

# Internt pasienthotell, et alternativ til sengepost ved innleggelse i sengepost?

Nina Føreland

Master of Public Health

MPH 2009:10



Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

Internt pasienthotell, et alternativ til sengepost ved innleggelse i sengepost?

© Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.

ISSN 1104-5701

ISBN 978-91-85721-77-1





## Master of Public Health – Examensarbete –

Examensarbetets titel och undertitel Internt pasienthotell, et alternativ til sengepost ved innleggelse i sengepost?				
Författare Nina Føreland				
Författarens befattning och adress Avdelingsleder, Kirurgisk klinikk Sørlandet sykehus, HF Serviceboks 406 4638 Kristiansand, Norge				
Datum då oppsatsen godkändes 2009-10-23			Handledare NHV/Extern Bengt Åhgren, Universitetslektor, NHV	
Antal sider 48	Språk – examensarbete Norsk	Språk – sammanfattning Norsk & Engelsk	ISSN-nummer 1104-5701	ISBN-nummer 978-91-85721-77-1

### Sammanfattning

Medisinsk utvikling samt krav til kostnadseffektivitet i Norge har bidratt til et stort fokus på hvordan man kan redusere kostnadene, samtidig som man opprettholder/forbedrer kvaliteten på behandlingstilbudet. Pasienthotell omtales som en god driftsform for økt fleksibilitet og kostnadseffektivitet. Det er et tilbud for pasienter som er oppegående og selvhjulpne pasienter som har behov for innleggelse i sykehus. Pasienthotell har en salutogen tilnærming mens sengeposter tradisjonelt har hatt en patogenesetilnærming. Det er lite forskning på om omgjøring av ordinære senger til pasienthotell er kostnadseffektivt, spesielt når hotellsengen er et alternativ til ordinær sengepost.

Hensikten er å studere hvilke pasienter som er innlagt i ordinære sengeposter, men egner seg for internt pasienthotell.

Det benyttes tverrsnittundersøkelse for å samle informasjon. Spørreskjemaet er utarbeidet med fokus på kriterier for å være i pasienthotellet, komplementerende behandling og observasjonsbehov samt medarbeidernes oppfatning om pasienten egner seg for pasienthotell.

Kartleggingen er gjennomført ved Sørlandet sykehus, Kristiansand. Alle innlagte pasienter i ordinære sengeposter og pasienthotell er inkludert i kartleggingen. Pasienter i palliativpost, barselpost og observasjonsposten er ekskludert fra undersøkelsen. Kartleggingen ble gjennomført over en to ukers periode høsten 2007, og omfatter 951 pasientregistreringer. Flere pasienter ble registrert flere dager, noe som var hensikten fordi pasientene ble vurdert ut fra funksjonsnivå.

Resultatet viser at ca 18 % av pasientene som er innlagt i sengepostene fyller kriteriene for pasienthotell. Fordelingen mellom Medisinsk og Kirurgisk klinikk er lik, men det er variasjoner per enhet. En stor andel av pasientene får komplementerende behandling og det er en overvekt i Kirurgisk klinikk. En stor andel av pasientene som fyller kriteriene har behov for spesielle observasjoner. Undersøkelsen viser en variasjon mellom pasientene som fyller kriteriene og medarbeidernes vurdering av hvilke pasienter som egner seg pasienthotellet. Det er liten variasjon mellom det faktiske resultat og medarbeidernes oppfatning av andel pasienter som fyller kriteriene når det er korrigert for komplementerende behandling og behov for spesielle observasjoner. På bakgrunn av resultatene er det grunnlag for å overføre flere pasienter fra sengepost til Pasienthotell. Det er kostnadseffektivt, og vil trolig ikke svekke kvaliteten.

### Nyckelord

Patient-hotel, patienthotel, hotelfacility, key facilitator, patient evaluation



## Master of Public Health – Thesis –

Title and subtitle of the thesis Internal Patienthotel, an alternative to admission in ordinary ward				
Author Nina Føreland				
Author's position and address Head of department, Surgical department Sørlandet sykehus, HF Serviceboks 406 4638 Kristiansand, Norge				
Date of approval October 23, 2009			Supervisor NHV/External Senior lecturer Bengt Åhgren, NHV	
No. of pages 48	Language – thesis Norwegian	Language – abstract Norwegian & English	ISSN-no 1104-5701	ISBN-no 97891-85721-77-1
Abstract <p>Medical advances and demands for improved cost-effectiveness in Norway have contributed to a major focus on how to reduce costs while maintaining/improving the quality of treatment. A patient hotel is described as a way of achieving both increased flexibility and cost-effectiveness by offering more or less self-reliant patients an alternative to traditional hospitalization. Treatment in a patient hotel is based on a salutogenetic approach, while traditional hospital wards usually approach treatment pathogenetically. There is little research on whether converting traditional ward beds to the patient hotel model is indeed cost-effective, especially when patient hotel beds are considered an alternative to traditional ward beds. This study sought to determine which patients in traditional wards were suitable for admittance to an internal patient hotel. The study used a cross-sectional survey/questionnaire to collect data and focused on (i) the criteria for admission to a patient hotel, (ii) supplementary treatment, (iii) the patient's need for special observation, and (iv) the employee's perception of the patient suitability for the patient hotel. Our survey included 951 patients and was conducted at Sørlandet Sykehus, Kristiansand, Norway, during a two-week period in the autumn of 2007. The survey included all patients admitted to traditional wards and to the patient hotel, except patients in the palliative, maternity, and observation wards. Because we evaluated the patients according to their functional level, we intentionally recorded several patients over a span of several days. We determined that about 18% of patients admitted to traditional wards met the admission criteria for the patient hotel. Patient distribution between the Medical and Surgical department was even, but there were variations per unit. A large proportion of the patients received supplementary treatment, including many from the Surgical department. Many patients who fulfilled the criteria for admission to the patient hotel required special observation. The survey revealed a variation in the employees' evaluation of which patients were suitable for the patient hotel. However, there was little variation between the actual results and the employees' perception of the proportion of patients who met the criteria when adjusted for supplementary treatment and the need for special observation. Based on the results of the study, it is reasonable to transfer patients from traditional wards to a patient hotel. Furthermore, this option is cost-effective and will not reduce the overall quality of patient care.</p>				
Key words Patient-hotel, patienthotel, hotelfacility, key facilitator, patient evaluation				

---

**INTERNT PASIENTHOTELL -  
ET ALTERNATIV TIL SENGEPOST VED  
INNLEGGELSE I SYKEHUS?**

---

”Takk for en hyggelig og nydelig  
”pause” i et tøft  
rehabiliteringsopplegg.  
Pasienthotellet har vektlagt det som  
uteblir i en vanlig sykehusavdeling,  
men som er viktig for helse,  
bedring og trivsel. Det var en fin  
måte å ta vare på ”det hele  
menneske” noe som jeg mener  
bidrar til raskere bedring”

(Tilbakemelding fra pasient.)

## INNHOOLD

FORKORTELSER .....	4
1. INTRODUKSJON - BAKGRUNN.....	5
1.1 Differensiering av omsorgsnivå.....	5
1.2 Finansieringen av helseforetak og Pasienthotell .....	7
1.3 Etablering av Pasienthotell .....	8
1.3.1 Nordisk perspektiv.....	8
1.3.2 Pasienthotell i Norge .....	9
1.4 Pasientgrupper som egner seg for pasienthotell .....	11
1.5 Folkehelseperspektivet .....	13
1.6 Oppbygging av oppgave.....	14
2. HENSIKT OG FORSKNINGSSPØRSMÅL .....	14
3. TEORI .....	15
3.1 Kvalitetsteori .....	15
3.2 Økonomisk teori .....	17
4. STUDIEOBJEKT OG METODE.....	18
4.1 Internt pasienthotell ved Sørlandet sykehus HF .....	18
4.2 Valg av metode.....	21
4.3 Utvalg .....	21
4.4 Gjennomføring av undersøkelsen.....	22
4.4.1 Utarbeidelse av spørreskjema:.....	22
4.4.2 Datainnsamling.....	22
4.5 Analyse/tolkning av data .....	23
4.6 Ethiske overveielser.....	24
5. RESULTAT AV KARTLEGGINGEN .....	24
5.1 Svarfordeling .....	24
5.2 Bruk av pasienthotellet .....	25
5.3 Innlagte pasienter i sengeposter og pasienthotellet .....	25
5.4 Pasienter som fyller kriteriene for å være i pasienthotellet .....	27
5.4.1 Pasienter som fyller kriteriene og som har behov for komplementerende behandling.....	27
5.4.2 Pasienter som fyller kriteriene og har spesielle observasjonsbehov....	28
5.5 Pasienter som fyller kriteriene og personalets vurderinger .....	28
6. DISKUSJON .....	29
6.1 Er det pasienter innlagt i sengeposter som egner seg for pasienthotell? ..	29
6.2 Sammenheng mellom bruk av pasienthotellet og belegg i sengepostene	30
6.3 Pasienter som fyller kriteriene og har behov for komplementerende behandling.....	32
6.4 Pasienter som fyller kriteriene og har spesielle observasjonsbehov.....	34

6.5	Bidrar pasienthotellet til å opprettholde/forbedre kvaliteten i pasientbehandlingen? .....	36
6.6	Reliabilitet og validitet .....	37
6.7	Resultatenes relevans.....	38
7.	OPPSUMMERING .....	39
8.	TAKK.....	40
9.	REFERANSER.....	40

## VEDLEGG

- Vedlegg 1: Tabell over svarfordeling mellom alle enheter og pr. enhet
- Vedlegg 2: Tabell over pasientbelegg i sengeposter og pasienthotell
- Vedlegg 3: Tabell over pasienter som fyller kriteriene
- Vedlegg 4: Tabell over medarbeidernes vurderinger
- Vedlegg 5: Registreringsskjema





## FORKORTELSER

DIPS	Distribuert Informasjons- og PasientSystem som er systemet SSHF benytter for pasientadministrasjon og elektronisk pasientjournal. DIPS er det viktigste kjernesystemet ved SSHF og del - /spesialistsystemer søkes i størst mulig grad integrert med dette.
DRG	Diagnose relaterte grupper
ISF	Innsatsstyrt finansiering
PH	Internt pasienthotell i Kristiansand
SDI	Pasienter som innlegges samme dag som operasjonen skal gjennomføres
SSHF	Sørlandet sykehus helseforetak (Kristiansand, Arendal og Flekkefjord)
SSK	Sørlandet sykehus, Kristiansand

# 1. INTRODUKSJON - BAKGRUNN

Det totale forbruk av helsetjenester i Norge er høyt (Helse- og omsorgsdepartementet 2006). Befolkningen forventer at tjenestene skal ha høy kvalitet og være tilgjengelige når de har behov for dem. Tilbudet er uavhengig av egen økonomi, sosial status, alder, kjønn og etnisk bakgrunn. Fremtidige forventninger til helsetjenesten vil være høye. Det vil kreve fokus på organisering av helsetjenester for å tilstrebe optimal ressursutnyttelse, innenfor eksisterende rammer (Helse- og omsorgsdepartementet 2006).

Helseforetakene har siden 2008 hatt krav til balanse fra eier (Helse og omsorgsdepartementet). Til tross for vekst i budsjettene klarer de fleste helseforetakene i Norge ikke økonomisk balanse. Det stilles krav til prioriteringer, effektivisering og fokus på optimale pasientforløp (Helse- og omsorgsdepartementet 2006).

Pasienthotell omtales i nasjonale dokumenter, styringsdokumenter og strategiplaner (Sørlandet sykehus HF 2009) som en god driftsform for økt fleksibilitet og kostnadseffektivitet. Det er lite forskning om omgjøring av ordinære senger til pasienthotell er kostnadseffektivt, spesielt når hotellsengen er alternativ til ordinær sengepost. Internasjonale publikasjoner om step-down- enheter viser kostnadseffektivitet og samme behandlingseffekt (Bixby, Boyd & Israel 2006). Der fremheves betydningen av kriterier som definerer pleiebehovet og observasjonsnivået. Konkret kan kriteriene brukes til å redusere sykepleiebemanningen per seng.

Det diskuteres i fagmiljøene om etablering av pasienthotell, som en integrert del av et pasientforløp, kan være katalysator og et virkemiddel for effektivisering (Nylander 2000, Kahra, Jenssen & Løvik 2004, Gjengstø 2005, Stien1997). Målet med etablering av pasienthotell er å redusere kostnader, samtidig som kvaliteten i pasientbehandlingen forbedres eller opprettholdes. Dette gjennomføres ved å redusere personellressurser for pasienter som ikke har et pleiebehov, men behov for overnatting. Det er en kontinuerlig vurdering hvilke nye pasientgrupper som kan ha det bedre på pasienthotell fremfor på en ordinær sengepost.

## 1.1 Differensiering av omsorgsnivå

Helseforetakene har ansvar for å yte spesialisthelsetjeneste innenfor gitte rammer. Medisinsk utvikling samt krav til økt kostnadseffektivitet har bidratt til et stort fokus på hvordan man kan redusere kostnader, samtidig som man opprettholder/forbedrer kvaliteten på behandlingstilbudet. Et slikt fokus impliserer en hensiktsmessig funksjonsfordeling, struktur og differensiering som sikrer igjen behandling på rett omsorgsnivå. Nye behandlingsmetoder medfører behov for dreining av omsorgsnivåene fra å være innlagt i sengepost til å være innlagt i pasienthotell til å få behandling behandling/dag kirurgi eller poliklinikk (Sørlandet sykehus HF 2009, Helse- og omsorgsdepartementet 2003).

Målsettingen er at alle pasienter skal behandles på lavest effektive omsorgsnivå. LEON-prinsippet gir en riktig ressursbruk i henhold til behov og kan medføre god kvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet 2003). WHO påpeker også at sykehusene bør fokusere på intern organisering. De foreslår ytterligere differensiering av pasientforløp blant annet ved at pasientene i større grad innlegges på enheter i forhold til funksjonsnivå, omsorgs- og pleienivå fremfor organspesifikke avdeling. Omsorgsnivåene<sup>1</sup> hvor pasientene får behandling i sykehusene defineres som (Harsvik 2007):

- innleggelse (operasjon /intensiv – sengepost – pasienthotell)
- dag behandling/dag kirurgi
- poliklinikk

Pasienthotell kan være en god måte å organisere tilbudet til pasienter når det er behov for innleggelse<sup>2</sup>, dag behandling<sup>3</sup>, dag kirurgi<sup>4</sup> og poliklinisk behandling<sup>5</sup>, men som ikke kan reise hjem

Tradisjonelt er ordinære sengeposter et sentralt element av et pasientforløpet for innlagte pasienter i sykehus. Tilbudet er til pasienter som har behov for pleie og stort observasjonsbehov. Det har ikke eksistert noe tilbud til pasienter som er selvhjulpne, slik at de har vært innlagt i ordinære sengeposter. Her møter de medpasienter som ofte har et mer komplisert sykdomsbilde og pleiebehov. Erfaringer viser at selvhjulpne pasienter opplever det passiviserende å være innlagt i en ordinær sengepost, og som i liten grad er tilrettelagt for at de kan bruke egne ressurser (Hall, Abraham 2003). Selvhjulpne pasienter får liten oppmerksomhet i form av informasjon og oppfølging fordi sykepleierne må prioritere tiden på pasientene med et større behandlings, pleie og observasjonsbehov.

Utredninger i Norge viser at myndighetene de siste årene har hatt fokus på organisering av sykehus, men lite fokus på differensiering av omsorgsnivå for innlagte pasienter (Harsvik 2007). De siste års utredninger i Norge viser at det er pasienter innlagt som egner seg for pasienthotell (Torgersen 2001, Moen 2003).

---

<sup>1</sup> Omsorgsnivå er en grov kategorisering av medisinske tiltak eller poliklinisk omsorg (Heimly 1999)

<sup>2</sup> Innleggelse er mottak av pasient hvor de medisinske tiltak vanligvis er komplekse og krever at sykehuset har ansvar for pasienten i ett eller flere døgn/dager (Heimly 1999)

<sup>3</sup> Dagbehandling er planlagt innleggelse uten overnatting hvor pasienten behandles over en eller flere dager (Heimly 1999)

<sup>4</sup> Dagkirurgi er et operativt inngrep hvor det vanligvis er behov for anestesipersonell og operasjonstue/skiftstue (Heimly 1999)

<sup>5</sup> Poliklinisk konsultasjon omfatter undersøkelse/behandling og/eller veiledning utført i/ eller av sykehus (Heimly 1999)

## 1.2 Finansieringen av helseforetak og Pasienthotell

De regionale helseforetakene har et helhetlig ansvar for å tilby spesialisthelsetjeneste til befolkningen. Finansieringsordningen for spesialisthelsetjenesten i Norge er todelt med den ene delen rammefinansiert (aktivitetsuavhengig) og den andre aktivitetsbasert, såkalt stykkprisfinansiering.

Hovedformålet med modellen er å bidra til forutsigbarhet, at midlene benyttes effektivt og i tråd med nasjonale føringer. Finansieringsordningen skal ikke være styrende for prioriteringer av hvem som tilbys helsehjelp eller hvilken type helsehjelp som velges.

Per 2008 utgjør innsatsstyrt finansiering (ISF) 40 % av finansieringen (Pettersen 2003). ISF systemet bygger på diagnoserelaterte grupper. Diagnoserelaterte pasientgrupper (DRG) er et klassifiseringssystem som grupperer pasientoppholdet i medisinske og ressursmessige grupper. Det er om lag 600 homogene grupper. Grunnlaget for grupperingen er diagnosekoder, prosedyrekoder, kjønn, alder og utskrivningsmåte for innlagte pasienter (døgn og dag). ISF oppdateres årlig i forhold til endringer i grupperingslogikk og kostnadsvekter (Pettersen 2003).

Både i Norge og internasjonalt bruker sykehussektoren standardkostnader. Ideelt skal pasienter som tilhører samme gruppe ha ensartede problemstillinger og i hovedsak ha behov for samme medisinske og kirurgiske prosedyrer når de er innlagt i sykehus. En pasientbehandling vil være sammensatt av ulike tjenester som pleie (liggedøgn), operasjon, røntgen, blodprøver, medisiner o.s.v. Den viktigste delvekten er pasientens liggetid (Pettersen 2003). Liggetid dimensjonerer ofte ressursbruken når det gjelder bruk av pleieressurser og kapasitetsutnyttelse.

Refusjonsordningen beregnes på grunnlag av antall behandlede pasienter med bostedsadresse i regionen. Refusjonens størrelse vektet ulikt om pasienten har vært innlagt eller poliklinisk behandlet.

Å definere hvilket nivå pasienten skal behandles på er en medisinskfaglig vurdering.

I dag eksisterer ingen definisjon av, eller finansieringsform for, bruk av pasienthotell. Når en pasient er innlagt i sengepost og overføres til pasienthotell under samme opphold, anses det som en forlengelse av opprinnelig behandling og samme sykehusopphold. Dersom pasienten er under dagbehandling eller poliklinisk behandling, men overnatter i pasienthotell, utløser det egne refusjonstakster (Helse- og omsorgsdepartementet 2002).

Det foreligger få sammenlignbare aktivitetstall for bruk av pasienthotell i Norge, noe som skyldes manglende kunnskap og verktøy for registrering av senger og aktivitet i et pasienthotell. Helseforetakene har ulike pasienttilbud i pasienthotellene. Noen har tilbud til innlagte pasienter, andre tilbyr opphold til pårørende, og til pasienter som behandles poliklinisk (Rohde 2006). Noen sykehus registrerer oppholdene ved pasienthotell med egne koder som en del av avdelingens aktivitet, mens andre har opphold i Pasienthotellet som en egen kode ved avdelingen (Rohde 2006).

## 1.3 Etablering av Pasienthotell

### 1.3.1 Nordisk perspektiv

Pasienthotellkonseptet har sitt utspring fra USA, som etablerte dette i 1960 årene, som et alternativ til tradisjonell innleggelse i sengepost. Hensikten var å redusere kostnadene og at pasienter som var oppegående og selvhjulpne, skulle føle seg mer som hotellgjester fremfor pasienter. Pasienthotell utfordrer i likhet med palliative enheter det tradisjonelle og diagnosestyrte sykehus. De er ikke etablert i forhold til diagnose, men pasientens pleie- og observasjonsbehov er styrende for valg av innleggessted (Verding 1993).

Både etablering og bruk av pasienthotell er forskjellig i de nordiske land. I Danmark ble de første pasienthotellene etablert på universitetssykehusene rundt 1990. Det har vært en bevisst holdning til at pasienthotellene ikke skal erstatte andre sykehusfunksjoner (Hall, Abraham 2003). Rikshospitalet, København har hatt pasienthotell siden 1990, mens Odense universitetshospital bygde pasienthotell i 1997 og har i dag 115 rom.

Regionssykehuset i Silkeborg, Danmark, etablerte pasienthotell i 2006. Intensjonen var å integrere pasienthotellet som en del av sykehuset med 19 rom og egen restaurant, og med et tilbud til pasienter som ikke har behov for hyppig observasjon og et til deres pårørende. Slik ble pasienthotellet et alternativ til tradisjonell innleggelse i sengepost.

I Sverige har pasienthotell vært sett på som et supplement til tradisjonelle sengeposter siden 1980 tallet. Tilbudet har vært til pasienter som ikke har hatt behov for omfattende medisinske behandling eller overvåkning. I 1992 var det 17 pasienthotell i Sverige som fortrinnsvis ble benyttet av pasienter som ble behandlet innenfor onkologi, øye, revmatologi og rehabilitering. I 1989 etablerte universitetssykehuset i Lund og Universitetssykehus i Umeå i 1993 tilbudet til barsel kvinner, som fødte friske fullbårne barn. Pasienthotellet i Karlstad ble etablert i 1994, med 63 rom, og er et tilbud til innlagte og polikliniske pasienter. Pasienthotellet ligger med bygningsmessig tilknytning til sykehuset (Lindgren 2000).

Norges første pasienthotell ble etablert i Bergen ved Haukland universitetssykehus i 1998. Ullevål universitetssykehus i Oslo, fikk sitt i mai 2000, og det har plass til 147 pasienter hvorav 40 av dem er forbeholdt barselkvinner og deres barn. Pasienthotellene som har tilbud til barselkvinner og deres nyfødte barn har tilsatt jordmødre/barnepleiere både i Norge og Sverige (Lindgren 2000).

Vi finner ulike driftsmodeller i Danmark, Sverige og Norge avhengig av geografi og hvilken funksjon de ulike sykehusene har (Rohde 2006). Pasienthotellene i de nordiske landene er i dag enten frittstående bygg i nær tilknytning til sykehuset eller ombygde sengeposter, såkalte hotellposter. Flere av pasienthotellene drives av private firma, mens andre eies og drives av sykehusene. Noen pasienthotell har alle medarbeiderne ansatt i sykehuset, mens andre har kun lederen som er ansatt i sykehuset. En tredje modell innebærer at samtlige medarbeidere er ansatt privat, og sykehusene kjøper tjenester.

Ved Rikshospitalet i København er lederen og regnskapsansvarlig tilsatt privat. Øvrig personell som sykepleiere, kokker og servicemedarbeidere er tilsatt på sykehuset (Verding, Dørum 1993).

Island har pasienthotell på Reykjavik. En publikasjon fra Island om reduksjon av liggetid i sykehus for ortopediske pasienter som får preoperativ opplæring og hjemmebasert rehabilitering, viser til at noen pasienter i kontrollgrupper var to uker på pasienthotell postoperativt (Kurstein 2006).

Både fra Finland og Island finnes lite publikasjoner vedrørende etablering og bruk av pasienthotell. Finland har et tilbud til polikliniske pasienter som har lang reisevei (Niskanen 2002). Finland har ikke utviklet pasienthotelltilbudet på samme måte som i Sverige, Danmark og Norge. De benytter det hovedsaklig som et tilbud til polikliniske pasienter (de som kan hvile eller ikke har lyst til å reise hjem rett etter en operasjon og/eller har behov for service fra sykehuset). Det benyttes til dagkirurgiske pasienter som bor lenger enn fem mil unna sykehuset. Pasienthotellet er tilrettelagt for at pasientene kan klare seg selv og leve et tilnærmet normalt liv selv om de har behov for helsetjenester (Niskanen 2002).

Både norske utredninger og en amerikansk studie viser at ca 10-20 % av innlagte pasienter egnet seg for pasienthotell (Moen 2003, Torgersen 2001, Harvey, Jenkins & Llewellyn 1993). Det er ingen spesielle reguleringer av pasienthotell. I lov om spesialisthelsetjenesten fremgår det at dersom pasienten bor i pasienthotell mens han er innskrevet i sykehuset, så har sykehuset, det samme rettslige ansvar for pasienten og behandling (Helse- og omsorgsdepartementet 2002).

Nye behandlingsmetoder gir endringer i pasientforløp. Diskusjoner pågår om pasienthotell er unødvendig eller ett verktøy som kan brukes som katalysator for å effektivisere helsetjenesten.

### **1.3.2 Pasienthotell i Norge**

Norge har de siste 20 år etablert pasienthotell og sykehotell som egne driftsenheter. De karakteriseres ved at pasienter, pårørende og andre besøkende kan benytte overnattingstilbudet. De har vært og er lokalisert i nærheten av, eller er integrert i, et sykehus. I 2007 var det 25 pasienthotell i Norge med ulikt eierskap og driftsansvar. De fleste eies av helseforetakene. Driftsansvaret i 2007 var fordelt med cirka halvparten mellom helseforetak og private firma (Rohde 2006).

Pasienthotell har sykehusstatus, og kan benyttes av pasienter innlagt i sykehuset. Pasienthotellet skiller seg fra en ordinær sengepost ved at omgivelsene er mer like et hotell. Sykehotell er et hotell der sykehuset ikke har noe ansvar for de som overnatter der. Det skiller seg fra et hotell ved at sengene er dedikert til pasienter som får eller har fått behandling ved et sykehus (Rohde 2006).

### **1.3.2.1 Regulering av pasienthotell**

Virksomheten ved pasienthotell er ikke spesifikt regulert i lov og forskrift om spesialisthelsetjenesten. Pasienthotell beskrives som en del av sykehusets virksomhet hvor pasienthotell er godkjent, som sykehus, etter reglene for godkjenning i spesialisthelsetjenesten (Rohde 2006).

I Helse- og sosialdepartementets rundskriv om pasienthotell står det:

”For pasienter som er innskrevet ved sykehuset under oppholdet i pasienthotellet, vil dette oppholdet være å anse som en del av pasientens sykehusopphold. Sykehuset vil da ha plikt til å føre tilsyn med pasienten og til å yte behandling dersom det skulle være nødvendig.” (Hesthamar 2001)

Videre står det i punkt 2.3 om pasienter som får behandling dagkirurgisk, som dagbehandling eller en poliklinisk konsultasjon (ikke heldøgning):

”Pasienter som overnatter i pasienthotell og som ikke er innskrevet i sykehuset vil sykehuset formelt ikke ha noe større ansvar for enn for pasienter som oppholder seg i ordinært hotell, i hjemmet også videre.” (Hesthamar 2001)

Per i dag foreligger ikke offisielle dokumenter for å fremme god bruk og nytte av pasienthotell. Helse – og omsorgsdepartementet har siden 2005 jobbet med å utarbeide faktagrunnlag, som igjen skal danne grunnlag for og komme med forslag til tiltak for å fremme en god bruk av pasienthotell.

### **1.3.2.2 Pasienthotell et integrert tilbud i pasientbehandlingen**

Pasienthotellet er integrert i sykehusets rutiner og vaktordninger, og det er ”moder”-avdelingen som har behandlingsansvaret (Rohde 2006, Hesthamar 2001). Pasienten får samme medisinske behandling som i en ordinær sengepost, men har lite behov for å bli observert. Pasienthotell er bemannet med helsepersonell og sykepleiere 24 timer per døgn. Helsepersonellet sitt ansvar er hjemlet i lov om helsepersonell som definerer helsepersonellets selvstendige plikt til forsvarlig yrkesutøvelse (Helse- og omsorgsdepartementet 2002).

Pasienthotell er lokalisert enten inne i sykehuset eller i nærhet til behandlingsområdene. Pasienthotell som ligger inne i sykehus skiller seg fra en ”ordinær” sengepost ved at omgivelsene er mer lik det vi forbinder med et hotell. Forutsetningen for å være i pasienthotell er at pasientene langt på vei er selvhjulpne, er klare og orientert, kan administrere egne medisiner, selvrappørere og gå til/fra spisesal/restaurant egner seg i pasienthotell. Pårørende er ofte en integrert del i pasientbehandlingen, og får ofte tilbud om å bo sammen med pasienten i pasienthotellet. Pårørende kan være en god støtte for pasienten, samtidig som de tar del i behandlingsforløpet (Hall, Abraham 2003).

Pasienthotell fokuserer på trygghet og høy servicekvalitet, samt at omgivelsene er designet med et hotellpreg (Hall, Abraham 2003, Abraham 2003, McKie-Addy 2008). Det bidrar til økt servicekvalitet (Sheehan-Smith 2006). Pasientene kan i større grad fokusere på egne ressurser, de får økt frihet, bedre komfort og bedre ikke- medisinske



fasiliteter (åpen resepsjon, vanlige senger, egne telefoner, restaurant og sosialt samvær). Pasientsikkerheten er høy fordi pasienthotellet ligger i nærheten til medisinsk behandling og har tilgang på sykepleiere. Behandling og legevisitt organiseres ulikt fra fagområde til fagområde, enten ved at pasienten går til behandlingsplass (lege, fysioterapeut) eller at behandling/rehabiliteringen gjennomføres på pasienthotellet.

Noen pasienthotell utfører ikke medisinsk behandling. Andre pasienthotell utfører komplementerende behandling til pasienter som har behov for intravenøs væskebehandling, intramuskulær eller intravenøs smertebehandling samt utførelse av prosedyrer som sårbehandling, sentrale venekateter, sondeernæring, urinkateter og epiduralkateter.

## **1.4 Pasientgrupper som egner seg for pasienthotell**

Pasienthotellet utfordrer de tradisjonelle spesialoppdelte/avdelingsoppdelte og diagnoserealterte/organoppbygde avdelinger. Pasientens diagnose er ikke avgjørende for hvor pasienten er innlagt, men det er pleie, observasjons- og behandlingsintensiteten.

Mange pasientgrupper benytter pasienthotell. Det gjelder pasienter innen fagområder som barsel, øre, nese hals, ortopedi, kirurgi, nevrologi, revmatologi, lunge, hjerte, og kreftpasienter (Hall, Abraham 2003, Lindgren 2000). Erfaringer har vist at pasienter som er selvhjulpne og klare og orienterte, men ikke kan bo hjemme på grunn av sykdommens karakter, sosiale årsaker, undersøkelse - og behandlingsbehov eller lang avstand til sykehuset, er pasienter som egner seg godt for pasienthotell (Verding 1993).

Nye behandlingsmetoder og valg av anestesimetoder medfører endringer i pasientforløp og logistikk (pre-, per - og postoperativ). Ett eksempel fra Norge er endringer i behandlingsforløpet for brystkreftpasienter, hvor det tas hensyn til både kvalitetsmål, kostnadseffektivitet og pasienttilfredshet. Brystkreftpasientene behandles dagkirurgisk, men pasienter som får innlagt dren overføres til pasienthotellet fremfor å være innlagt i ordinær sengepost. Pasientene får smerte- og kvalmestillende medikamenter etter utarbeidede retningslinjer, går til legekonsultasjon i poliklinikken og utskrives når drenet er fjernet. I perioden 2000-2002 ble det operert 735 pasienter hvorav 223 (30 %) ble overført til pasienthotellet fremfor en sengepost. De øvrige reiste hjem. Undersøkelse viser at pasientene var fornøyd med tilbudet (Karesen, Hervik & Schlichting 2003, Karesen et. al. 2002).

En studie fra Sverige viser at pasienthotell er et medisinsk sikkert alternativ til barselomsorg for fullbårne barn med friske mødre (Lindgren 2000). Den viser at hjemlig forhold, som for eksempel på et pasienthotell, medfører lav insidens av behandlingsskrevende gulsott, marginal vektreduksjon og skaper gode betingelser for familien.

En annen svensk studie konkluderer med at bruk av pasienthotell i behandlingen av pasienter med små og mellomstore lungeembolier er et trygt, helsefremmende og kostnadseffektivt behandlingstilbud (Olsson et. al. 2006). I stedet for å være innlagt fem dager i ordinær sengepost ble 102 pasienter utskrevet til pasienthotell. De hadde daglig

konsultasjon av lege som forordnet behandling samt scintigrafi før utskrivelse fra pasienthotellet og besparelsen var 2000 Euro per pasient.

En studie i Norge viser gode resultater ved å operere fundoplikasjoner for gastro – øsofagreflukssykdom som dagkirurgi. Pasientene reiste enten hjem eller ble overført til pasienthotellet 2-8 timer etter operasjonen. De fikk smerte- og kvalmebehandling i pasienthotellet. Resultatene viste at pasientene opplevde det trygt og ble tolerert av flertallet av pasientene (Trondsen et. al. 2002).

En kvalitativ dansk studie hvor både pasienter, pårørende og personalet er intervjuet, og hvor der er foretatt feltobservasjoner, viser at ortopediske pasienter er meget fornøyd med at pasienthotell er en del av pasientforløpet. Undersøkelsen er basert på at ca 20 % av alle hoftepasientene opereres etter et ”Joint Care”- forløp”. Det er et tverrfaglig og komprimert forløp som oppfordrer pasienten til medansvar og er basert på at pasienten ikke er syk, men har en dysfunksjon. Pasientene føler seg trygge på tidlig utskrivelse på grunn av god informasjon om forløpet, og oppholdet på pasienthotellet og integrering av pårørende er viktige ressurser i pasientforløpet. Denne pasientgruppen skårer høyere på pasienttilfredshetsundersøkelse enn et vanlig forløp i en sengepost (Mikkelsen, Nielsen, Trangbæk 2004).

En prospektiv randomisert studie fra Sverige (Westerdahl, Bergenfelz 2007) studerer 91 pasienter, som opereres for hyperparathyroidisme. De viser til gode resultater ved at pasientene i stedet for å være i ordinær sengepost ble overflyttet til pasienthotell fra andre til fjerde postoperative dag. De fikk daglig legevisitt og leverte selvrappotering som en del av pasientforløpet. Pasientene tok del i egen oppfølging ved å selvrappotere symptomer og effekt.

I Danmark er det gjort en undersøkelse som viser høy pasienttilfredshet hos kreftpasienter som er til langvarig strålebehandling (Hall, Abraham 2003). Resultatene viser at de følte seg i trygge omgivelser og kunne være seg selv. Pasientgruppen hadde vært behandlet både poliklinisk, innlagt i pasienthotellet og ordinær sengepost. Resultatene viser at strålebehandlingen hadde effekt på både smerter og blødninger. Det var godt å være i pasienthotellet når de opplevde bivirkninger i form av hudproblemer, dårlig matlyst, kvalme og tretthet. Det viktige funnet var at de følte seg mer som gjester og ikke som syke pasienter, noe som medførte at de kunne fokusere på egne ressurser. Friheten til å gjøre de tingene de ønsket, som å gå i kiosken, gå tur, være uforstyrret og alene på rommet, samt ha gjester når de ønsket. Pasientene opplevde det som et symbol på frihet, ansvar og selvstendighet. Pasienthotellet gav muligheter for handlefrihet og utfoldelse fremfor opphold på en sengepost som oppleves rigid og sykeliggjørende.

Disse nordiske studiene viser at pasienthotell egner seg for pasienter i pre- og postoperativ fase, langvarig behandling, utredning og rehabiliteringspasienter, dag kirurgi/behandling, søvnutredning, barsel, og kreftpasienter.

## 1.5 Folkehelseperspektivet

Folkehelsemeldingen beskriver i innledningen at folkehelsearbeid innebærer:

”Å svekke det som medfører helserisiko, og styrke det som bidrar til bedre helse. De negative påvirkningsfaktorene virker helsenedbrytende, men positive faktorer handler blant annet om styrkende faktorer i miljøet, vårt forhold til våre nærmeste og de nettverkene vi inngår i og i hvilken grad livet oppleves å ha mening og å være forutsigbart og håndterbart.” (Helse- og omsorgsdepartementet 2003 punkt.1.1)

Videre at det innebærer:

”Å satse i forhold til den fysiske helse, blant annet gjennom påvirkning av levevaner og levekår. Det handler også om å satse på den psykiske helsen, gjennom å legge til rette for opplevelse av mestring, god selvfølelse, menneskeverd, trygghet, respekt og synlighet.” (Helse- og omsorgsdepartementet 2003 punkt.1.1)

Lov om spesialisthelsetjeneste (Helse- og sosialdepartementet 2002) fremhever at sykehusene skal gi spesialisert behandling som skal bidra til å fremme folkehelse, motvirke sykdom, skade, lidelse, bidra til å sikre tilbudets kvalitet og tilby likeverdige tjenester tilpasset pasientens behov. Loven fremhever at sykehus har ansvar for at ressursene utnyttes best mulig og at helseforetakene har viktige oppgaver innenfor sekundær og tertiær forebygging, og i pasientopplæring. Opplæring og innsikt i egen sykdom er en viktig forutsetning for å meste livet.

Folkehelseperspektivet fokuserer på at individer som er innlagt i sykehus for behandling er i en spesiell livssituasjon (stressituasjon). De er avhengig av hjelp fra andre. Det er sykehusets ansvar å tilrettelegge behandlingstilbudet på et riktig nivå og tilpasset pasientens behov.

Økt differensiering av omsorgsnivå gir mulighet til å bruke ressurser på riktige pasienter. Overføring av pasienter fra ordinære sengeposter til internt pasienthotell medfører frigjorte ressurser på sengepostene som kan benyttes til andre pasienter/pasientbehandling som har et større behandlings- og pleiebehov.

Målsettingen med behandling i sykehus er å redusere sykdom/bedre helse og lidelse, og bidra til å styrke enkeltmenneskers evne til å mestre tilværelsen og eget liv. Det grunnleggende menneskesynet er at menneske selv er eksperten på sitt liv og selv vet hva som er bra, nyttig og viktig for han eller henne. Pasienten skal ses på som selvstendig og likeverdig ansvarlig individ som tar medansvar for egen behandling.

Antonowsky har utviklet en teori om forholdet mellom helse og sykdom som fokuserer på opplevelsen av sammenheng (OAS) mellom læring, adferd og følelser. Sykehusene har tradisjonelt hatt en patogenesetilnærning hvor fokus har vært på sykdom, avvik og sviktede helse (diagnose). Antonowsky fokuserer generelt på betydningen av å tilrettelegge for en helsefremmende tilnærning, slik at pasientene i større grad kan benytte egne ressurser til mestring, mobilisering og motstandsdyktighet (Antonowsky 1979).

Økt brukermedvirkning bidrar til at pasientenes behov settes i sentrum for tiltak og endringer som skal gjennomføres (Helse- og omsorgsdepartementet 2006). Det kan gjøres både gjennom formalisert samarbeid med organisasjonene, men også i møte med pasientgrupper og enkeltpasienter. Brukermedvirkning er viktig for kvaliteten i behandling og har egenverdi for pasienter og pårørende (Helse- og omsorgsdepartementet 2006).

Internt pasienthotell er tilrettelagt for at de innlagte pasientene i større grad kan bruke egne ressurser til å øke egen mestring. Det har en salutogen tilnærming hvor fokus er hva som gir god helse, fremmer utvikling, fokuserer på mestring, positiv opplevelse og er ikke problemorientert. Det skal bygge opp under faktorer som gjør at pasienter enklere kan møte motgangen med styrke. Den bygges opp ved at pasientene opplever det positivt å kunne bruke egne ressurser til å ta vare på egen helse og aktivt er med i beslutningsprosessene (Hall, Abraham 2003, Sheehan-Smith 2006, Grantham et. al. 2006). Pasienthotellet gir mulighet til at pasienten kan være seg selv, delta aktivt og overta noe av de daglige oppgaver. Det er fokus på pasientens ressurser (det friske) og man unngår sykeliggjøring samtidig som man får medisinsk behandling og trygghet.

## **1.6 Oppbygging av oppgave**

I det første kapittelet gjøres det rede for bakgrunn for, bruk av og erfaringer med pasienthotell i Norden. Forskningsspørsmålet utdypes og forklares i kapittel to. I kapittel tre beskrives teoriene. Metodevalget er basert på problemstillingen og gjøres rede for i kapittel fire. Det er benyttet kvantitativ metode og en tverrsnittsundersøkelse. I tillegg til å gjennomføre en kartlegging, er det innhentet tallmateriale fra sykehusets virksomhetsstatistikker og pasientadministrative system (DIPS). Kapittel fem gir en oppsummering om kartleggingen og belyser ulike sammenhenger og variasjoner. I kapittel seks pekes det på variasjoner og sammenhenger mellom variabler på et gitt tidspunkt. Det ses opp mot det teoretiske grunnlaget og understøttes med litteratur og egne resonnementer.

Det er fire vedlegg. Disse er kartleggingskjemaet samt ulike tabeller som benyttes i kapittel fem og seks.

## **2. HENSIKT OG FORSKNINGSSPØRSMÅL**

Kravet til topp faglig og kostnadseffektiv helsetjeneste samt nåværende sykehusstruktur og funksjonsfordeling mellom sykehus er en utfordring (Helse- og omsorgsdepartementet 2006). De norske myndigheter og regionale helseforetak gir krav til alle helseforetak at de leverer et budsjett og regnskap i balanse.

Det forventes at gapet mellom pasientens forventninger, tildelte rammer og medisinske teknologiske behandlingsmuligheter blir større og større (Helse- og omsorgsdepartementet 2006). Medisinsk utvikling og krav til effektivitet har medført

fokus på behov for økt differensiering av omsorgsnivå..

I et folkehelseperspektiv fokuseres det på at individer som er innlagt i sykehus for behandling er i en spesiell livssituasjon (stressituasjon). De er avhengig av hjelp fra andre. Det er sykehusets ansvar å tilrettelegge behandlingstilbudet på et riktig nivå og tilpasset pasientens behov (Helse- og omsorgsdepartementet 2003). Differensiering av omsorgsnivået for innlagte pasienter er et tiltak som tilpasser pleieressursene i forhold til pasientens behov.

Kan differensiering av omsorgsnivå fra ordinære senger til pasienthotellsenger opprettholde kvaliteten i behandlingstilbudet, samtidig som ressursene utnyttes på en optimal måte?

Det er grunnlag for å undersøke om det er pasienter som er innlagt i sengeposter som fyller kriteriene for å være innlagt på internt pasienthotell. Hensikten er derfor å studere hvilke pasienter som er innlagt i ordinære sengeposter, men som egner seg for internt pasienthotell.

## 3. TEORI

### 3.1 Kvalitetsteori

Grunnleggeren i kvalitetstenkningen i helsevesenet Avedis Donabedian mente at det var vanskelig å definere og vurdere kvalitet i helsetjenesten og at når den skal vurderes, er den beste definisjonen at kvalitet:

”in the form of eight ” articles of faith”, some stated as attributes or properties of the process of care and others as goals or objectives of that process.” (Donabedian 2005 s. 682)

I følge Donabedian skal kvalitet i helsetjenesten vurderes og måles ut fra tre dimensjoner: struktur, prosess og resultat. Resultatet er det man ønsker å oppnå (god pasientbehandling/fornøyde pasienter). Prosessen innebærer det faglige arbeidet (profesjonalitet, behandlingen, standarder, prosedyrer, holdninger, samarbeid o.s.v.), som skal gjøres for å få fornøyde pasienter. Strukturen er rammene og støttesystemer som må være tilstede for å nå ønsket resultat. Donabedian mener at delene ikke kan ses adskilt fra hverandre men som en ubrutt kjede hvor strukturevalueringen handler om hvordan prosessen foregår. Alle tre dimensjonene må evalueres dersom kvaliteten skal forbedres innenfor ett av områdene. Donabedian mener at det er en kausal sammenheng mellom dimensjonene. Kvaliteten vurderes med å utvikle tiltak, utarbeide planer og gjennomføre tiltak, hvor effekten ble vurdert etter en periode. Donabedian sin oppfatning var at det var tre forutsetninger som lå til grunn:

1. Registertankegang (prosedyrer/standarder) ga en påvirkningsmulighet for å endre struktur og /eller prosess for å påvirke resultatet
2. Kausal sammenheng mellom prosess og resultat og struktur og resultat

3. Bruk av strukturmål og prosessmål der den kausale sammenhengen ikke er klarlagte kan få uheldige konsekvenser

Nasjonal helseplan (Helse- og omsorgsdepartementet 2006) bygger på Avedis Donanbedians kvalitetsteori. Den mener at kvalitet omhandler i hvilken grad det som skjer av aktivitet og tiltak i helsetjenesten øker sannsynligheten for en ønsket helsegevinst både for individet og for grupper av individ.

Ahgren (Ahgren 2007) bygger på Donabedian når han strukturerer evaluering av kvalitet ved hjelp av en matrise.

Tabell 1. Viser en evalueringsmodell av kvalitet i helsetjenesten (Ahgren 2007 s.17)

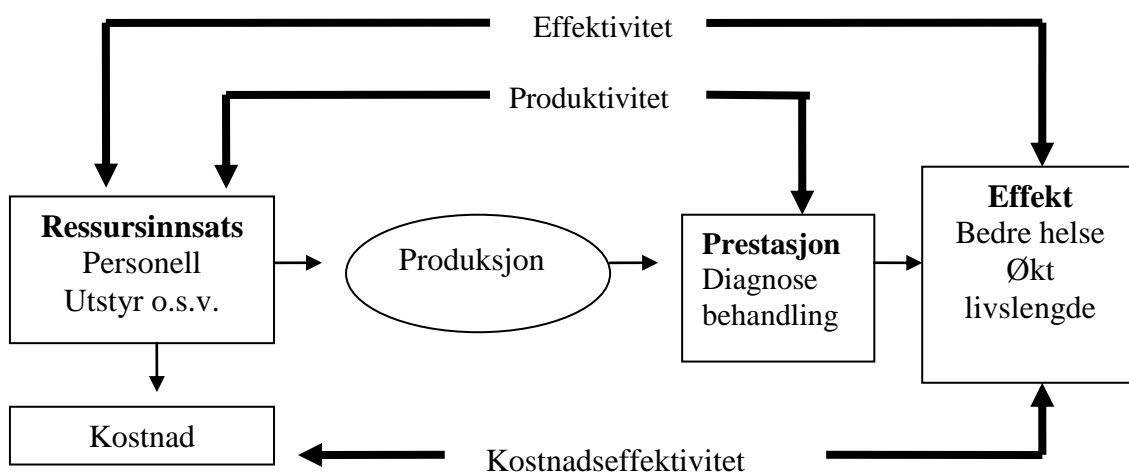
<b>Evalueringens perspektiv</b>	<b>Inntak/struktur (eks)</b>	<b>Prosess</b>	<b>Resultat</b>
Ledelses- Kvalitet	Tilstrekkelige ressurser Ytre tjenester/informasjon Samordnende strukturer	Få forsinkelser og feil  Effektivt pasientforløp  Gode nettverk og omsorg prosesser	God livskvalitet,  Lav ressursbruk
Profesjons- Kvalitet	Erfarne personell Riktige pasienter Nok informasjon for å gjennomføre behandlingen	Rett diagnose  Behandling og prosedyrer  god samhandling og tverrfaglig samarbeid	Gode helseresultater  Små negative konsekvenser
Kunde/pasient- kvalitet	Kvalifisert personell Riktig behandling Fine fasiliteter og god service	Vennlig personell  Tilpasset informasjon i forhold til behandling, unngå smerter  Rask service v/ behov	Høy pasienttilfredshet

Den vertikale delen beskriver tre perspektiv for å evaluere kvalitet, og den horisontale delen spesifiserer hvilke elementer som inngår i det enkelte perspektiv. Når kvaliteten i pasientbehandlingen skal vurderes og evalueres må det ses i et perspektiv av helhetlig pasientforløp der det faglige arbeidet som utføres er basert på de rammer og systemer helseforetak har. Det beskriver helseforetakenes evne til å utføre pasientbehandling som tilfredsstillende pasientene og derav er av god kvalitet.

### 3.2 Økonomisk teori

Formålet med helsetjenester er å sikre befolkningen best mulig helse innenfor de rammer som stilles til disposisjon. Grunnleggende tenkning i økonomisk teori er å bruke ressursene slik at det oppnås mest mulig nytte eller velferd ut av de ressurser man har (Askildsen 2001). Et samfunnsøkonomisk perspektiv medfører at det er særlig tre forutsetninger som legges til grunn: riktig kvalitet, unngå unødvendig ressursbruk, og behandle ”de rette pasientene”. Sykehusene skal behandle flest mulig pasienter på en god måte innenfor den gitte ressursramme. Det vil alltid være en avveining mellom kvalitet og kvantitet, samt diskusjon om hva som er god kvalitet, hvem er de ”riktige pasientene” og hva er unødvendig ressursbruk (Askildsen 2001)

Sentrale begrep når man diskuterer ressursbruk i helsetjenesten er produktivitet og effektivitet. *Produktivitet* defineres som ”den indre effektivitet”, det vil si forholdet mellom ressursbruk og produksjonsresultat og blir målt som forholdet mellom antall behandlede pasienter, innleggelse, undersøkelser, og innsats målt i form av kroner, ansatte o.s.v. (Askildsen 2001). *Effektivitet* defineres som ”den ytre effektivitet”, det vil si forholdet mellom ressursbruk og antall behandlede/diagnostiserte pasienter og antall pasienter som hadde effekt av behandlingen i form av bedre helse, økt livslengde/livskvalitet (Askildsen 2001).



Figur 1. Illustrerer forholdet mellom effektivitet, produktivitet og kostnadseffektivitet (Askildsen 2001 s.71).

Formålet med helsetjenester er ikke å behandle flest mulig pasienter, men å sikre befolkningen best mulig helse innenfor den tildelte økonomiske rammen. I økonomisk teori skilles det gjerne mellom ulike grupper av effektivitet.

*Kostnadseffektivitet* er et av tre kriterier som står sentralt i den sentrale prioriteringen av ulike helsetiltak. Det innebærer blant annet at en gitt behandling skal foregå med minst mulig bruk av ressurser. Det benyttes gjerne ulike økonomiske analyser for å identifisere om et tiltak er kostnadseffektivt eller ikke. Hensikten med økonomisk evaluering er å måle kostnader og nytte ved helsetiltak slik at nytten blir størst mulig innenfor et gitt budsjett.

*Kost/nytte analyse* er en av fire helseøkonomiske metoder som brukes ved evaluering av helsetjenesten. Den er en omfattende form for økonomisk analyse der man sammenlikner alle ressurser som et tiltak (diagnose, behandling, pleie med videre) krever med all nytte som skapes av tiltaket. Den tas i bruk når man kan skille to ulike "helseprogrammer" fra hverandre på en god måte. Det må være minst to alternativer å analysere. Behandlingsalternativene må være målbare, og det må være mulig å tallfeste nytte og kostnader i kroner og øre (Askildsen 2001).

Når man måler effekten av et tiltak innebærer det også å definere kvalitetsbegrepet, noe som er sammensatt. Kvaliteten på resultatet (eks antall behandlede pasienter) er summen av kvaliteten på både strukturen og prosessen og er beskrevet under punkt 3.1 (Askildsen 2001).

## **4. STUDIEOBJEKT OG METODE**

### **4.1 Internt pasienthotell ved Sørlandet sykehus HF**

For å avgrense oppgaven har jeg valgt å bruke Sørlandet sykehus (SSHF) som studieobjekt. SSHF er ett av 27 helseforetak i Norge, og har et befolkningsgrunnlag på 275.0000. Det består av tre akutt sykehus hvorav ett av dem er i Kristiansand (SSK). SSK har et befolkningsgrunnlag på ca 155.000 innbyggere og alle bor mindre enn en time fra sykehuset. Avstanden fra sykehuset til nærmeste hotell er femten minutter. Sykehuset har derfor ikke prioritert å etablere et pasienthotell som gir overnattingsmuligheter til polikliniske pasienter og pårørende.

SSHF har utarbeidet en strategiplan hvor det står tydelig at befolkningen skal ha et helsetjenestetilbud med høy kvalitet. Det er ikke definert hva de mener med høy og god kvalitet. I strategiplanen for SSHF 2009-2013 beskrives utviklingen slik:

"De kirurgiske fag er inne i en stor omstilling i forhold til operasjonsmetoder med særlig vekt på mini-invasive teknikker, som kikkhullskirurgi. Dette endrer pasientforløpene i kirurgisk klinikk, med en forskyvning av pasienter fra dag kirurgi til poliklinikk, og fra innlagte til dag kirurgi. Nye operasjonsmetoder medfører at man må legge til rette for en økt differensiering av sykepleietjenester, og en stadig økning i pasientgrupper som kan benytte internt pasienthotell i hele eller deler av oppholdet på

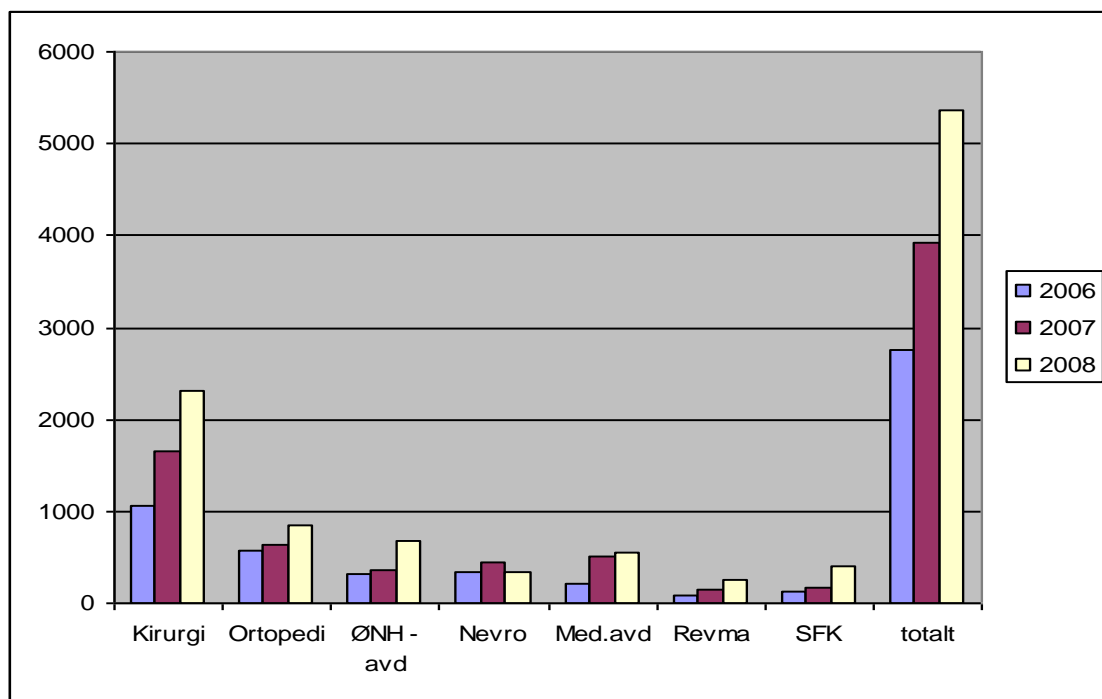


sykehusene er en konsekvens av dette.” (Sørlandet sykehus HF 2009 s.14)

Videre står det i strategiplanen for SSHF 2009-2013 :

”Utviklingen mot mer behandling i poliklinikk, dag behandling og bruk av pasienthotell vil fortsette. På sengepostene vil det ligge alvorlig syke pasienter med krevende behandlingsregimer. Forskjellen mellom sengeposter og intensivavdelinger blir mindre og sengepostene blir subintensiv” (Sørlandet sykehus HF 2009 s.8)

SSHF etablerte februar 2006 et internt pasienthotell som ett ledd i å skape et differensiert tilbud. Det er et tilbud til pasienter i Medisinsk og Kirurgisk klinikk som har behov for innleggelse i sykehus i hele eller deler av pasientforløpet. Til forskjell fra mange andre pasienthotell er det ikke et overnattingstilbud til pårørende eller til pasienter som får behandling i poliklinikk eller får dag behandling.



Figur 2. Oversikt over utviklingen av liggedøgn på Pasienthotellet i perioden 2006-2008 v/ Sørlandet sykehus, Kristiansand.

Pasienthotellet ved SSK eies og drives av SSHF. Det er en ombygd sengepost som ligger inne i sykehuset. Rommene består av 15 pasientrom, fordelt på syv enerom og åtte dobbeltrom med eget wc/ dusj. Rommene er tilrettelagt for rullestolbrukere. Alle rom har låsbare skap, bærbare telefoner, TV/radio/DVD og sykesignalanlegg, som kan brukes til å tilkalle hjelp. Det er en stor åpen resepsjon, dagligstue med internett, restaurant med kokk, trimrom og undersøkelsesrom. I spisestuen/restauranten serveres frokost, lunsj, middag og kveldsmat. Her er det buftet servering. De som trenger en

spesiell diett, gir beskjed i resepsjonen ved ankomst. Det er ingen faste besøkstider for pårørende. Pasientene kan ta imot besøk hele dagen.

Under innleggelsen er det ”moder”-avdelingen som har det medisinske ansvaret og administrerer og gjennomfører selve behandlingen. Vaktordningen for sykehuset omfatter pasienthotellet etter de samme faglige kriterier.

Legevisitten er organisert som en legekonsultasjon hos primærlegen. Det er ikke sykepleier tilstede. Alle pasientene har trådløs telefon som de må ha med seg når de ikke er på rommet. Seng og rom er knyttet opp mot telefonnummer i det pasientadministrative system. Legen kan ringe til pasienten ved behov, gjøre avtaler, korrigeringer og gjøre opp status i behandlingen. Gjennomføringen av legevisitten er organisert ulikt fra fagområde til fagområde. Pasienter som tilhører ØNH går til poliklinikken for legekonsultasjon, men kirurgiske pasienter får legekonsultasjon i pasienthotellet.

Pasienthotellet er bemannet med erfarne sykepleiere, hotellverter, kokk, sekretær og servicemedarbeidere. Det er merkantilt personell som utfører booking, resepsjonstjeneste, renhold/redning av senger og tilrettelegging av mat. Pasienthotellet er bemannet med sykepleiere 24 timer i døgnet som utfører enkel medisinsk behandling. Pasientene får det samme medisinske tilbudet som tidligere, men det er tilrettelagt for pasienter som har et lavt pleie- og observasjonsbehov, og som fyller kriteriene for å bo på hotell (Stien 1997). Kriteriene for å være innlagt i pasienthotellet er at:

- Pasienten er selvhjulpen og kan stelle seg selv
- Pasienten kan gå uten assistanse
- Pasienten kan spise uten hjelp
- Pasienten er klar og orientert
- Pasienten kan klare å administrere egne medisiner

Sykepleiebemanningen er tilpasset pasientkategorien som overføres til hotell og er lavere enn ved en sengepost. Sykepleiefunksjonen er hovedsakelig omsorg, rådgivning, grunnleggende sykepleie, administrere enkel medisinsk behandling (intravenøs behandling, smertestillende, enkle sår skift), klargjøring til operasjon, kommunikasjon med pasienter, samt observasjoner etter utarbeidede retningslinjer.

Pasienten er innlagt i sykehus, får samme medisinske behandlingen og generer samme kostnader/inntekter som tidligere. Intervensjonen er forskjellen i pleiebemanningen ved å endre ordinære senger til hotellsenger (Bowling 2002).

Tabell 2. Et eksempel på forskjell i lønnskostnader mellom sengepost og pasienthotell:

	Antall	Pleiefaktor	Antall	Kostnader	Tot. kostnader
--	--------	-------------	--------	-----------	----------------

	Senger	(årsverk/senger)	Årsverk	(i NOK)	(i NOK pr.2007)
<b>Ordinær sengepost</b>	27	0,95	25,65	500.000	12 825 000
<b>Pasienthotell</b>	27	0,30	8,1	500.000	4 050 000

Sykepleie bemanning i sengepostene har en pleiefaktor på 0,95 pr. seng (antall senger/antall pleieårsverk), mens pasienthotellet har pleiefaktor på 0,30 pr. seng; med andre ord en reduksjon av pleiekostnadene med 2/3. En sengepost med 27 senger, pleiefaktor 0,95 vil ha ca 24,3 pleieårsverk, mens et internt pasienthotell på tilsvarende størrelse vil ha behov for 8,1 årsverk.

Pasientene får et tilbud i pasienthotellet på et riktig omsorgsnivå, samt tilrettelagt med et salutogent perspektiv. Det kan gi helseforetakene økt fleksibilitet, noe som er et viktig virkemiddel for en mer kostnadseffektiv pasientbehandling, samt et bedre overnattingstilbud.

## 4.2 Valg av metode

Hensikten med oppgaven er å studere hvilke pasientgrupper som er innlagt i sengeposter men som egner seg i pasienthotell. Tverrsnittundersøkelse (survey) er en kvantitativ metode som kan benyttes til å samle informasjon om innlagte pasienter i en definert periode uten at de kan påvirke resultatet. Det er en metode hvor data har form av tall som kan analyseres ved hjelp av statistiske teknikker til forskjell fra kvalitativ metode hvor data har form av tekster som tolkes i analyser (Bowling 2002).

Ved å benytte et spørreskjema kan en gruppe mennesker undersøkes på et bestemt tidspunkt og forskjellige variabler kan måles på bestemte tidspunkt. Et spørreskjema basert på kriteriene for pasienthotell og spesifisering av komplimenterende behandling kan gi svar på problemstillingen. Den gir mulighet til å peke på sammenhenger mellom ulike variabler. Metoden egner seg fordi studien kun skal kartlegge antall pasienter som er innlagt i sengeposter som egner seg for pasienthotell. Tverrsnittundersøkelser kan ikke alene sette opp sammenhenger og årsaksforhold slik at det må suppleres opp med annen informasjon for å gi et godt resultat (Bowling 2002).

En longitudinell undersøkelse kunne vært et alternativ og kanskje bedre egnet for et godt resultat. Det kunne vist ulike sammenhenger over lengre tid, men er valgt bort på grunn av tidsaspektet og kostnader (Bowling 2002).

I tillegg til å gjennomføre en kartlegging benyttes tallmateriale fra sykehusets virksomhetsstatistikker/pasientadministrative system (DIPS).

## 4.3 Utvalg

Alle pasienter i SSK innlagt i ordinære sengeposter i Medisinsk og Kirurgisk klinikk er med i utvalget. Medisinsk klinikk består av Medisinsk avdeling (med fagområde

mage/tarm, nyre, infeksjon, lunge, hjerte), Nevrologisk avdeling og Revmatologisk avdeling. Kirurgisk klinikk består av Kirurgisk avdeling (med fagområde mage/tarm, urinveier, lunge/bryst kirurgi ), Øre, nese, hals avdeling (ØNH), Ortopedisk avdeling, Gynekologisk enhet og Internt pasienthotell.

Det er 10 ordinære sengeposter (1A, 1C,1E, 1D, 2A, 2C, 3A, 3C, 4A, Gyn.) og ett internt pasienthotell. De utgjør totalt 224 senger hvorav 27 (12 %) er definerte senger i internt pasienthotell. Størrelsen på sengepostene varierer mellom ni og 28 senger.

Pasienter innlagt i observasjonspost, palliativ sengepost og barselkvinner er ikke med i undersøkelsen. Palliative pasienter har et stort pleiebehov og egner seg ikke for pasienthotell. Barselkvinnene, som er en pasientkategori, er utelatt på grunn av avstanden til fødeavdelingen og at det vil være for lite areal for denne pasientkategorien i pasienthotellet. Pasienter som er innlagt i observasjonspost skal ha hyppig overvåkning mens de er innlagt, og fyller ikke kriteriene for pasienthotell.

## **4.4 Gjennomføring av undersøkelsen**

### **4.4.1 Utarbeidelse av spørreskjema:**

Spørreskjemaet er bygd opp i forhold til problemstillingen. Det skal vise et resultat pr. dag over en definert periode. Spørsmålene er relatert til pasientens funksjonsnivå og behandlingsnivå, ikke diagnose. Kartleggings skjemaet består av fire deler og har 27 spørsmål.

Del en er data om kjønn, diagnose, behandling (1 – 7). Del to er spørsmål om kriteriene for å være i pasienthotellet (åtte til fjorten). Del tre er spørsmål knyttet til komplementerende behandling (femten til tjuetre). Del fire (spørsmål 24) er om pasienten har behov for spesielle observasjoner. Spørsmål 25 til og med 27 handler om utskrivningstidspunktet. Det siste spørsmålet er medarbeidernes vurdering av om pasienten egner seg for pasienthotell.

Svarene må kunne deles inn i kategorier (nominalt målenivå) og det må ses på sammenhenger mellom kategoriene (ordinalt målenivå). Undersøkelsen skal vise om det er pasienter som er innlagt i sengeposter som egner seg for pasienthotell eller ikke, og på bakgrunn av dette så er det valgt svaralternativ ja/nei.

Det er vektlagt å bruke enkelt og forståelig språk slik at medarbeiderne skal oppfatte spørsmålene som relevante i forhold til problemstillingen. Før gjennomføringen av undersøkelsen ble skjemaet gjennomgått av nøytrale personer for å kvalitetssikre spørsmålene, avdekke uklarheter, tydelig, presise spørsmål som oppfattes likt av alle.

### **4.4.2 Datainnsamling**

Kartleggingen er en tverrsnittsundersøkelse med fem målinger foretatt over fem dager over en to ukers periode med normal aktivitet. Det var et bevisst valg som gjenspeiler et realistisk bilde av aktiviteten i sykehuset. Kartleggingen ble gjennomført mandag til

onsdag uke 45 og torsdag og fredag uke 46. Det var viktig å kartlegge alle ukedagene, men dagene ble valgt over en toukers periode for å unngå stor belastning på personalet.

Kartleggingen ble gjennomført ved å bruke samme spørreskjema på et definert tidspunkt. Flere pasienter ble kartlagt flere dager, noe som var hensikten fordi pasientens funksjonsnivå endrer seg daglig og vil vise om det er pasienter innlagt i sengepost som kunne vært innlagt på pasienthotellet pr. døgn. Det ble utarbeidet et informasjonsskriv til kartleggingen for å sikre at gjennomføringen av undersøkelsen ble gjennomført likt.

Målet var at kartleggingen skulle gi et godt og korrekt bilde av pleie- og observasjonsbehov til alle innlagte pasienter hver dag. Registreringen ble gjennomført av sykepleier/lege daglig under previsitten som hadde kunnskap om den enkelte pasient. Kartleggingen tok ca 30-60 minutter daglig per sengepost avhengig av hvor mange pasienter som var innlagt.

Informasjon om kartleggingen ble formidlet til personalgruppen gjennom ledere og tillitsvalgte i enhetene. Det var to medarbeidere tilgjengelig pr. telefon til å besvare spørsmål. Spørreskjemaene ble levert til lederne som formidlet disse videre til leger og sykepleiere. Anonymiteten ble ivaretatt ved at utfylte skjema ble lagt i lukket konvolutt og skjemaene ble punchet av en medarbeider uten tilknytning til den enkelte enheten.

## 4.5 Analyse/tolkning av data

Utgangspunkt for analysen er en datamatrikse hvor informasjonen er gitt i form av kodetall 0 (ja) og 1 (nei). Det er 11 enheter og 28 variabler. Variabel en til og med syv er ikke analysert fordi de ikke anses som relevante for problemstillingen. Variabel åtte til og med tretten er en gruppe definert som ”pasienter som fyller kriteriene”. Alle svar i variabel fjorten er tolket som at de ikke egner seg for pasienthotellet og inngår ikke i analysearbeidet. Variabel femten til og med tjuetre er definert som en gruppe som heter ”komplementerende behandling. Variabel tjuet fire er definert som ”Spesielle observasjoner” og variabel tjuet åtte er definert som ”Medarbeidernes oppfatning”. Variabel tjuet fem til og med tjuet syv fokuserer på utskrivningstidspunktet og alle ja- svar er utelatt i analysearbeidet.

Alle registreringene er lagt inn i et statistisk analyseverktøy (SPSS) og deretter konvertert over i Microsoft Office Excel. Resultatene er presentert som absolutte tall og prosentandeler.

Matrisen er forenklet ved å bruke frekvensdeling. Tabellen viser hvor mange ganger de ulike verdiene på en variabel fremkommer. Tabellen er oversiktlig, enkel å lese og tabellteksten klar og forståelig. Analysen viser hvor mange enheter som har de ulike kombinasjonene av verdier på to eller flere variabler. Analysen viser sammenhengen med antall pasienter som fyller alle kriteriene og som ikke er i permisjon eller skal utskrives registreringsdagen. Tabellene i oppgaven presenteres totalt og per klinikk. Medisinsk klinikk er ikke opererende fag og kirurgisk klinikk er sengeposter i opererende fag. Der enhetene presenteres enkeltvis står de omtalt med postnavn gjengitt

i punkt 4.1.

Analysen viser sammenhengen mellom antall pasienter som fyller kriteriene, men ikke skal utskrives og som får komplementerende behandling og/eller har behov for spesielle observasjoner. Sannsynligheten er stor for at mange av pasientene som hadde behov for komplementerende behandling var de samme som hadde behov for spesielle observasjoner. Det er gjort en forholdsmessig vurdering når det er sett på sammenhenger mellom variablene.

## 4.6 Etiske overveielser

Både undersøkelsen og kartleggingskjemaet ble godkjent av sykehusledelsen før gjennomføring. Det ble ikke søkt etisk komité om godkjenning hovedsakelig av to grunner. Den ene var at det var ikke pasienter som skulle besvare undersøkelsen. Den andre var at kartleggingen ikke ville vise personlige opplysninger, unntatt pasientens initialer, alder og hvilke enhet han /hun var innlagt på.

## 5. RESULTAT AV KARTLEGGINGEN

### 5.1 Svarfordeling

Tabell 3. Oversikt over antall pasientregistreringer i pasienthotellet og mellom opererende fag (Kirurgisk klinikk) og ikke opererende fag (Medisinsk klinikk)

Klinikker	Antall pasientregistreringer	Prosentvis fordeling
Pasienthotell	131	13.7 %
Medisinsk klinikk	442	46.2 %
Kirurgisk klinikk	383	40.1 %
Totalt over 5 dager	956	100 %
Gj.sn. 5 dager	191	100 %

Kartleggingen viser at 13.7 % av alle innlagte pasienter var innlagt i Pasienthotellet, men ikke hvilken klinikk de tilhører. Pasientregistreringene i sengepostene utgjør 825 (100 %) med en fordelingsnøkkel på 442 (53.6 %) medisinske og 383 (46.4 %) kirurgiske pasienter

I vedlegg 1 presenteres antall pasientregistreringer, fem enkeltstående dager pr. sengeenhet over to uker. Den viser ikke antall pasienter fordi flere pasienter kan være registrert flere dager pr. post. Den viser at 13.7 % (131 av 956) av alle registreringene i perioden var pasienter som var innlagt i pasienthotellet og at ca 5 % av alle registrerte pasienter i pasienthotellet ikke oppfylte kriteriene. Den viser også at det er variasjoner per enhet.

På 1A fyller 57.6 % av de registrerte pasienter kriteriene for pasienthotell mens det på 2A er 20 %. 1A har imidlertid liten andel registreringer i forhold til 2A. Det er fire enheter (3A, 4A, 2C og 1A) hvor andelen pasienter som oppfyller kriteriene er 40 % eller over av alle registrerte pasienter.

Registreringene kan ikke prosentueres i forhold til hverandre da enhetens størrelse ikke er oppgitt.

## 5.2 Bruk av pasienthotellet

SSK hadde i registreringsperioden 224 normerte somatiske senger (ikke effektive), hvorav 27 (12 %) av dem var definert som interne pasienthotellsenger. Gjennomsnittlig liggetid pr. 31.12.07 er 1.9 liggedøgn i pasienthotellet mens gjennomsnittlig liggetid i SSHF pr. 31.12.07 er 3.2 dager.

Tabell 4. Oversikt over bruk av pasienthotellet i registreringsperioden og pr. 31.12.07

Antall innlagte pasienter	Registreringsperioden uke 46-47 i 2007						Innlagte pasienter pr.31.12.07
	man.	tirs.	ons.	tors	fred.	totalt	Totalt
Sengeposter og Pasienthotell	181	199	191	177	190	938	21303
Pasienthotell	11	29	33	29	27	129	2469
Pasienthotell i %	6 %	15 %	17 %	16 %	14 %	14 %	11 %

Kartleggingen viser at gjennomsnittlig 14 % av innlagte pasienter var i registreringsperioden innlagt i pasienthotellet. Analysen viser at pasienthotellet var optimalt utnyttet, og at det er grunnlag for å vurdere om det er flere pasienter, som er innlagt i sykehuset, som kan være hele eller deler av oppholdet sitt ved pasienthotellet.

Analysen viser at 11 % av totalt antall behandlede innlagte pasienter i 2007 var i hele eller deler av pasientforløpet i pasienthotellet. Prosentandelen ville økt dersom tallene ble korrigert for at pasienthotellet var i drift 42 uker per år. Kartleggingen viser variasjoner hvor det er få pasienter mandag, men høyt belegg tirsdag til fredag.

## 5.3 Innlagte pasienter i sengeposter og pasienthotellet

Sykehuset sin målsetting er en utnyttelsesgrad (beleggsprosent)<sup>6</sup> av sengekapasiteten på 87 % slik at det gjennomsnittlig pr. år skal til enhver tid være 195 av 224 senger i bruk.

<sup>6</sup> Beleggsprosent/ utnyttelsesgrad av senger beregnes som antall liggedager\*100/periodens kalenderdøgn\* antall senger (Heimly 1999)

Det skal sikre at sykehuset er tilrettelagt for naturlige variasjoner når aktivitetsnivået planlegges og at det er kapasitet til å ta i mot ø- hjelp pasienter. Utnyttelsesgraden ved enhetene skal variere fra 85 -95 % avhenging av om enheten har høy grad av planlagt virksomhet eller har høy andel av ø-hjelp innleggelser.

Tabell 5. Oversikt over gjennomsnittlig utnyttelsesgrad av sengene registreringsdagene.

Klinikker	Disponible senger i perioden		Gjennomsnittlig antall pasienter i perioden	
	Antall	%	Antall	%
Pasienthotell	27	100	26	96
Medisinsk klinikk	106	100	88	83
Kirurgisk klinikk	91	100	77	85
Antall u / Pasienthotell	197	100	165	84
Antall m /Pasienthotell	224	100	191	85

Resultatene inkludert pasienthotellet viser at det var gjennomsnittlig 191 senger i bruk. Det gir en utnyttelsesgrad av sengene på ca 85 % og at det er fire senger for mye i perioden. Det er en prosentenhets forskjell i gjennomsnittlig beleggsprosent om sengeantallet og utnyttelsesgraden beregnes med eller uten Pasienthotellet, og viser en forskjell på tre senger i forhold til sykehusets målsetting.

Sengepostene har til disposisjon 197 senger. Dersom sykehuset skal oppnå sin målsetting om en gjennomsnittlig utnyttelsesgrad av sengene på 87 % skulle det i perioden være en gjennomsnittlig bruk av 171 senger. Kartleggingen viser at gjennomsnittlig bruk av senger var på 165 noe som gir en utnyttelsesgrad på ca 84 % og at sykehuset i perioden har seks senger for mye fordelt på to i Kirurgisk klinikk og fire i Medisinsk klinikk.

Vedlegg 2 viser en oversikt over antall innlagte pasienter og beleggsprosenten per enhet fem ulike registreringsdager. Det er variasjoner i antall innlagte pasienter og bruk av senger pr. dag. Utnyttelsesgraden i sengepostene (eksklusiv pasienthotellet) varierer mellom 75 % og 86 %. Inkludert pasienthotellet varierer utnyttelsesgraden mellom 78 % og 89 %. I perioden er det gjennomsnittlig ledig 36 senger eksklusiv pasienthotellet og 38 senger inklusiv pasienthotellet. Fire av fem dager er beleggsprosenten med og uten pasienthotellsengene over 85 %. Det er kun tirsdagen at beleggsprosenten er på 89 % med hotellsengene og 86 % uten hotellsengene. Mandagen viser tabellen at belegget i sengepostene er 83 % men inkluderes pasienthotell er det 78 %. Belegget i pasienthotellet er mandag på 38 %. Pasienthotellet hadde et gjennomsnittlig belegg på 97 %. Det varierte mellom 38 % til 122 % belegg, og varierte mellom 11 og 33 pasienter pr dag.

I vedlegg 2 fremgår det at sengepostene uten pasienthotellet har et belegg på 78 % onsdag og ledig 43 senger, torsdag er det en beleggsprosent på 75 og ledig 49 senger



mens det fredag er en beleggprosent på 83 og ledig 34 senger. Registreringen viser at det er variasjoner i beleggprosentene (utnyttelsesgrad) i sengepostene. Både Ortopedisk enhet, Infeksjon og Kir. 3C har over > 90 % belegg, mens Med. 1D, Med. 2C, Rev 1A og Kir 3A har en beleggprosent på < 70 %. Det viser at beleggprosenten for den enkelte enhet varierer pr. dag. Beleggprosenten uten pasienthotell er på 83 % mandag, 86 % tirsdag, onsdag 78 %, torsdag 75 % mens den fredag stiger til 83 %. Registreringen med pasienthotell viser samme kurve med 81 % mandag, stiger til 89 % tirsdag, 85 % og 79 % henholdsvis onsdag og torsdag men den er nede på 85 % fredagen.

## **5.4 Pasienter som fyller kriteriene for å være i pasienthotellet**

Oversikten i vedlegg 3 viser det antall pasienter totalt og per enhet som egner seg å være i pasienthotellet. Den viser antall pasienter korrigert for de som skal utskrives og/eller er i permisjon. Den viser en oversikt pr. enhet men også totalt hvor mange pasienter som får komplementerende behandling og / eller har behov for spesielle observasjoner.

Oppsummeringen viser at det totalt er 391 pasienter (40.8 %) som er selvhjulpne, klare og orienterte, kan gå uten assistanse, kan ivareta egen ernæring og medisinerings. Av de er 124 pasienter (ca 32 %) allerede i pasienthotellet. Alle postene har pasienter som fyller kriteriene i løpet av de fem registreringsdagene. Av de pasientene som fyller kriteriene så skal 155 pasienter utskrives (40 %) og 24 pasienter (6 %) er i permisjon. Alle postene har pasienter som skal utskrives og åtte av 10 poster har en eller flere pasienter som er i permisjon i løpet av registreringsdagene.

Korrigert for pasienter som utskrives og er i permisjon viser oversikten at 154 pasienter (18.7 %) var innlagt i sengepostene registreringsdagene som fylte kriteriene for å være i pasienthotellet. Det utgjør gjennomsnittlig 31 pasienter hver dag. Det er variasjoner mellom ulike enheter. På 3A, 4A, 1A og 1D fyller 22,5 – 33,3 % av pasientene kriteriene for pasienthotellet mens det på Gy, 3C og 1C er 10 % eller mindre av pasientene som egner seg pasienthotellet.

Kartleggingen viser ikke hva slags pasienter som ligger i pasienthotellet, kun antallet. Pasienthotellet skiller ikke på pasientgrupper eller om det er medisinske eller kirurgiske pasienter. Tallene inkluderer kun innlagte pasienter, og ikke pårørende, dagkirurgiske eller polikliniske pasienter.

### **5.4.1 Pasienter som fyller kriteriene og som har behov for komplementerende behandling**

Oversikten i vedlegg 3 viser i kolonne fire og fem at det totalt er 208 pasienter (inkludert pasienthotellet) som fyller kriteriene for pasienthotellet og at 102 (49 %) av dem enten har urinkateter, behov for gjennomskyllingsbehandling, epiduralkatter, behov for intramuskulær eller intravenøs smertebehandling, behov for intravenøs væskebehandling eller antibiotika behandling, har innlagt sentralt venekateter eller har behov for sårskift.

Av de 102 pasientene ligger 85 av pasientene (83 %) i sengepostene mens 17 av 63 pasienter (17 %) i pasienthotellet. Registreringen beskriver ikke hvor behandlingen gjennomføres (sengeenhet, poliklinikken eller pasienthotellet). Eksklusiv Pasienthotellet får 87 av 154 pasienter komplementerende behandling. Det utgjør 56.5 %.

Det er variasjoner mellom enhetene. På fem enheter (3A, 4A, 3C, 1E, 1D) får mellom 62 - 77 % av pasientene som fyller kriteriene komplementerende behandling. På 1A, 1C og 1C får 10 % - 30 % av pasientene som får komplementerende behandling.

Dersom man korrigerer for de 87 pasientene som får komplementerende behandling er det 67 pasienter i sengepostene som fyller kriteriene for pasienthotellet. Det er gjennomsnittlig 14 pasienter per dag.

#### **5.4.2 Pasienter som fyller kriteriene og har spesielle observasjonsbehov**

Oversikten i vedlegg 3 viser antall pasienter som fyller kriteriene for pasienthotell, men som har behov for spesielle observasjoner under innleggelsen. Den viser at 29 % (63 av 217) av pasientene som fyller kriteriene for pasienthotell allerede er innlagt i Pasienthotellet. Den viser videre at ca 52 % (113 av 217) av pasientene som er i sengepostene og egner seg for pasienthotellet har behov for spesielle observasjoner.

Det er 24 % (15 av 63) av pasientene i pasienthotellet som har behov for spesielle observasjoner. Det er 154 pasienter som fyller kriteriene men er innlagt på sengepostene hvorav 98 av dem (64 %) har behov for spesielle observasjoner. Det er variasjoner mellom enhetene.

Oversikten viser at på 3A, Gyn., 2A og 2C har 75 - 100 % av alle pasientene som fyller kriteriene behov for spesielle observasjoner. På 3C, 1A og 4A har mindre enn 40 % av alle pasientene som fyller kriteriene behov for spesielle observasjoner.

Oversikten viser at det i løpet av registreringsperioden er 56 pasienter som ligger i sengepostene, er selvhjulpne og ikke har behov for spesielle observasjoner. De er klare og orienterte, kan gå uten assistanse, kan ivareta egen ernæring og administrere egne medikamenter. Det utgjør gjennomsnittlig 11 pasienter pr. dag.

#### **5.5 Pasienter som fyller kriteriene og personalets vurderinger**

Oversikten i vedlegg fire viser en oppsummering totalt og per enhet over pasienter som egner seg for pasienthotellet, antall per enhet og totalt. Den viser en oppsummering av medarbeidernes oppfatning av om pasienten egner seg for overføring til pasienthotell samme dag, uavhengig av om det er plass.

Tabell 6. Oversikt over forholdet mellom kartleggingen og medarbeidernes oppfatning totalt og oppsummert i Medisinsk og Kirurgisk klinikk.

	Kartlegging		Medarbeidernes oppfatning					
Enheter	Pas. som fyller kriteriene	Rest pas. Uten spes. observ. kompl. Behandl	Pas som fyller kriteriene			Rest pas. Uten spes. observ. kompl. behandl.		
			nei	Ja	ubesv.	nei	Ja	Ubesv.
Kir. klinikk	78	12	54	24	0	3	8	0
Med. klinikk	76	21	45	31	0	3	12	6
Totalt	154	33	99	55	0	6	20	6
Gj.sn pr.dag	30	6 til 7	19	11	0	1 til 2	4	1 til 2

I tabellen over vises oppsummeringen per klinikk. Kartleggingen viser at det er gjennomsnittlig 30,8 pasienter hver dag som er innlagt i sengepostene som fyller kriteriene, mens medarbeiderne vurdering er at det er 11 pasienter (ca 37 %) som egner seg for pasienthotell. Personalets vurdering er at 67 % av pasientene som fyller kriteriene for pasienthotell ikke egner seg for pasienthotell Det er 54 % fra Kirurgisk klinikk og 45 % fra Medisinsk klinikk. Variasjoner mellom enhetene vises i vedlegg fire.

Når det gjelder pasienter som fyller kriteriene og som hverken har behov for spesielle observasjoner og/eller får komplementerende behandling er det liten variasjon mellom kartleggingen og medarbeidernes vurderinger av om pasienter kunne har vært på pasienthotell.

## 6. DISKUSJON

### 6.1 Er det pasienter innlagt i sengeposter som egner seg for pasienthotell?

Kartleggingen (vedlegg tre) viser at det gjennomsnittlig hver dag er 53 pasienter i sengepostene som fyller kriteriene for å være innlagt i pasienthotellet. Sykehuset har 224 normerte senger og det var gjennomsnittlig 191 pasienter innlagt hver dag. Korrigert for pasienter som skal utskrives eller er i permisjon er det 31 pasienter daglig som fyller kriteriene for pasienthotell men er innlagt i sengepostene. Det utgjør 18.7 % av pasientene som var innlagt i sengepostene i registreringsdagene. En stor andel av de pasientene hadde behov for komplementerende behandling og/eller spesielle observasjoner.

Når det korrigeres for pasienter som har spesielle observasjonsbehov, så er det gjennomsnittlig 11 pasienter (36.4 %) i sengepostene som fyller kriteriene for pasienthotell. Kartleggingen bekrefter publikasjonen fra England (Harvey, Jenkins & Llewellyn 1993) som viser at sykehus på en viss størrelse kan definere minst 10 % av sengene som pasienthotell senger. Den viste at 69 % av pasientene hadde et lavt behandlingsnivå og mange pre - eller post operative pasienter. Liggetiden var på ca. ett døgn. De viser til at pasientgrupper som egner seg for pasienthotell er barselomsorg,

gynekologi, kirurgi og indremedisin. Pasienthotellkonseptet var integrert hos både pasienter og personalet som en akseptert del av behandlingstilbudet (Harvey, Jenkins & Llewellyn 1993).

SSK har få pasienter som har lang reisevei til behandlingsstedet og få polikliniske pasienter som har behov for å overnatte i pasienthotell. Hverken kartleggingen eller tilgjengelig publikasjoner beskriver i hvilken grad den enkelte pasientkategori har et optimalt pasientforløp med tanke på liggetid og det samme dags innleggelse for en operasjon. Det er interessant å merke seg at det er sammenheng mellom resultatene fra kartleggingen og publikasjonen fra England. De er påfallende like til tross for endringer i behandlingsmetodene, endrede pasientforløp og økt krav til effektivitet.

Pasienter som behandles på for høyt omsorgsnivå vil i forhold til Donabedians kvalitetsteori gi en svekket kvalitet fordi pasientene kunne fått bedre fasiliteter og service (struktur) og høyere pasienttilfredshet (resultat). Prosessen ville vært tilfredsstillende fordi pasientene får rett behandling og diagnose. Strukturen kan muligens svekke kvaliteten fordi personalet i sengepostene må bruke ressurser på pasienter som er selvhjulpne, noe som medfører mindre oppmerksomhet rettet mot pasienter som har større pleie og behandlingsbehov. Det kunne gitt økt kvalitet dersom ressursene (pleieressurser og tilrettelagt miljø) var tilpasset bedre til den enkeltes behov. Det kan gi lavere pasientopplevd kvalitet (resultat) både for selvhjulpne pasienter hvor det ikke er tilrettelagt for egenmestring, og for pasienter med et stort behandlings- og pleiebehov som ikke får tilstrekkelig oppmerksomhet (Donabedian 2005). Kvaliteten kan trolig forbedres ved at flere pasienter kan overføres til pasienthotell til lavere kostnader. Samtidig kan det oppnås gode helseresultater med få negative konsekvenser samt økt pasienttilfredshet. Det viser erfaringer fra de Nordiske land (Antonovsky 1979, Donabedian 2005, Ahgren 2007).

Oppsummering viser at det er pasienter som er innlagt i sengeposter, men egner seg for pasienthotell. I et økonomisk perspektiv er det sannsynlig at organiseringen kan gi en svekket effektivitet fordi det brukes for mye ressurser på "feil" pasienter. Det kan være et potensial for å øke effektiviteten og pasienttilfredsheten ved å overføre av pasienter til pasienthotell. Det kan gi økt kostnadseffektivitet ved at rett behandling gjennomføres med minst mulig ressurser samt frigjøre ressurser til annen pasientbehandling (Bixby, Boyd & Israel 2006, Kragh-Sorensen, Kettel 1997).

Kartleggingen viser at det på enkelte enheter er få pasienter som egner seg for pasienthotell, slik at overføring av noen pasienter trolig frigjør så få liggedøgn at det ikke vil gi økonomisk effektivisering. På den andre side så kan det gi mulighet for økt oppmerksomhet knyttet til mer behandlings – og pleiekrevende pasienter.

## **6.2 Sammenheng mellom bruk av pasienthotellet og belegg i sengepostene**

Kartleggingen viser (se vedlegg 2) at 12 % av sengene (27 av 224) i sykehuset er definert som pasienthotellsenger. Den viser at i underkant av 14 % av alle innlagte

pasienter i registreringsperioden var innlagt i pasienthotellet. Det er mer enn tidligere kartlegginger ved helseforetaket (Rohde 2006, Moen 2003, Torgersen 2001), og enn en publikasjon fra England (Harvey, Jenkins & Llewellyn 1993) har vist.

Kartleggingen viser at pasienthotellet har god ressursutnyttelse. Det har ledig kapasitet mandag, men ikke tirsdag, onsdag, torsdag og fredag. Den viser at sykehuset har fire ledige senger og er riktig dimensjonert i forhold til målsettingen. Det kan være at personalet hadde vurdert pasientens funksjonsevne annerledes dersom det hadde vært høyere beleggprosent i sengepostene. Dersom sengepostene ikke hadde hatt ledig kapasitet kan det være mulig at det hadde vært flere pasienter som hadde blitt vurdert som egnet til pasienthotell.

Tabell 7. Forholdet mellom antall senger, innlagte pasienter og antall pasient som fyller kriteriene i Medisinsk og Kirurgisk klinikk per dag

Klinikk	Senger til disposisjon	Gjennomsnittlig antall innlagte pasienter i perioden		
		pr. dag	fyller kriteriene	fyller kriteriene*
Pasienthotell	27	26	25	
Med. Klinikk	106	88	26	14
Kir.klinikk	91	77	28	15
Totalt	224	191	79	
U/ pasienthotell	191	165	54	29

\* Tallene er korrigert for de som skal utskrives eller er i permisjon

Tabellen viser antall innlagte pasienter og at det er 54 pasientregistreringer som fyller kriteriene for pasienthotell. Korrigert for de som skal utskrives/permisjon så er det 29 pasienter hver dag. Det gir grunn til å stille spørsmål i hvilken grad sengepostene praktiserer at pasientene overføres til pasienthotell siste døgnet de er innlagt i sykehuset. På den andre side må pasientforløpene på det enkelte fagområde tas med i betraktning. Pasienter som er innlagt på 2C har en liggetid på 2,2 døgn og det gjennomføres en omfattende utredning og behandling slik at det kan stilles spørsmål om pasientene fyller kriteriene for pasienthotell før den dagen de skal utskrives.

Pasienthotellet var optimalt utnyttet og hadde ikke ledig kapasitet unntatt mandagen. Erfaringsmessig utskrives mange pasienter hver mandag, og det er få pasienter som overføres fra sengepost til pasienthotell om søndagen da det ikke er ordinær legevisitt i enhetene. Kartleggingen viser at det er pasienter som fylte kriteriene i begge klinikker og et potensial for omfordeling av ordinære senger til pasienthotell. Både i et kvalitets- og et økonomisk perspektiv kan det være hensiktsmessig. Det vil sannsynligvis være kostnadseffektivt og omfordele senger til pasienthotell. Pasientene blir behandlet til samme eller bedre kvalitet men med lavere kostnader. Pasienthotell har mindre bemanning (ressurser) samtidig som forholdene er lagt godt tilrette for pasientene (se figur 2 s.19). Det kan frigi ressurser som kan benyttes til pasienter med økt behandlings-

og pleiebehov (Helse- og omsorgsdepartementet 2006). I et kvalitetsperspektiv kan det være hensiktsmessig både i et ledelsesmessig, profesjons-, og pasientperspektiv. Det vil trolig gi høy pasienttilfredshet, gode helseresultater og lav ressursbruk. Det er i tråd med Donabedian, som mener det er en kausal sammenheng mellom de ulike elementene og at det ene er avhengig av det andre.

### 6.3 Pasienter som fyller kriteriene og har behov for komplementerende behandling

Resultatet av kartleggingen viser at det hver dag er 31 pasienter i sengepostene som fyller kriteriene for pasienthotell.

Tabell 8. Fordeling av pasienter som fyller kriteriene pr. klinikk (eksklusiv pasienthotell) og som har behov for komplementerende behandling

Fordeling pr. klinikk	Registrert Pasienter i perioden	Pasienter som fyller kriteriene*	Pasienter som får	
			komplem. behandling	Spesielle observasjoner
Kirurgisk klinikk	383	78	53	51
Medisinsk klinikk	442	76	34	46
Totalt u/ Pasienthotell	825	154	87	97
Gjennomsnittlig pr. dag u/ Pasienthotell	165	30,8	17,4	19,4

\* tallene er korrigert for pasienter som skal utskrives eller er i permisjon

Tabellen viser at 56.5 % av pasientene (87 av 154 pasienter) som fylte kriteriene har behov for komplementerende behandling. Av dem er 61 % i Kirurgisk klinikk og 39 % i Medisinsk klinikk. I Kirurgisk klinikk er det 68 % (53 av 78) og i Medisinsk klinikk er 44,7 % (34 av 76) av pasientene som fyller kriteriene som har behov for komplementerende behandling. Variasjonen mellom klinikkene kan ha sammenheng med at Kirurgisk klinikk er opererende fag og at pasientene pre- og postoperativt har behov for urin kateter, intravenøs væske- eller antibiotika behandling og sårskift.

Det kan ses både i et kvalitets- og økonomisk perspektiv. I et økonomisk perspektiv bør man vurdere i forhold til en kost/nytte analyse hvor det vurderes i forhold til to ulike pasientforløp. I det ene blir pasienten værende i sengeposten, mens i det andre overføres pasienten til pasienthotellet og de bemanningsmessige lønnskonskvensene tallfestes i kroner og øre. Dersom pasientene blir værende i sengepost blir det ikke frigjort liggedøgn i sengene, slik at enheten må opprettholde antall senger og bemanning. I det andre pasientforløpet overføres pasientene til pasienthotell og det kan sannsynligvis frigjøres personalressurser og liggedøgn i sengepostene. Antall årsverk i posten kan vurderes. En mulig omfordeling av ressurser må ses opp mot kostnadene ved en utvidelse av pasienthotell og bemanningsøkning. Pasienthotell har en pleiefaktor på 0,3 mens det på sengepostene er 0,95. Pasienthotellet har sykepleiere til stede 24 timer i

døgnet, men det vil være få medarbeidere tilstede. Hvilke arbeidsoppgaver som skal gjennomføres i pasienthotellet må vurderes. Det kan medføre at det bør gjennomføres en kost/nytte analyse, som innebærer en vurdering hvor behandlingen skal gjennomføres før omfordeling av senger til pasienthotell. Det må være samsvar mellom bemanning og behandlingsskapasitet, slik at det må vurderes om behandlingen skal gjennomføres i pasienthotellet, poliklinikken eller i sengeposten hvor pasienten overføres fra.

Det kan være god kostnadseffektivt å overføre pasienter til pasienthotellet dersom pasienten ikke skal utskrives til hjemmet, fordi driftsutgiftene er lavere i pasienthotellet enn ved sengeenhetene. Omfanget av arbeidsoppgaver i både pasienthotell og sengepostene må ses i sammenheng med bemanningen i den enkelte sengepost og pasienthotellet (Kragh-Sorensen, Kettel 1997). I tabell 3 (vedlegg 3) går det frem at det er interne variasjoner mellom enhetene, ikke kun per klinikk. Revmatologiske pasienter (1A) har i liten grad behov for komplementerende behandling. De bor i pasienthotellet og får behandling og oppfølging i Revmatologisk poliklinikk. Det samme gjelder ØNH pasientene som er innlagt i 3A, men det fremgår imidlertid ikke i tabellen.

I et kvalitetsperspektiv for pasientene vil trolig overføring fra sengepost til pasienthotellet medføre at man kan bo i et miljø hvor det er fokus på pasientens ressurser. Det fremmer mestring, ressursmobilisering og motstandsdyktighet samtidig som sykkeliggjøring av pasienten reduseres. Medisinsk behandling kan samtidig gjennomføres et annet sted. (Verding, Dørum 1993, Antonovsky 1979).

Erfaringer fra Danmark (Hall, Abraham 2003) viser at kreftpasienter som er selvhjulpne opplever høy kvalitet og trygghet ved å bo i pasienthotellet, og ved å gjennomføre behandlingen i poliklinikken. Det samme er erfaringene fra Norge når det gjelder pasienter som opereres for mage/tarm sykdommer (Trondsen et. al. 2002). Det vises også til gode resultater for pasienter som opereres for hyperparathyroidisme. De fører egenrapporteringsskjema, og får daglig legevisitt, men bor i pasienthotell.

I et folkehelseperspektiv vil videreføring av eksisterende praksis oppfattes som en videreføring av et patogentisk perspektiv hvor det er fokus på "det syke" (sykdom, avvik og sviktende helse), mens overføring av pasientene til pasienthotell vil oppfattes som at det tilrettelegges for et salutogent perspektiv (Verding, Dørum 1993, Antonovsky 1979).

Overføring av pasientene fra sengepost til pasienthotell vil være i tråd med Donabedians kvalitetsteori hvor et tiltak vurderes ut fra struktur, prosess og resultat. Det øker muligheten for bedre helsegevinst for flere pasienter hvor pasientene får et effektivt pasientforløp, kvalifisert personell, riktig behandling og økt pasientopplevd kvalitet. Det bør imidlertid diskuteres hvor det er best kapasitet og mest hensiktsmessig å gjennomføre behandlingen (sengepost eller poliklinikk) for noen pasientgrupper. Omfanget av komplementerende behandlinger i pasienthotellet, må ses i sammenheng med om det får konsekvenser for oppfølgingen av andre pasienter. Dersom det skal gjennomføres mange komplementerende behandlinger i pasienthotell kan det medføre at andre pasienter får redusert kvaliteten i sitt tilbud. Et eksempel er at sykepleiere må

prioritere å administrere antibiotika, fremfor å snakke med en pasient som har et informasjonsbehov (Karesen, Hervik & Schlichting 2003). Konsekvensen kan bli at pasienten opplever redusert kvalitet i tilbudet.

## 6.4 Pasienter som fyller kriteriene og har spesielle observasjonsbehov

Resultatet av kartleggingen viser at fordelingen av antall registrerte pasienter i Medisinsk og Kirurgisk klinikk er på henholdsvis 53.6 % og 46.2 %. Fordelingen mellom klinikkene av de pasientene som fyller kriteriene er på 49 % i Medisinsk klinikk og 51 % i Kirurgisk klinikk.

Tabell 9. Viser fordelingen per klinikk (eksklusiv pasienthotell).

Fordeling pr. klinikk	Registrerte	Pasienter	Pasienter som får	
	pasienter I perioden	som fyller kriteriene*	komplem. behandling	Spesielle observasjoner
Kirurgisk klinikk	383	78	53	51
Medisinsk klinikk	442	76	34	46
Totalt u/ Pasienthotell	825	154	87	97
Gjennomsnittlig pr. dag u/ pasienthotell	165	30,8	17,4	19,4

\* tallene er korrigert for pasienter som skal utskrives eller er i permisjon

Den viser at 63 % av pasientene (97 av 154 pasienter) som fylte kriteriene har behov for spesielle observasjoner. Fordelingen av dem mellom klinikkene er på henholdsvis 52,6 % i Kirurgi og 47,4 % i Medisinsk klinikk. Det er liten variasjon mellom klinikkene. I Kirurgisk klinikk vil det si at 65,4 % (51 av 78) av pasientene som fyller kriteriene har behov for spesielle observasjoner, mens det i Medisinsk klinikk er 60,5 % (46 av 76).

Medarbeiderne er opptatt av høy kvalitet i pasientbehandlingen og deres vurdering av spesielle observasjonsbehov kan ha flere sider. Det ene kan være at leger og sykepleierne som har gjennomført registreringen (prosedyre, profesjonalitet j.fr kvalitetsteori) vet at sengeposten innehar kompetansen. Pasienthotellet er relativt nytt og de kan være usikre på hvilke kompetanse medarbeiderne i pasienthotellet har på den type observasjoner deres pasientgruppe har behov for. Det andre kan være at observasjonenes hyppighet og omfang er så omfattende at pasienthotellet hverken har kompetanse eller kapasitet til å gjennomføre observasjonene på en faglig god måte, slik at det er nødvendig med sengepostens spisskompetanse og kapasitet. Observasjonene bør defineres nærmere samt at behov for opplæring av både pasienter og medarbeidere på pasienthotellet må avklares.

Når kvaliteten skal evalueres ut fra et profesjonsperspektiv kan videreføring av nåværende praksis ses på som at pasientene får et tilbud med rett kompetanse, behandling, og observasjoner. Det gir gode helseresultater med få negative



konsekvenser. I et pasientperspektiv kan videreføring av dagens praksis oppleves tilfredsstillende med kvalifisert, hyggelig personell, riktig behandling, men lite tilrettelagt for å fremme sin egen helse, samt involvering i egen behandlingssituasjon. Det kan gi svekket pasientopplevd kvalitet ved at det er lite tilrettelagte fasiliteter for å fremme sin egen helse. Sengepostene har en patogentisk tilnærming og selvhjulpne pasienter vil få dårligere service fordi personalet må bruke tiden på pasienter med større observasjons- pleie- og behandlingsbehov.

I et ledelsesperspektiv vil det være feil ressursbruk hvis pasientene er innlagt på et for høyt omsorgsnivå, forutsatt at man sikrer nødvendig opplæring av medarbeiderne i pasienthotellet og pasienter. Organisering av pasientforløpet står sentralt når strukturen skal vurderes blant annet fordi legene opplever at det er tungvint å ha ansvar for pasienter på flere enheter. I SSHF kan Ortopediske pasienter for eksempel være innlagt på barneavdelingen, ortopedisk sengepost, infeksjonsposten, intensiv og pasienthotellet.

Det er dokumentert gode erfaringer fra pasienthotell i Norge (Karesen, Hervik & Schlichting 2003) og Danmark (Mikkelsen, Nielsen, Trangbæk 2004) om pasientenes selvrappotering - og vurderingsevne, hvor det faglige pasienttilbudet ikke svekkes samtidig som det gir en høy pasientopplevd kvalitet (Davies 1990).

Det kan i tillegg være kulturelt betinget ved at medarbeiderne har lang tradisjon for denne type behandling i sengepostene. Sykehusene har tradisjonelt hatt en patogeneses tilnærming hvor det er fokus på sykdom, avvik og diagnose, og lite fokus og kompetanse på en salutogen tilnærming. Den fokuserer på hva som gir god helse, fremmer utvikling, mestringsevne og er ikke problemorientert (Antonovsky 1979).

I tabell 3 (vedlegg 3) fremgår det at 23,8 % (15 av 63) av pasientene i pasienthotellet har behov for spesielle observasjoner. Det er mulig at medarbeiderne i pasienthotell vurderer kriteriene på en annen måte enn medarbeiderne i sengepostene. Medarbeiderne i pasienthotellet har fått nødvendig opplæring og er trygg på egen kompetanse og kvaliteten i pasienttilbudet.

Sykepleierne i sengepostene kan være bekymret for at overføring av selvhjulpne pasienter vil øke arbeidsbelastningen deres ved at pleieårsverkene reduseres. I et økonomisk perspektiv vil det øke effektiviteten, men sykepleierne er skeptisk til om det vil få konsekvenser for deres egen arbeidssituasjon. Resultatet av kartleggingen kan medføre reduksjon av senger og bemanning og konsekvensen kan være at det kun vil være pleiekrevende pasienter med et stort observasjons- og behandlingsbehov.

Ved Odense sykehus i Danmark beskriver personalet i sengepostene at etablering av pasienthotellet er positivt for pasienter og pårørende, men at arbeidsbelastningen er blitt økt i sengepostene fordi de har redusert bemanning og flere behandling - og pleiekrevende pasienter (Donabedian 2005). Sykepleiere kan være bekymret for at en reduksjon av senger vil medføre at de må flytte arbeidssted.

## **6.5 Bidrar pasienthotellet til å opprettholde/forbedre kvaliteten i pasientbehandlingen?**

Oppsummering av kartleggingen viser at antall pasienter som egner seg for pasienthotell korrigert for utskrivninger, komplementerende behandling, spesielle observasjonsbehov og medarbeidernes oppfatning er sammenfallende. Det kan tyde på at det ikke vil svekke kvaliteten i pasientbehandlingen. Sengepostene har ikke overbelegg i registreringsperioden noe som kan tyde på at personalet ikke har hatt for stor arbeidsbelastning. Pasienthotellet har fullt belegg fire av fem registreringsdager, noe som kan tyde på at helsepersonell og pasienter opplever pasienthotellet som et egnet sted for pasienter som fyller kriteriene.

Ved å vurdere etablering av pasienthotell opp mot Donabedian sin kvalitetsteori ses det på tre ulike perspektiv; struktur, prosess og resultat, hvor det må være en kausal sammenheng mellom de ulike dimensjonene. I et ledelsesmessig perspektiv kan størrelsen på sengeposten (struktur) ha betydning for bruk av ressurser. I et profesjonsperspektiv kan en riktig dimensjonering av sengeposter gjøre det mulig for personalet å bruke mer tid og ressurser på pasienter med et større overvåknings, pleie- og behandlingsbehov. En overføring av pasienter fra sengepost til Pasienthotell kan gi bedre pasientopplevd kvalitet. Det har fokus på pasientens ressurser og man unngår sykeliggjøring samtidig som de får medisinsk behandling og opplever trygghet.

Det vises i flere studier fra Norge og Danmark at flere pasientkategorier har gode erfaringer med differensiering av omsorgsnivået. Det gjelder både barselkvinner (Lindgren 2000), pasienter med brystkreft (Karesen, Hervik & Schlichting 2003), pasienter som opereres laparaskopisk (Trondsen et. al. 2002), kreftpasienter (Hall, Abraham 2003) og ortopediske pasienter (Mikkelsen, Nielsen, Trangbæk 2004). Hverken helsepersonell eller pasienter rapporterer om svekket kvalitet i behandlingen, men opplever god medisinsk behandling og trygghet. Det er studier som viser til gode erfaringer med selvmedisinering og selvrapportering hvor pasientene i økt grad involveres i behandlingsprosessen (Olsson et.al. 2006, Grantham et. al. 2006).

Det er stor sannsynlighet for at etablering av pasienthotell er kostnadseffektivt fordi pasienten får samme behandling med mindre ressursbruk. I en kost/nytte analyse vil trolig en overføring av egnede pasienter sengepost til pasienthotell frigjøre ressurser som kan gi sykehuset mulighet til å bedre pasienttilbudet andre steder. Omfordeling av ordinære senger til pasienthotellsenger frigjør ressurser samtidig som kvaliteten i pasientbehandlingen opprettholdes og pasienten er i et trygt miljø. I et økonomisk perspektiv er det målbart fordi det skilles mellom to ulike ordninger hvor ressursbruken kan måles begge steder. Etablering av pasienthotell for pasienter som fyller kriteriene er det grunn til å tro at det opprettholder og/eller forbedre kvaliteten i pasientbehandlingen. Det er ikke grunnlag for å si at differensiering av omsorgnivå fra ordinær sengepost til pasienthotell svekker kvaliteten i pasientbehandlingen.

## 6.6 Reliabilitet og validitet

Validitet og reliabilitet ble sikret ved at kartleggings skjemaet ble utarbeidet med svaralternativ ja/nei, og at det var medarbeidere som hadde kunnskap om pasienten og behandlingen som fylte ut skjemaene (Bowling 2002). Spørsmålene er relevante for problemstillingen fordi pasientens funksjonsnivå er sentral når det skal vurderes om pasienten egner seg for pasienthotell. Spørsmålene knyttet til komplimenterende behandling er også relevante for problemstillingen fordi det ikke var definert hvor behandlingen skulle gjennomføres. En svakhet med kartleggings skjemaet er at enkelte spørsmål ikke var definert og således overlatt til individuelle vurderingen fra de som fylte ut skjemaene.

Validiteten er både styrket og svekket i undersøkelsen ved at det var medarbeidere som hadde ansvar for pasienten som fylte ut skjemaene. Det kan gi tillit og forankring til resultatet av kartleggingen. Personellet har vurdert pasientene selv og har ikke overlatt det til en utenforstående forsker. Svarprosenten var høy, det vil si at alle pasientene ble registrert. Svakheten kan være at medarbeidernes holdning til pasienthotell og mulige konsekvenser for sengeenheten kan influere på resultatet av kartleggingen. Det gir rom for tolkning når man fyller ut skjemaer, både med hensyn til hvordan man oppfatter pasienten og definerer begrepene i spørreskjemaet, og med hensyn til holdningen til pasienthotell. Det er mulig at helsepersonell oppfatter pasientenes funksjonsnivå lavere enn pasientene selv. Svarene kan være preget av at dersom de har mange pasienter som egner seg for pasienthotell vil det få konsekvenser for deres arbeidssituasjon.

Pasienthotellet er et relativt nytt konsept i sykehuset og flere steder forbundet med innsparing og nedbemanning av sengepostene. Mange sykepleiere mener at det er nødvendig med en kombinasjon av pleiekrevende og lite pleiekrevende pasienter for å ha balanse i pasientsammensettingen. De er bekymret for at en overføring av lite pleiekrevende pasienter vil medføre økt arbeidsbelastning i sengepostene (Kragh-Sorensen & Kettel 1997). Mange medarbeidere opplever endring som truende og problematisk (Bowling 2002).

Kartleggingen har en høy svarprosent noe som styrker validiteten. Det var en veileder tilgjengelig under gjennomføringen av kartleggingen som kunne bistå med oppklarende spørsmål. Det kan ha medført høy svarprosent at denne medarbeideren gikk rundt i enhetene, svarte på spørsmål og viste interesse for arbeidet. Det er en bias at det var medarbeiderne i sengepostene som gjennomførte registreringene. Det genererte lite kostnader å gjennomføre kartleggingen fordi sykehuset stilte til disposisjon medarbeider som kunne gjennomføre innsamling og registrere dataene elektronisk.

En annen bias er at ”spesielle observasjonsbehov” i kartleggings skjemaet ikke ble definert før gjennomføring av kartleggingen. Det var opp til den enkelte medarbeider å vurdere hvordan man definerte spesielle behov, og om de var så særegne at det var medarbeidere i sengepostene som gjennomførte observasjonene. I hvilken grad hadde de kunnskap om kvalifikasjonene til medarbeiderne i pasienthotellet? Det kan ha påvirket resultatet. Medarbeiderne i pasienthotellet har svart at 24 % av pasientene hadde behov for spesielle observasjoner. Medarbeiderne i pasienthotellet observerer og

arbeider i forhold til prosedyrer. Det kan være at observasjonene som gjennomføres i sengepostene er så omfattende at de ikke kan gjennomføres i pasienthotellet.

Styrken med tverrsnittsundersøkelse er at den er rask og billige å gjennomføre. Den er i utgangspunktet enkel å forstå og metoden kan standardiseres og en kan undersøke mange variabler i en studie. Svakheten med metoden er at man kan ikke estimere et antall og man kan kun konkludere med at det er sammenhenger mellom variablene, men ikke hvilken variabel som kommer først. Observerte endringer over tid ved gjentatte tverrsnittsundersøkelser kan reflektere trender, men siden det er ulike individer som inngår på de ulike tidspunkter, må det diskuteres om funnene kan skyldes forskjeller mellom individene som deltok (fylte ut skjemaene) i undersøkelsen på de ulike tidspunktene (dage). Resultatene er presentert på ulike måter både totalt for alle sengeposter og pasienthotell, pr. klinikk og pr. enhet. Resultatene må ses i sammenheng med effektiviteten i pasientforløp for den enkelte pasientkategori. Det er variasjoner og skjevheter i resultatene, som kan skyldes pasientkategori. Det er noen pasientkategorier som egner seg bedre for pasienthotell enn andre. Det kan skyldes at noen pasientkategorier har høy grad av dagbehandling, høy grad av SDI og at sengeposten ikke har mange pasienter som egner seg for hotell. På den andre siden så kan svarene i undersøkelsen gjenspeile holdningen hos personalet til pasienthotellet, samt personalets vurdering av funksjonsnivået til pasientene.

Resultatene er generaliserbare og kan overføres til andre helseforetak i Norge, på samme størrelse med samme pasientkategorier. Det er lite trolig at det er så stor forskjell i pasientforløpene for pasienter som er innlagt i sykehus. Generaliserbarheten må imidlertid ses i sammenheng med hvordan pasientforløpene gjennomføres. Det gjelder helseforetakenes omfang av dagkirurgisk behandling, dagbehandling og SDI.

## **6.7 Resultatenes relevans**

Når det gjelder forskning så er det sparsomt med studier som viser oversikt over hvor mange innlagte pasienter som egner seg for pasienthotell i hele eller deler av pasientforløpet. Det finnes flere studier med definerte pasientgrupper hvor bruk av pasienthotell er en del av pasientforløpet. Studiene omhandler omlegginger i pasientforløp fra innleggelse til dag behandling/poliklinikk, dag kirurgisk hvor pasientene av ulike grunner har behov for overnatting i nærhet til sykehus eller har lang reisevei. Det er ikke funnet nyere studier hvor det er gjort systematiske oversiktsartikler om organisering og effekten av pasienthotell som et integrert tilbud i det å være innlagt i sykehus.

Kartleggingen gir et grunnlag for å vurdere muligheten for ytterligere omfordeling av ordinære senger til pasienthotell. Det bør vurderes både i et kvalitetsmessig og økonomisk perspektiv. Den viser at det er pasienter innenfor ulike fagområder som er innlagt i sengepost, som kan være i et pasienthotell. Her er beskrevet organisering av et pasienthotell og sett på sammenhengen mellom innlagte pasienter i ordinære sengeposter og bruk av hotell. Kartleggingen viser at helsepersonell bør få økt kunnskap om at pasienthotellet er et trygt og godt innleggelsestilbud til de pasientene som fyller kriteriene.

Hensikten med oppgaven var å kartlegge om det var pasienter innlagt i sengeposter som egnet seg for pasienthotell innenfor et helseforetak i Norge. Resultatet viser at det er pasienter innlagt i sengepostene som egner seg for pasienthotell. Det er stor sannsynlighet for at det er kostnadseffektivt å etablere pasienthotell, og at det trolig ikke svekker kvaliteten. Det bør imidlertid gjennomføres en kost/nytte analyse som underbygger dette og at det defineres hvor behandlingen skal gjennomføres. Det har vært pasienthotell i Norge og Norden i over 20 år. Det gjennomføres lite forskning på område, og interessante forskningsområder kan være:

- Effekten av pasienthotell i ulike perspektiv
- Helsepersonellens oppfatning og erfaringer med pasienthotell
- Pasientenes erfaringer og oppfatning av pasienthotell

## 7. OPPSUMMERING

Oppsummeringen viser at høsten 2007 var det ca 17-18 % av pasientene som er innlagt i sengepostene fyller kriteriene for pasienthotell. Fordelingen mellom Medisinsk og Kirurgisk klinikk er lik, men det er variasjoner per enhet. Undersøkelsen viser at en stor andel (56 %) av pasientene som fyller kriteriene for pasienthotell får komplementerende behandling. Andelen pasienter er større fra opererende fag enn ikke-opererende fag. En stor andel (52 %) av pasientene som fyller kriteriene har behov for spesielle observasjoner. Undersøkelsen viser at SSK har optimal utnyttelse av alle sengene, men kan omfordele ordinære senger til pasienthotell. Den er en variasjon mellom de faktiske pasienter som fyller kriteriene og medarbeidernes vurdering av hvilke pasienter som egner seg pasienthotellet. Det er lite variasjon mellom pasientene som fyller kriteriene og medarbeidernes oppfatning av antall pasienter som egner seg for pasienthotell når det er korrigert for komplementerende behandling og behov for spesielle observasjoner.

Pasienthotell er et alternativ for utvalgte pasienter som er innlagt i sykehus. Det kan opprettholde kvaliteten og sannsynligvis redusere kostnadene. Det er imidlertid mulig at dagens behandlingstilbud til pasientene som fyller kriteriene og kan være i pasienthotellet, vil få et annet tilbud i fremtiden. Behandlingsmetodene endres jevnlig slik en del av disse pasientene vil muligens i løpet av noen år behandles dagkirurgisk eller dagbehandling og ikke ha behov for innleggelse i sykehus. Flere studier viser at pasienthotell kan være en katalysator for effektive pasientforløp, og benyttes både av innlagte pasienter mens også av pasienter i overgangen mellom behov for å være innlagt og dag kirurgi og dagbehandling. Pasienthotell er med stor sannsynlighet et kostnadseffektivt alternativ for utvalgte pasienter som har behov for innleggelse i sykehus. Kvaliteten opprettholdes ved at det tilrettelegges for at pasientene kan bruke egne ressurser samt behandlingen er den samme men personalkostnadene reduseres. Et økt fokus på det friske og mindre på det syke kan medføre at pasientene føler seg mindre syke og får økt motstandsdyktighet.

## 8. TAKK

Takk til Bengt Åhgren for god og konstruktiv veiledning underveis i prosessen. Takk til kollegaer som bidro til å gjennomføre kartleggingen og til medarbeideren som registrerte alle kartleggingene i en database.

## 9. REFERANSER

- Abraham Ella 2003, "Pateinhotellet - her snakker vi meget lidt sykdom", *Sygeplejersken*, vol. nr 39, pp. 8-11.
- Ahgren Bengt 2007, "creating integrated care: evaluation and management of local care in Sweden", *Journal of integrated cared*, vol.15, no. 6, pp. 14-21.
- Antonovsky, A. 1979, *Health, stress, and coping*, Jossey-Bass, San Francisco.
- Askilden, JE, Haug 2001, "*Helse, økonomi og politikk: utfordringer for det norske helsevesenet*", 2001, Cappelen akademisk, Oslo.
- Bixby, M., Boyd, K. & Israel, B. 2006, "Is a step-down a step up? A journey to implementing a successful step-down unit", *Clinical Nurse Specialist: The Journal for Advanced Nursing Practice*, vol. 20, no. 2, pp. 82-83.
- Bowling, A. 2002, *Research methods in health: investigating health and health services*, Open University Press, Buckingham.
- Davies, C.1990, "Enjoy your stay at our patient hotel", *The Health service journal*, vol. 100, no. 5217, pp. 1316-1317.
- Donabedian, A. 2005, "Evaluating the Quality of Medical Care", *The Milbank quarterly*, vol. 83, no. 4, pp. 691-729.
- Gjengstø, A. 2005, "*Gjest eller pasient?: jordmorfunksjonen på barselavdeling i endring*" *En kvalitativ studie*.
- Grantham, G., McMillan, V., Dunn, S. V., Gassner, L.A. & Woodcock, P. 2006, "Patient self-medication--a change in hospital practice", *Journal of clinical nursing*, vol. 15, no. 8, pp. 962-970.
- Hall E.O.C, Abraham E 2003, "At være i livgivende atmosfære", *Sygeplejersken*, vol. nr.39.
- Harvey, I., Jenkins, R. & Llewellyn, L. 1993, "Enhancing appropriateness of acute bed use: role of the patient hotel", *Journal of epidemiology and community health*, vol. 47, no. 5, pp. 368-372.

- Helse- og omsorgsdepartementet 2006, *Nasjonal helseplan (2007-2010): særtrykk av St.prp nr 1(2006-2007) kapittel 6*, Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet 2002, *Spesialisthelsetjenesteloven (1999)*, Cappelen akademisk forlag, Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet 2003, *Resept for et sunnere Norge: folkehelsepolitikken, St.melding nr.16(2002-2003)* Departementet, Oslo.
- Hesthamar Bjørn 2001, "Informasjonsskriv om Pasient- og sykehotell", *Helse- og sosialdepartementet*, vol. Rundskriv I - 24/2001.
- Kahra, T., Jenssen, T. & Løvik, A. 2004, "Dietary intakes differ between renal transplant recipients living in patient hotels versus home", *Journal of Renal Nutrition*, vol. 14, no. 2, pp. 101-108.
- Karesen, R., Hervik, A. & Schlichting, E. 2003, "Medical logistics: principles applied to diagnostics and therapy in women with symptoms and signs of breast cancer", *Tidsskrift for den Norske lægeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny række*, vol. 123, no. 12, pp. 1687-1690.
- Karesen, R., Jensen, H.H., Sauer, T., Schlichting, E., Skaane, P. & Wang, H. 2002, "Logistics of referral, diagnostic assessment and treatment of patients with breast symptoms and signs", *Scandinavian journal of surgery : SJS : official organ for the Finnish Surgical Society and the Scandinavian Surgical Society*, vol. 91, no. 3, pp. 232-238.
- Kragh-Sorensen, A. & Kettel, K. 1997, "Odense University Hospital--patient hotel adds to work pressure. Interview by Claus Leick.", *Sygeplejersken*, vol. 97, no. 36, pp. 10-11.
- Kurstein Mette Poulsdatter 2006, "Patientenes tøj er utidssvarende", *Sygeplejersken*, vol. 7, pp. 28-37.
- Lindgren, C. 2000, "Aftercare of newborn infants in a patient hotel", *Tidsskrift for den Norske lægeforening*, vol. 120, no. 12, pp. 1409-1401.
- McKie-Addy, C. 2008, "Should maternity services be hotel-like?", *MCN.The American journal of maternal child nursing*, vol. 33, no. 5, pp. 270.
- Mikkelsen Betty Bie, Nielsen Mette Fjord, Trangbæk Anne 2004, "Aktivt patientforløp med ligestillende", *Sygeplejersken*, vol. 30, pp. 30-32.
- Moen Helge 2003, "Etablering av Pasienthotell SSA", *Sørlandet sykehus HF, Rapport fra arbeidsgruppe 15.10.2003*.

- Niskanen, J.J. 2002, "Finnish care integrated?", *International journal of integrated care*, vol. 2, pp.16.
- Nylander, G. 2000, "Postpartum period in patient hotel (editorial)", *Tidsskrift for den Norske lægeforening*, vol. 120, no. 12, pp. 1400.
- Olsson, C.G., Bitzen, U., Olsson, B., Magnusson, P., Carlsson, M.S., Jonson, B. & Bajc, M. 2006, "Outpatient tinzaparin therapy in pulmonary embolism quantified with ventilation/perfusion scintigraphy", *Medical science monitor : international medical journal of experimental and clinical research*, vol. 12, no. 2, pp. PI9-13.
- Pettersen, I.J. 2003, *Helse i hver krone?: om økonomisk styring i helsesektoren*, Cappelen akademisk forl., Oslo.
- Rohde Tarald 2006, "Kartlegging av pasient- og sykehotell i Norge 2005", *Sintef Helse*, vol. Sintef F239, pp. 1-33.
- Sheehan-Smith, L. 2006, "Key facilitators and best practices of hotel-style room service in hospitals", *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 106, no. 4, pp. 581-586.
- Sørlandet sykehus HF 2009, "Strategiplan 2009 -2013 - trygghet når du trenger det mest", 2009 -2013, pp. 5-27.
- Stien Ragnar 1997, "Helse eller hotelarbeidere", *Tidsskrift for den Norske lægeforening*, vol. 24, no. 117, pp. 3558-3559.
- Torgersen Per W 2001, "Eg senteret. Pasienthotell og lærings- og mestrings-senteret", *Vest-Agder sentralsykehus, skisserapport 2001*.
- Trondsen, E., Johannessen, H.O., Buanes, T. & Raeder, J. 2002, "Outpatient laparoscopic fundoplication for gastroesophageal reflux disease", *Tidsskrift for den Norske lægeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny række*, vol. 122, no. 28, pp. 2692-2695.
- Verding D, D.K. 1993, "Patienthotel - bryd med traditionene", *Sygeplejersken*, vol. nr. 30, pp. 14-16.
- Verding D. Dørum K 1993, "Patienthotel - for de raske syge", *Sygeplejersken*, vol. nr.30, pp. 17-18.

## VEDLEGG 1



**Fordeling av pasienter som fyller kriteriene pr.enhet og andel pr.enhet**

Enheter	Fordeling registrerte pasienter		Andel som fyller kriteriene og ikke skal utskrives eller er i permisjon		
	antall	%	antall	% totalt	% pr.sengenhet
Hotel	131	13.7%	63		
Kir 3A	90	9.4%	27	18.6%	30.0%
Kir 4A	113	11.8%	29	20.0%	25.7%
Gyn	54	5.6%	5	3.4 %	9.2%
Orto 3C	126	13.2%	13	8.9%	10.3%
Revma 1A	33	3.5%	11	7.6%	33.3%
Med 2A	132	13.8%	18	12.4%	13.6%
Med 2C	61	6.4%	9	6.2%	14.1%
Nevro 4A	96	10.0%	9	6.2%	9.4%
Infeksjon 1E	49	5.1%	8	5.5%	16.3%
Lunge 1D	71	7.4%	16	11.0%	22.5%
Tot. 5 dager	956	100	208		
Gj.sn 5 dager	191	100	78		
tot u/PH	825	100	145	100	
gj.sn u/PH	165	100	29		

**VEDLEGG 2**

**Tabell over bruk av senger og utnyttelsesgrad i sengeposter og Pasienthotel**

	ant senger		Registreringsperiode uke 46-47 i 2007											
			Man		tirs		ons		tor		fre		gj.sn i perioden	
	ant.	%	ant	%	ant	%	Ant	%	ant	%	ant	%	ant	%
Pasienthotel	27	100	11	41	29	107	33	122	29	107	27	100	26	97
3A	28	100	18	64	16	57	18	64	18	64	18	64	18	64
4A	24	100	24	100	23	96	20	83	20	83	21	88	22	92
Gyn	13	100	11	85	12	92	14	108	8	62	8	62	11	85
Orto	26	100	24	92	24	92	26	100	24	92	25	96	25	96
Revma	9	100	8	89	7	78	7	78	7	78	4	57	7	78
Med 2A	28	100	22	79	28	100	26	93	26	93	28	100	26	93
Med 2C	18	100	13	72	14	78	5	28	3	17	18	100	11	61
Nevro 4A	20	100	19	95	20	100	17	85	19	95	16	80	19	95
Infeksjon 1E	11	100	11	100	12	109	7	64	9	82	10	91	10	91
Med 1D	20	100	14	70	14	70	14	70	14	70	15	75	14	70
Belegg u/hotel	197	100	164	83	170	86	154	78	148	75	163	83	161	82
Belegg m/ hotel	224	100	175	78	199	89	187	83	177	79	190	85	186	83

### VEDLEGG 3

#### Oversikt over pasienter som fyller kriteriene for Pasienthotell

Enheter	registrerte	Pasienter	Av de pas.som fyller		Rest pasienter som fyller kriteriene	Rest pasienter m/		Rest pas. u/ spes.observ. u/ kompl. behandling
	pasienter i perioden	som fyller kriteriene	utskrives	perm		komplim. behandl.	spesielle observ.	
Hotel	131	124	58	4	63	17	15	38
Kir 3A	90	36	8	0	28	19	22	3
Kir 4A	113	49	13	5	31	21	21	7
Gyn	54	17	10	1	6	3	6	0
Orto 3C	126	27	11	4	13	10	2	2
Revma 1A	33	19	5	3	11	2	2	7
Med 2A	132	30	6	2	22	12	17	3
Med 2C	61	29	20	0	9	3	7	1
Nevro 4A	96	24	12	4	10	1	4	6
Infeksjon 1E	49	11	3	0	8	6	6	1
Lunge 1D	71	25	9	1	16	10	11	3
Tot. m/PH	956	391	155	24	217	104	113	71
Gj.sn m/PH	191	78	31	5				
Totalt u/ PH	825	267	97	20	154	87	98	33
Gj.sn u/PH	165	53	19	4	30	17	19	6 til 7

#### VEDLEGG 4

Oversikt over medarbeidernes vurderinger totalt og per enhet

Enheter	Rest pasienter som fyller kriteriene	Rest pasienter m/		Rest pas. u/ spes.observ. u/ kompl. behandling	Medarbeidernes oppfatning					
		komplim. behandl.	spesielle observ.		fyller kriteriene			u/ spes.observ. u/ kompl.behandling		
					nei	ja	ubevart	nei	ja	ubevart
Hotel	63	17	15	38	0	37	26	0	20	18
Kir 3A	28	19	22	3	24	4	0	1	2	0
Kir 4A	31	21	21	7	23	8	0	2	4	0
Gyn	6	3	6	0	4	2	0	0	0	0
Orto 3C	13	10	2	2	3	10	0	0	2	0
Revma 1A	11	2	2	7	2	9	0	0	5	2
Med 2A	22	12	17	3	16	6	0	0	1	2
Med 2C	9	3	7	1	7	2	0	1	0	0
Nevro 4A	10	1	4	6	4	6	0	2	3	1
Infeksjon 1E	8	6	6	1	6	2	0	0	1	0
Lunge 1D	16	10	11	3	10	6	0	0	2	1
Tot. m/PH	217	104	113	71	99	92	26	6	40	24
Gj.sn m/PH									8	
Totalt u/ PH	154	87	98	33	99	55	0	6	20	6
Gj.sn pr.dag u	30	17	19	6 til 7	19	11	0	1 til 2	4	1 til 2

## VEDLEGG 5

## Kartleggingsskjema – sengepost eller Pasienthotell

**Instruksjon:** Skriv inn svar eller sett ring rundt alternativet, en kolonne pr pasient.  
Alle inneliggende pasienter aktuell dag skal registreres uavhengig om det er planlagt hotell opphold eller ikke.

Utfyll ett ark pr dag.

Navn på sengepost:

		Pasient init		Pasient init	
01	Kjønn	Kvinne	Mann	Kvinne	Mann
02	Pasientens alder (år)				
03	Type pasient,	planlagt akutt		Planlagt akutt	
04	Gjelder innleggelsen Forberedelse til operasjon	Ja	Nei	Ja	Nei
05	Skriv i tekst hoveddiagnose				
06	Hvis operasjon, skriv hvilken som er utført				
07	Hvis operert Hvilken postoperativ dag er det i dag				
08	Kan pasienten stelle seg selv:	Selvhjulpen Noe hjelp Mye hjelp		Selvhjulpen Noe hjelp Mye hjelp	
09	Kan kle på seg selv uten hjelp :	Ja	Nei	Ja	Nei
10	Kan pasienten gå uten Assistanse	Ja	Nei	Ja	Nei
11	Kan pasienten spise uten hjelp	Ja	Nei	Ja	Nei
12	Er pasienten klar og orientert?	Ja Delvis Nei		Ja Delvis Nei	
13	Kan pasienten klare administrere egne medisiner	Ja	Nei	Ja	Nei
14	Har pasienten ett rusproblem som er av betydning for dette opphold, hvis ja angi:	Medikament Alkohol Narkotiske stoffer		Medikament Alkohol Narkotiske stoffer	
15	Urinkateter	Ja	Nei	Ja	Nei
16	Gjennomskyllingsbehandling	Ja	Nei	Ja	Nei
17	Epidural kateter	Ja	Nei	Ja	Nei
18	Iv/im smertebehandling	Ja	Nei	Ja	Nei
19	Intravenøs væskebehandling	Ja	Nei	Ja	Nei
20	Intravenøs antibiotika beh	Ja	Nei	Ja	Nei
21	Tablett antibiotika beh	Ja	Nei	Ja	Nei
22	Centralt venekateter (CVK)	Ja	Nei	Ja	Nei
23	Behov for sårskift	Ja	Nei	Ja	Nei
25	Kan pas være hjemme som et Alternativ til hotell ?	Ja	Nei	Ja	Nei
26	Er pasienten i permisjon?	Ja	Nei	Ja	Nei
27	Er det planlagt utskriving i dag	Ja	Nei	Ja	Nei
28	Egner pasienten seg for overføring til hotell i dag	Ja	Nei	Ja	Nei

uavhengig om det er plass

**Registrert av sykepleier:**

**Lege**



