-markeringer på tavlene i sengepost (dokID: 28791).

Det er også angitt at når pasient er avklart av lege i akuttmottak for innleggelse på sengepost, skal helsesekretær, lege og pasientansvarlig sykepleier i akuttmottak samarbeide om sengepostplassering. Helsesekretær skal melde pasienten til aktuell sengepost (dokID: 19311).

Det fremkommer i intervjuene at erfarne sykepleiere får opplæring i ansvarsfunksjonen og at prosedyrene er kjent på sengeposten.

- **Konsernrevisjonen vurderer at ansvar og roller for å koordinere og styre pasientflyt er angitt og kjent på sengeposten.**

Anbefalinger

- Ingen anbefalinger.

Drammen sykehus, Ortopedisk post (Ort 1):

Revisjonen viser at ansvar og oppgaver for koordinering og styring av pasientflyt er angitt i prosedyrer og funksjonsbeskrivelser. Det er blant annet angitt at avdelingene har ansvar for å ha oversikt over belegget i egen avdeling og for rapportering til akuttmottaket innen kl. 14.00 (dokID: 15884).

Det fremkommer i intervju at ansvarsvakten /avdelingssykepleier har oversikt over belegget på post og holder akuttmottaket orientert om belegget. Det er videre angitt at når pasient er avklart av lege i akuttmottak for innleggelse på sengepost skal helsesekretær, lege og pasientansvarlig

sykepleier i akuttmottak samarbeide om sengepostplassering. Helsesekretær skal melde pasienten til aktuell sengepost (dokID: 19311).

Det fremkommer i intervju at prosedyrene er kjent på sengeposten.

- **Konsernrevisjonen vurderer at ansvar og roller for å koordinere og styre pasientflyt er angitt og kjent på sengeposten.**

Anbefalinger

- Ingen anbefalinger.

Ringerike Sykehus, sengetun I3/L3:

Revisjonen viser at ansvar og oppgaver for koordinering og styring av pasientflyt er angitt både i prosedyrer og funksjonsbeskrivelser. Det er blant annet angitt at primærvakt blant legene skal ha ansvaret for å plassere alle pasienter i en hovedprosess etter diagnose. Dette skal danne grunnlaget for hvilket sengetun pasienten plasseres på (dokID: 43417).

Det fremkommer i intervju at ansvarsvakt /avdelingssykepleier har oversikt over belegget på sengetunet og holder akuttmottaket orientert om belegg. Det fremkommer videre at ved overbelegg har de ansvarlige sykepleierne i etasjen ansvar for å avklare hvor pasienten skal plasseres, deretter informeres akuttmottaket.

Det er angitt at sekundærvakt bestemmer hvilken avdeling og hovedprosess pasienten tilhører, og sykepleier i akuttmottaket plasserer pasienten i henhold til dette (dokID: 27296).

Det fremkommer i intervju at prosedyrene er kjent på sengeposten.

- **Konsernrevisjonen vurderer at ansvar og roller for å koordinere og styre pasientflyt er angitt og kjent på sengeposten.**

Anbefalinger

- Ingen anbefalinger.

2.2 Tiltak for å forebygge korridorpasienter

Revisjonskriterie 4: Samarbeidet med kommunene angående KAD-plasser er angitt

Det forventes at det er angitt hvordan helseforetaket skal samarbeide med kommunene angående kommunale akutte døgnplasser (KAD-plasser).

Drammen sykehus:

Drammen sykehus har lokalsykehusfunksjon for syv kommuner. I disse er det etablert tilsammen ca. 22 KAD-plasser. Disse er etablert i kommunene Drammen, Nedre Eiker, Svelvik, Sande, Lier (ikke startet opp pr. 16. september 2016), Røyken og Hurum.

Det foreligger mandat for faglig samarbeidsforum for oppfølging og utvikling av kommunale ø-hjelpsplasser. Det er en plakat i akuttmottaket som angir kriterier for hvilke pasienter som kan bruke KAD-plassene. Kriteriene varierer mellom kommunene.

Tall hentet ut fra VVHF viser at beleggsprosenten på KAD-plassene i Drammen i første og andre kvartal 2016 varierer mellom 16,1 % - 45,1 %, se tabell 1. Oversikten viser at beleggsprosenten er økende fra første til andre kvartal.

Virksomhet	01.05.16	01.01.16
	31.08.16	30.04.16
Drammen legevakt	42 %	27,2 %
Drammen helsehus	34,6 %	29,9 %
Røyken og Hurum LV	17,1 %	16,1 %
Bråta, NEK	45,1 %	30,4 %

Tabell 1: Beleggsprosent på KAD-plasser i Drammen

Det fremkommer i intervjuene at det er igangsatt arbeid for å skape bedre samarbeid mellom kommunene og Drammen sykehus med den hensikt å bedre utnyttelsen av KAD-plassene.

Det fremkommer også at akuttmottaket har oversikt over antall KAD-plasser som skal være tilgjengelig for kommunene som sokner til Drammen sykehus. Fra gjennomgangen vises det til at Drammen sykehus har varierende erfaring med hvordan KAD-plassene utnyttes.

- **Konsernrevisjonen vurderer at bedre utnyttelse av KAD-plasser kan bidra til å redusere antall unødvendige innleggelser.**

Anbefalinger

- Det anbefales at samarbeidet med kommunene om utnyttelse av KAD-plassene videreutvikles.

Ringerike Sykehus:

Ringerike sykehus har et opptaksområde som omfatter 12 kommuner. I disse kommunene er det etablert ca. 12 KAD-plasser til sammen.

I revisjonen fremkom det at det er 8,77 KAD-plasser for de seks nedre kommunene som sokner til Ringerike sykehus, og 3,2 KAD-plasser på Hallingdal Sjukestugu. Tall hentet fra VVHF viser at beleggsprosent i perioden 01. juni 2015 til og med 18. januar 2016 var på 38,75 % for de 8,77 plassene. I perioden før 01. juni 2015 var beleggsprosenten på ca. 22 %. Beleggsprosenten har vært økende siden 2015 og frem til januar 2016. Beleggsprosenten på Hallingdal Sjukestugu var 50 % for de 3,2 KAD-plassene (frem til august 2016).

Det fremkommer også at akuttmottaket har oversikt over antall KAD-plasser som skal være tilgjengelig i kommunene som sokner til Ringerike sykehus. Fra gjennomgangen vises det til at Ringerike sykehus har varierende erfaring med hvordan KAD-plassene anvendes.

- **Konsernrevisjonen vurderer at bedre utnyttelse av KAD-plasser kan bidra til å redusere antall unødvendige innleggelser.**

Anbefalinger

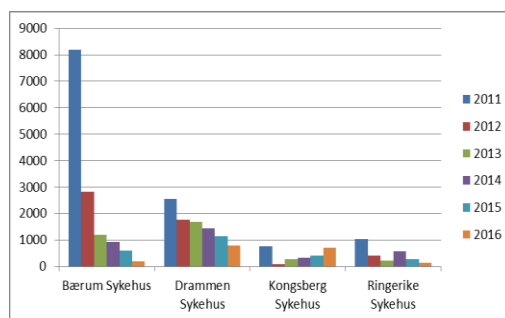
- Det anbefales at samarbeidet med kommunene om utnyttelse av KAD-plassene videreutvikles.

Revisjonskriterie 5: Pasienter som er utskrivningsklare blir skrevet ut

Det forventes at det er etablerte rutiner i helseforetaket som sikrer at utskrivningsklare pasienter blir skrevet ut⁴. I dette inngår det at det er etablert avtaler mellom helseforetaket og tilhørende kommuner om utskrivningsklare pasienter.

Revisjonen viser at det er rutiner i helseforetaket som skal sikre at utskrivningsklare pasienter blir skrevet ut. Revisjonen viser videre at det etablert samarbeidsavtale mellom Vestre Viken HF og de tilhørende kommunene, som beskriver hvordan samarbeidet mellom første- og andrelinjetjenesten skal foregå. Avtalen er videre operasjonalisert i en overordnet prosedyre (dokID:11549).

I intervjuene fremkommer det at det har vært en nedgang i antall utskrivningsklare døgn (ferdigbehandlede pasienter som blir liggende på sykehus) etter innføringen av samhandlingsreformen. Figur fra VVHF (figur 3) viser antall utskrivningsklare døgn 2011-2016. Figuren viser at for alle klinikker har utskrivningsklare døgn falt fra 2011 og frem til i dag.



Figur 3: Antall utskrivningsklare døgn 2011-2016

- **Konsernrevisjonen vurderer at rutiner for utskrivning av pasienter som beskriver samarbeidet mellom HF et og kommunene er kjent.**

Anbefalinger

- Ingen anbefalinger.

Revisjonskriterie 6: Ivaretagelse av satelittpasienter

Det forventes at det er angitt tiltak for ivaretagelse av satelittpasienter⁵. Videre forventes det at det er angitt kriterier for hvilke pasienter som kan flyttes til andre avdelinger slik at pasientene blir ivare tatt med rett kompetanse, og at det er rutiner for gjennomføring av legevisitt for satelittpasienter. Disse prosedyrene og rutinene må være kjent i enhetene.

Revisjonen viser at prosedyren på overordnet nivå, som omhandler føringer for utnyttelse av den totale sengekapasiteten i somatikken i VVHF (dokID: 1112), angir krav for å sikre kvalitet på pasientbehandlingen ved overflytting av pasienter. Revisjonen viser videre at de overordnede føringene er videreført i klinikkvisse prosedyrer.

Drammen sykehus, Medisin 1 (Med 1):

Revisjonen viser at det foreligger prosedyrer for ivaretagelse av satelittpasienter. I prosedyren på klinikknivå (dokID: 15884) er det blant annet angitt tiltak som skal sikre at H-postpasienter får legevisitt innen angitt tidspunkt. Medisinsk avdelings prosedyre (dokID: 28791) angir hvilke

⁴ Viser til revisjon om utskrivning av pasienter med behov for kommunehelsetjenester i Vestre Viken HF 2014.

⁵ Satelittpasienter eller uteliggere er pasienter som ikke har fått sengeplass på «moderposten», men ligger på en annen sengepost. Dette gjelder også pasienter som ligger på andre steder enn primærtun.

forutsetninger som skal være tilstede for pasienter som kan flyttes til H-post. I intervjuene fremkommer det at det er et gjennomgående prinsipp, at satelittpasienter skal være pasienter som har gjennomgått initial avklaring, som kan håndteres med grunnleggende sykepleiefaglig kompetanse. Dette vil ofte være pasienter som er i avslutningen av behandlingsforløpet eller pasienter som er utskrivningsklare og/eller venter på utskrivning.

Revisjonen viser at prosedyrene er kjent, men det fremkommer i intervju at leger på Med 1 går visitt på moderavdelingen før man går legevisitt på H-postpasientene. Dette resulterer i at legevisitten på H-postpasientene blir senere på dagen enn angitt tidspunkt, og dermed ikke prioritert som angitt i prosedyren.

Drammen sykehus, Ortopedisk post (Ort 1):

Revisjonen viser at det foreligger prosedyrer for ivaretagelse av satelittpasienter. Ort 1 er også kjent med at medisinsk avdelings prosedyre (dokID: 28791). Prosedyren angir som blant annet at nyinnlagte pasienter kun unntaksvis kan legges direkte på H-post. I prosedyren (dokID: 15884) er det blant annet angitt tiltak som skal sikre at H-postpasienter får legevisitt innen angitt tidspunkt. Det foreligger videre en prosedyre som blant annet angir hvilke pasienter som kan flyttes til H-post (dokID: 28791). I intervjuene fremkommer det at det er et gjennomgående prinsipp, at satelittpasienter skal være pasienter som har «lette» diagnoser som kan håndteres med grunnleggende sykepleiefaglig kompetanse, at pasienten er i avslutningen av behandlingsforløpet eller at pasienten er utskrivningsklar og/eller venter på utskrivning.

Revisjonen viser at prosedyrene er kjent, men i intervju fremkommer det imidlertid at Ort 1 av og til får medisinske pasienter direkte fra akuttmottaket, og ikke som H-postpasient fra Med 1.

I intervju fremkommer det også at dokumentasjon som følger H-postpasienten fra medisinsk avdeling i noen tilfeller er mangelfull. Det opplyses at det i noen tilfeller blir H-postpasienter omplassert til Ort 1 på tidspunkter som er lite gunstig for pasienten, eksempelvis på natten.

I intervjuene fremkommer det videre at det kan forekomme at legene på Med 1 bestiller prøver og undersøkelser til H-postpasienten, uten å informere ansatte og pasient på Ort 1. Det vises også til at legevisitten på H-postpasientene på Ort 1 i noen grad gjennomføres senere enn angitt i prosedyren.

Samlet vurdering og anbefalinger for reviderte enheter på Drammen sykehus:

- **Konsernrevisjonen vurderer at det foreligger prosedyrer for ivaretagelse av satelittpasienter, og at prosedyrene er kjent.**
- **Prosedyrer etterleves ikke alltid i enhetene, med det menes:**
 - **Legevisitten på satelittpasientene gjennomføres ikke alltid i henhold til angitt tidspunkt.**
 - **Pasienter og ansatte får ikke alltid beskjed om hvilke undersøkelser som skal gjennomføres.**
 - **Dokumentasjonen ved overflytting av H-postpasienter kan være mangelfull.**

Anbefalinger

- Det anbefales at det iverksettes nødvendige tiltak for å sikre at aktuelle prosedyrer etterleves.

Ringerike Sykehus, sengetun I3/L3:

Revisjonen viser at det foreligger prosedyrer som angir at plassering av pasienter skal være knyttet til kompetanse, ressursutnyttelse og pasientopplevd kvalitet (dokID: 27296). Konkrete tiltak for gjennomføring av legevisitt på satelittpasienter er ikke beskrevet, men det fremkommer i intervjuene at det er etablert rutiner for legevisitt når pasienter ligger på andre tun enn primærtunet. Revisjonen viser at rutineene er gjennomgående kjent.

- **Konsernrevisjonen vurderer at det foreligger prosedyrer for ivaretagelse av satelittpasienter, og prosedyren er kjent.**

Anbefalinger

- Ingen anbefalinger.

2.3 Rapportering og oppfølging av korridorpasienter

Revisjonskriterie 7: Rutiner for rapportering og oppfølging er etablert

Det forventes at det er etablert rutiner for rapportering og oppfølging av korridorpasienter som en del av den ordinære driften.

Revisjon viser at det er etablert gjennomgående rutiner for rapportering og oppfølging i helseforetaket.

Revisjonen viser at rapportering og oppfølging av korridorpasienter inngår som en del av den ordinære virksomhetsstyringen i helseforetaket. Gjennomgangen viser at det er månedlig rapportering både til styret og Helse Sør-Øst HF angående korridorpasienter.

Revisjonen viser videre at målet om ikke å ha korridorpasienter inngår i driftsavtale mellom klinikkene og den enkelte avdeling. I intervjuer fremkommer det at seksjonenes måloppnåelse er gjenstand for diskusjon og oppfølging både i avdelingenes ledermøter og i månedlige oppfølgingsmøter med avdelingssjef.

Revisjonen viser at enheten for E-helse kan ta ut rapporter på bestilling på seksjonsnivå. Dette gjør at sengepostene og sengetunet har mulighet til å ha oppdatert styringsinformasjon tilgjengelig. I intervjuene fremkom det at denne muligheten benyttes i varierende grad.

Gjennomgangen viser også at det er etablert rutiner for rapportering og oppfølging av kapasitet, belegg og korridorpasienter med faste rapporteringstidspunkt og fortløpende dialog mellom enhetene og videre med akuttmottaket for fordeling av pasienter. I intervjuene fremkommer det at rutineene etterleves.

Revisjonen viser videre at informasjon om måloppnåelse er tilgjengeliggjort på intranett og via måltavlene i de ulike enhetene. I intervjuene fremkommer det at i perioder med mange korridorpasienter tas dette opp på personalmøter og undervisningsdager. Utover dette kommuniseres grad av måloppnåelse for korridorpasienter i liten grad til de ansatte på sengepostene og sengetun.

- **Konsernrevisjonen vurderer at det er etablert rutiner for rapportering og oppfølging som del av den ordinære driften.**

- **Konsernrevisjonen vurderer videre at styringsdata er tilgjengelig på alle nivå, men styringsinformasjonen knyttet til korridorpasienter benyttes i liten grad i enhetene som grunnlag for evaluering og forbedring.**

Anbefalinger

- Det anbefales at styringsinformasjon som omhandler korridorpasienter i større grad anvendes i enhetene.

Revisjonskriterie 8: Avvik meldes og håndteres i avvikssystemet

Det forventes at det er angitt praksis for registrering og håndtering av avvik i helseforetaket. Det forventes videre at det meldes avvik, og at resultatene fra avvikshåndtering anvendes til forbedring.

Revisjonen har vist at det foreligger prosedyrer for håndtering av uønskede hendelser og avvik. Det er angitt hva som skal meldes, roller og ansvar for å håndtere avvikene, og hvordan dette skal gjøres (dokID: 28858). Det er videre definert i en prosedyre (dokID: 5338) at alle hendelser som truer brannsikkerheten eller er brudd på bestemmelser om brannvern skal rapporteres, eksempelvis når senger blokkerer rømningsveier. Det er videre angitt at avdelingssykepleier har ansvar for å behandle avvik fra sengeposten, og ved behov skal saker løftes til avdelingssjef (dokID: 28858).

Drammen sykehus, Medisin 1 (Med 1):

Revisjonen viser at prosedyrene for avvikssystemet er kjent. I revisjonen ble det hentet ut avviksmeldinger fra Med 1 for de første åtte månedene av 2016 (søkeord korridorpasienter og overbelegg). Gjennomgangen av avviksmeldingene viser at det meldes avvik for eksempel når nødutganger er sperret eller at korridorsengen truer brannsikkerheten. Det meldes også avvik dersom det er mangelfull dokumentasjon på pasientene som flyttes til H-post, eller når pasienter får forsinket pleie og behandling som følge av overbelegg eller manglende bemanning. I intervjuene fremkommer det at avviksmeldinger inngår som tema på fagdager, og brukes til forbedring.

- **Konsernrevisjonen vurderer at det foreligger prosedyrer for håndtering av avvik, og disse er kjent i enheten. Konsernrevisjonen vurderer videre at avvik meldes og resultater fra avvikshåndtering anvendes til intern forbedring.**

Anbefalinger

- Ingen anbefalinger.

Drammen sykehus, Ortopedisk post (Ort 1):

Revisjonen viser at prosedyrene for avvikssystemet er kjent. I revisjonen ble det hentet ut avviksmeldinger fra Ort 1 for de første åtte månedene av 2016 (søkeord korridorpasienter og overbelegg). Gjennomgangen av avviksmeldingene viser at det i denne perioden ikke er registrert avvik på aktuelle tema. I intervjuene fremkommer det at det er et forbedringspotensiale med hensyn til å melde avvik.

- **Konsernrevisjonen vurderer at det foreligger prosedyrer for håndtering av avvik, og disse er kjent i enheten. Konsernrevisjonen vurderer videre at manglende rapportering av avvik kan medføre at arbeidet med kontinuerlig forbedring hemmes.**

Anbefalinger

- Det anbefales at prosedyrer for melding av avvik etterleves.

Ringerike Sykehus, sengetun I3/L3:

Revisjonen viser at prosedyrene for avvikssystemet er kjent. I revisjonen ble det hentet ut avviksmeldinger fra sengetun I3 for de første åtte månedene av 2016 (søkeord korridorpasienter og overbelegg). Gjennomgangen av avviksmeldingene viser at det meldes avvik for eksempel på forsinkelser på sykepleieprosedyrer og behandling. I intervjuene fremkommer det at meldte avvik tas opp på fagdager, og brukes i forbedringsarbeidet, men at det er et forbedringspotensial med hensyn til å melde avvik.

- **Konsernrevisjonen vurderer at det foreligger prosedyrer for håndtering av avvik, og disse er kjent i enheten. Konsernrevisjonen vurderer videre at manglende rapportering av avvik kan medføre at arbeidet med kontinuerlig forbedring hemmes.**

Anbefalinger

- Det anbefales at prosedyrer for melding av avvik etterleves.

2.1 Oppsummering problemstilling 1

Revisjonen har vist at det er gjennomført flere tiltak i Vestre Viken HF for å forebygge korridorpasienter. Målet om ikke å ha korridorpasienter er videreført i driftsavtaler, og er gjennomgående kjent. Det gjennomføres risikovurdering i forbindelse med tertialvis rapportering samt i tilknytning til plan - og tiltaksarbeidet. Gjennomgående rutiner for oppfølging og rapportering, herunder også bruk avviksmeldinger gjelder også for korridorpasienter.

Helseforetaket har gjennomgående etablert prosedyrer på overordnet nivå som beskriver hvordan VVHF skal forebygge korridorpasienter og disse er videreført i klinikkene og enhetene, og bekrefte kjent. Gjennomgående tiltak for styring og koordinering av pasientflyt og håndtering av overbelegg i helseforetaket er etablert og ansvar og roller i tilknytning til dette er angitt. Revisjonen har også vist at det er etablert samarbeid med kommunene om utskrivning av utskrivningsklare pasienter. Det er videre et gjennomgående fokus i helseforetaket på å sikre at utskrivningsklar pasienter blir skrevet ut.

Imidlertid viser revisjonen at prosedyrene i ulik grad etterleves i de enheter som er revidert. Dette gjelder i hovedsak prosedyrer knyttet til håndtering av overbelegg og for ivaretagelse av satelittpasient;

- I revisjonen fremkommer det at det skjer at pasienter blir liggende i egen korridor fremfor å bli overflyttet til andre sengeposter. Det gjøres heller ikke alltid en utvelgelse av pasienter som er mulig å flytte til annen enhet.
- Legevisitt til satelittpasienter gjennomføres ikke alltid innen angitt tidspunkt og nødvendig dokumentasjon er i noen tilfeller ikke med ved overflytting.

Et stort antall prosedyrer som til dels er overlappende eller fragmenterte kan medføre at internkontrollen på området ikke blir effektiv.

Revisjonen har også vist at det er få muligheter til å ivareta taushetsplikten og integriteten til korridorpasientene i enhetene. Det er kjent i enhetene hvor senger ikke kan plasseres med hensyn til brannvern, men ved stort overbelegg skjer det at senger plasseres i strid med dette.

Etter konsernrevisjonens vurdering medfører manglende etterlevelse av egne tiltak for å forebygge korridorpasienter, at mål om 0 korridorpasienter vanskelig kan nås.

3 Problemstilling 2

«Blir registrering av korridorpasienter gjennomført i henhold til angitt praksis?»

For å belyse problemstillingen har konsernrevisjonen undersøkt hvordan helseforetaket har etablert styring og kontroll i arbeidet med å ha et system for å registrere korridorpasienter, se kap. 1.5. Videre utdypning av revisjonsgrunnlaget og revisjonskriterier beskrives i rubrikken under.

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 løvpålagt taushetsplikten, 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).

I kapittelet 3.1, beskrives krav eller forventninger knyttet til revisjonskriteriene, funn og observasjoner fra revisjonen, samt konsernrevisjonens 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 sengepostene/sengetunene.

3.1 Registreringspraksis

Revisjonskriterie 9: Det er etablert et system for oversikt av senger og kapasitet

Det forventes at det er etablert et system som sikrer at helseforetaket til enhver tid har oversikt over antall senger, belegg og kapasitet. Det er videre forventet at informasjonen holdes oppdatert.

Revisjonen viser at det foreligger overordnede prosedyrer for å sikre at det er oversikt over senger og kapasitet i helseforetaket. Revisjonen har videre vist at det er etablert et system for fordeling av sengeplasser ved overbelegg.

Det foreligger en prosedyre (dokID: 4352) som angir at innlagte pasienter skal få sengenummer i sengepostlisten i DIPS. Det er videre angitt at det skal defineres om pasienten er på permisjon, har med seg ledsager eller ligger på "teknisk post"⁶. Det fremkommer i intervjuene at sykepleierne registrerer pasienter med koder i sengepostlisten i DIPS, og dette danner oversikt over antall pasienter, korridorpasienter, permisjoner etc.

⁶ Teknisk post: Pasienten ligger på teknisk post når man f.eks. ligger på postoperativ - eller intensiv avdeling. Denne sengen telles ikke som en korridorseng.

Det fremkommer videre i klinikkvise prosedyrer at akuttmottaket skal ha oversikt over kapasiteten til sengepostene (i DIPS) og fordeler Ø-hjelpspasienter utfra dette. I intervjuene fremkommer det at sengepostlistene oppdateres i DIPS ved manuelle registreringer, oftest utført av sykepleiere på sengepostene.

Revisjonen viser at prosedyrene er kjent., men det fremkommer imidlertid i intervju at det kan være forsinkelse i oppdateringen av sengepostlisten i DIPS. Dette gjelder blant annet etter utskrivninger av pasienter.

Drammen sykehus, Medisin 1 (Med 1):

Revisjonen viser at det foreligger oversikt over senger i sengeposten. Datauttrekk fra DIPS-administrator viser at det er samsvar mellom senger i sengeposten og registrert sengepostliste.

Drammen sykehus, Ortopedisk post (Ort 1):

Revisjonen viser at det foreligger oversikt over senger i sengeposten. Datauttrekk fra DIPS-administrator viser at det er samsvar mellom senger i sengeposten og registrert sengepostliste.

Ringerike Sykehus, sengetun I3/L3 og J3 (datauttrekk):

Med bakgrunn i at sengetun I3 var stengt i perioden, ble data for sengetun J3 benyttet for å undersøke om det var samsvar mellom senger i sengeposten og registrert sengepostliste. Datauttrekk fra DIPS-administrator viser at det er samsvar mellom senger i sengetunet J3 og registrert sengepostliste. Revisjonen viser at det foreligger oversikt over senger på sengetunet.

I datauttrekket for sengetunet J3 fremkom det at sengetunet var registrert som stengt i DIPS i perioden 2. juli – 15. juli 2016. Revisjonen viser imidlertid at sengetunet faktisk var åpent og hadde inneliggende pasienter. Dette medførte at rapporten i DIPS viste et overbelegg som ikke var reelt.

Samlet vurdering og anbefalinger:

- **Konsernrevisjonen vurderer at det er etablert et system som sikrer at det foreligger oversikt over antall senger, belegg og kapasitet i helseforetaket.**
- **Konsernrevisjonen vurderer at det foreligger oversikt over antall senger i DIPS og at det foreligger oversikt over definerte senger for alle enheter. Det er videre kjent hvordan oversikten vedlikeholdes i systemet.**
- **Manglende oppdatering av sengepostlister kan medføre at akuttmottaket ikke til enhver tid har oppdatert informasjon om belegg/sengekapasitet.**
- **Konsernrevisjonen vurderer at feil registrering på sengetunet J3 medførte ukorrekt styringsinformasjon.**

Anbefalinger

- Det gjennomføres tiltak som i større grad sikrer kontinuerlig og korrekt oppdatering av sengepostlister.
- Det anbefales at sengetunet J3 oppdaterer informasjonen for å sikre korrekt styringsinformasjon.

Revisjonskriterie 10: Det er definert og angitt hva som skal registreres, på hvilken måte og av hvem

Det forventes 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 viser at det foreligger overordnede prosedyrer som omhandler registrering, definering og rapportering av korridorpasienter, blant annet (dokID: 15843 og dokID: 4352). Prosedyren (dokID: 15843) angir hvordan indikatoren skal tas ut og rapporteres til NPR og Helse Sør-Øst RHF. I prosedyren er definisjonen av korridorpasienter i samsvar med Helsedirektoratets definisjon. Det er også utarbeidet en brukerveiledning til DIPS-rapporten D-5952 (dokID: 4410), samt en rutine på hvordan dette skal gjøres.

Revisjonen viser at rapportering og oppfølging gjennomføres av enheten for E-helse som foretar månedlige uttrekk av indikatoren for korridorpasienter i DIPS, og dataene overføres til virksomhetsdata.

- **Konsernrevisjonen vurderer at det foreligger prosedyrer som angir praksis for korrekt registrering, rapportering og oppfølging av kvalitetsindikatoren.**

Anbefalinger

- Ingen anbefalinger.

Drammen sykehus, Med 1 og Ort 1

Revisjonen viser at prosedyrene for registrering av korridorpasienter er kjent i enhetene. I intervjuene fremkommer det at registrering av korridorpasienter gjøres i henhold til angitt praksis.

- **Konsernrevisjonen vurderer at registrering og oppfølging av indikatoren er i samsvar med interne prosedyrer, og at registreringspraksis er kjent.**

Anbefalinger

Ingen anbefalinger.

Ringerike Sykehus, sengetun I3/L3 og J3 (datauttrekk):

Revisjonen viser at prosedyrene for registrering av korridorpasienter er kjent i enhetene.

I intervjuene fremkom det imidlertid at når sengetun stenges på grunn av ferie og høytider, og det samtidig er korridorpasienter på tilstøtende sengetun, benyttes stengte pasientrom til korridorpasienter. Disse pasientene registreres som korridorpasienter i DIPS og det anføres i merknadsfeltet at pasienten ligger på et rom.

Med bakgrunn i denne informasjonen ble det valgt å teste registrering av korridorpasienter for deler av juli. I og med at I3 sengetunet var stengt i perioden, ble data for J3 sengetun benyttet for å undersøke registreringspraksis.

Datauttrekk som ble tatt ut av enheten for E-helse for sengetun J3 i perioden 2. juli – 15. juli 2016, viser at 10 pasienter var registrert som korridorpasienter. For halvparten av disse var det angitt i merknadsfeltet i DIPS at pasienten ble plassert på pasientrom på stengt sengetun K3 (se side 21 for definisjon av korridorpasient). Det fremkommer i revisjonen at det er tilsvarende praksis for registrering i sengepostlister på sengetun I3/L3. Konsekvensen av dette er at styringsinformasjonen ikke blir korrekt.

- Revisjonen viser at praksis for registreringen av korridorpasienter ikke er i samsvar med interne prosedyrer. Dette kan medføre at rapportering på antall korridorpasienter ikke blir korrekt.

Anbefalinger

- Det anbefales at prosedyrer for registrering av korridorpasienter etterleves.

3.1 Oppsummering problemstilling 2

Revisjonen har vist at det er gjennomført flere tiltak i Vestre Viken HF for å sikre at registrering av korridorpasienter gjennomføres i henhold til angitt praksis.

Det er etablert et system som skal gi oversikt over belegg og kapasitet i helseforetaket. Systemet er basert på DIPS, og informasjonen er tilgjengelig for- og oppdateres av akuttmottak og sengepostene/sengetunene. Informasjonen som genereres via DIPS benyttes til å registrere, følge opp og rapportere på kvalitetsindikatoren. Det foreligger overordnede prosedyrer der denne praksisen er angitt, og disse er bekreftet kjent.

Imidlertid viste revisjonen at sengepostlistene ikke alltid ble fortløpende oppdatert.

Det foreligger prosedyrer som angir praksis for korrekt registrering, rapportering og oppfølging av indikatoren. Disse er i henhold til Helsedirektoratet beskrivelse.

Revisjonen viste imidlertid at prosedyre for registrering ikke alltid etterleves for enkelte enheter ved overbelegg. Med dette menes at det er etablert praksis for å plassere pasienter på rom i stengte enheter, samtidig som disse pasientene ble registret som korridorpasient på moderenheten. Denne praksisen er ikke i samsvar med interne prosedyrer.

Konsernrevisjonen vurderer at manglende oppdatering av sengepostlister og feilaktig registrering av korridorpasienter gir mangelfulle/feilaktige data om korridorpasienter.

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 <i>indikator nr. N-001</i>
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 Vestre Viken HF
https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-sykehusopphold/antall-korridorpasienter-pa-sykehus (1)
VVHF; Mandat for faglig samarbeidsforum for oppfølging og utvikling av kommunale ø-hjelpsplasser.
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 bes beskrive hvilke tiltak som er iverksatt av RHFene og hvordan helseforetakene jobber med å redusere/avvikle korridorplasser.
Grunnlagsdokument VV- Sikre utnyttelse av den totale sengekapasiteten innen somatikken (DokID: 1112)
Retningslinje DS-MED Medisinske H-post pasienter, identifisering og håndtering (DokID:28791)
Prosedyre RS Forhindre og håndtere overbelegg, tun (DokID:40571)
Generelt dokument RS Plassering av pasienter på tun (DokID: 27296)
Prosedyre DS Håndtering av overbelegg (DokID: 15884)
Prosedyre ØK-VD Rapportering korridorpasienter somatikk og psykiatri (DokID: 15843)
Plakat KAD-plasser (Prosedyre fra akuttmottaket i DS)
Brukerveiledning VV-DIPS Bruk av sengepostliste (DokID:4336)
Brukerveiledning VV-DIPS Registrere rom, seng, team, primærkontakt, behandler, ledsager (DokID:4352)
Retningslinje DS-MED Postplassering og mottak av pasienter i Medisinsk avdeling. Håndtering av belegg (DokID:56475)
Prosedyre DS AKU - Melding av pasienter til sengepost fra Akuttmottaket (DokID:19311)
Prosedyre DS-AKU-OBS (DokID:67220)
Generelt dokument RS Plassering av pasienter på tun (DokID:27296)

Prosedyre RS Ansvarlig sykepleier – medisinske og kirurgiske sengetun, klinikk RS
Prosedyre, VV Utskriving av somatiske pasienter med behov for oppfølging av kommunehelsetjenesten etter utreise (DokID 11549)
Brukerveiledning, VV-DIPS D5942 Andel korridorpasienter pr post (DokID 4410)
DS AVD FOR ORT/AKU - Funksjonsbeskrivelse vaktstående overlege DokID 84140
Funksjonsbeskrivelse/stillingsbeskrivelse DS Funksjonsbeskrivelse driftssykepleier Dokument-ID: 16013
Prosedyre DS-MED Håndtering av uønskede hendelser og avvik (DokID: 28858)
Retningslinje DS-MED medisinske H-post pasienter, identifisering og håndtering (DokID: 28791)
DS-MED Ansvarsvaktfunksjon for sykepleier på post (DokID 28843)
Prosedyre RS Arbeidsbeskrivelse for vakter ved medisinsk avdeling (DokID 43417)
Prosedyre, DS Sikre frie rømningsveier og kontroll av dette (DokID 50087)
Informasjon VV Brannvern- Retningslinjer for bruk av byggene (DokID: 5338)

Gjennomførte samtaler

Rolle	Enhet
Samhandlingssjef	Vestre Viken HF, Drammen sykehus og Ringerike sykehus
Rådgivere fra e-Helse	Vestre Viken HF
Fagdirektør	Vestre Viken HF
Avdelingssjefer	Drammen sykehus, Medisinsk avdeling, Drammen sykehus, avdeling for ortopedi og akuttmottak og Ringerike sykehus, Nevrologisk avdeling I3
Avdelingssykepleier	Drammen sykehus, Med 1, Drammen sykehus, avdeling for ortopedi og akuttmottak og Ringerike sykehus, Nevrologisk avdeling I3
Sykepleiere, LIS- leger og overleger	Drammen sykehus, Med 1, Drammen sykehus, avdeling for ortopedi og akuttmottak og Ringerike sykehus, Nevrologisk avdeling I3
Fagsykepleier	Ringerike sykehus, Nevrologisk avdeling I3
Koordinator og merkantil i akuttmottak	Drammen sykehus og Ringerike sykehus

Saksgang og rapportbehandling

Dato	Aktivitet
25. april 2016	Varsel om internrevisjon
22. juni 2016	Innledende møte
26. august 2016	Oppstart revisjon

31. oktober 2016	Oversendelse av utkast rapport til administrerende direktør
7. – 14. november 2016	Tilbakemelding utkast rapport
18. november 2016	Oversendelse endelig rapport
Januar 2017	Behandling av revisjonsrapport i helseforetakets styre
Etter styrebehandling i helseforetaket	Styret i Helse Sør-Øst RHF orienteres om revisjonsrapport og helseforetakets tiltaksarbeid av revisjonsutvalget i Helse Sør-Øst