
De usynlige pasientene – erfaringer med å ligge i korridor

KLINIKK OG FORSKNING

CHRISTINA FOSS

Email: cfoss@ulrik.uio.no
Det medisinske fakultet
Institutt for sykepleievitenskap
Postboks 1120 Blindern
0317 Oslo

UNNI KROGSTAD

Stiftelse for helsetjenesteforskning
Postboks 55
1474 Nordbyhagen

Plassmangel og korridorsenger er et velkjent problem ved norske sykehus. Korridorpasienter forekommer regelmessig ved 80 % av de indremedisinske avdelingene.

Vi gjennomførte i perioden 1995 – 98 en spørreundersøkelse blant pasienter som hadde vært innlagt ved Sentralsykehuset i Akershus. 774 av 2 267 respondenter gav i tillegg til svar på spørsmålene også frie kommentarer. 64 av disse kommentarene vedrørte opplevelsen av å være korridorpatient og ble analysert nærmere.

Innholdsanalysen av kommentarene bekrefter rapporterte problemer med støy, mangel på søvn og manglende privatliv. Pasientene gav også uttrykk for den paradoksale følelsen av å være usynlig overfor både medpasienter og personale.

Tolkingen av de frie kommentarene gir informasjon som er nyttig for personalet dersom de skal kunne forsøke å motvirke ulempene ved bruk av korridorsenger.



Hverdag i norske sykehus. Fra Sentralsykehuset i Akershus våren 2000. Foto Mette Aas de Flon

Plassmangel og korridorsenger er et velkjent fenomen ved norske sykehus. Emnet har i liten grad vært studert, men via pressen har helsemyndigheter og politikere fått øynene opp for problemet. Bare Aftenposten har hatt mer enn 50 oppslag om temaet de to siste årene. Statens helsetilsyn fant i 1998 at korridorpasienter forekom regelmessig ved 80 % av de indremedisinske avdelingene og ved 60 % av de kirurgiske og ortopediske avdelingene (1).

I en tilsvarende undersøkelse året etter var forholdene uendret. Korridorpasienter var fremdeles snarere regelen enn unntaket (2). Avdelingsledelsen (avdelingsoverlege og oversykepleier) ved 60 av 62 forespurte indremedisinske avdelinger fylte ut et spørreskjema om medisinsk-faglige og sykepleiefaglige konsekvenser av korridorpasienter. Det var enighet om at korridorpasientene får svekket behandlingskvalitet – det er problemer med å ivareta deres integritet, nedsatt mulighet for å gi god behandling og pleie, økt fare for feilbehandling, uhell, smittespredning og sykehusinfeksjoner. Likevel var under halvparten (47,5 %) enig i utsagnet om at korridorpasienter får mindre tid og oppmerksomhet enn øvrige pasienter. Studien konkluderte med at helsepersonell ikke forholder seg annerledes til korridorpasienter enn til pasienter i ordinære pasientrom.

Spør man pasientene, kan dette se annerledes ut. De senere år har det vært en økt forståelse av at kvalitet skal reflektere brukerens perspektiv. For best mulig å fange opp dette perspektivet har man i mange pasientundersøkelser reservert plass for egne kommentarer i fritekst. I denne artikkelen gjør vi en kvalitativ analyse av slike kommentarer med vekt på erfaringer med det å være korridorpasient.

Materiale og metode

Stiftelse for helsetjenesteforskning (HELTEF) gjennomførte i perioden 1995 – 98 en pasientundersøkelse ved to norske sykehus (3). Pasientenes erfaringer ble registrert ved hjelp av spørreskjema tilsendt seks uker etter utskrivning fra sykehuset. Spørreskjemaet gav også muligheter for pasientene til å gi frie kommentarer. I perioden 1.1 – 31.6. 1996 hadde 2 267 pasienter fra kirurgiske og medisinske avdelinger besvart spørreskjemaet, av disse hadde 774 benyttet anledningen til å gi frie kommentarer. En induktiv metode ble benyttet (4). Materialet ble i utgangspunktet lest for å sortere kommentarene på ulike temaer og ikke med tanke på korridorpasienters erfaringer. Under lesningen gjorde imidlertid pasientenes beskrivelser av tilværelsen i korridoren stadig inntrykk, idet de viste mange ulike og overraskende nyanser av problemer forbundet med å være plassert i korridor. Materialet ble derfor lest på ny spesielt med tanke på korridorpasientene. 520 av kommentarene inneholdt beskrivelser av erfaringer fra sykehusoppholdet, og av disse inneholdt 64 (drøyt 12 %) beskrivelser av hvordan det oppleves å være korridorpasient.

Funn og diskusjon

Vi fant at erfaringene som korridorpasient kan deles i to hovedkategorier. Den første kategorien gjelder begrensninger i muligheten for ro, hvile og privatliv. Dette er forventede og erkjente problemer ved å være plassert i korridor. Den andre kategorien kommentarer beskriver paradoksalt nok en form for usynliggjøring. Det er den siste kategorien vi har valgt å gå i dybden av, idet vi tror disse erfaringene er mindre kjent og påaktet blant personalet.

Om muligheter for ro, hvile og privatliv

Korridortilværelsen medfører uro, lys, lyd, dunk i sengen, dårlig luft osv. En rekke pasienter anførte, ikke uventet dette som store problemer. En tidligere undersøkelse ved 14 norske sykehus (5) viste at pasienter som er blitt plassert på gangen, i større grad enn andre føler seg feilbehandlet (B. Guldvog, personlig meddelelse). De gjengitte kommentarene tyder på at dette kan være riktig. Frisk luft, ro og hvile er ofte en viktig del av den totale behandlingen og pasienter venter at dette blir ivaretatt på sykehuset:

”Det var liten plass på sykehuset. Jeg måtte ligge på gangen og det var ikke behagelig. Folk gikk rundt og forbi meg hele tiden. Jeg var der pga. en hodeskade og jeg skulle jo liksom ha ro og hvile, men det fikk jeg ikke. Det var altfor lyst der også. Ellers trivdes jeg”

”Jeg er plaget av atrieflimmer og har vært ut og inn av sykehuset flere ganger. Jeg har alltid vært glad for å komme dit og få den hjelp jeg trenger. Men oppholdet i sommer ble et mareritt for meg. Måtte ligge på gangen i 30 varmegrader uten tilgang på frisk luft. Det var en vond opplevelse.”

Det er få muligheter for privatliv i et sykehus, og kommentarene fra korridorpasientene viser ulike problemer forbundet med dette:

”Jeg var innlagt med hjertetrøbbel, men ble liggende på gangen. Siden jeg ikke fikk stå opp, var problemet toalettet. Det er lite hyggelig å ligge på bekken i en gang, rett imot oppegående pasienter med kaffedrikk og besøk. Jeg lå der med lyder og lukter for hele forsamlingen. De oppegående spredte seg etter hvert, men for meg var det sårende og nedverdiggende, jeg gremmes! Men jeg kritiserer ikke personalet, for dem beundrer jeg!”

”Jeg følte at alle ville hjelpe meg, men en vanskelig ting jeg opplevde vil jeg nevne. Jeg lå i korridoren og det var i visittiden (for *pårørende*). Da kom det en lege til meg og stilte meg spørsmål. Det var lite hyggelig for meg og de som besøkte meg. Også for de andre pasientene og deres pårørende. Så jeg mener lege og pasient må få være alene ved samtaler.”

Folk flest synes å være innstilt på å legge bluferdigheten til side under et sykehusopphold. Det er ingen som kommenterer mangel på privatliv i forbindelse med intimpleie eller samtaler med personalet når de ligger på et rom. Rommet blir en ramme som, selv om den deles med fremmede medpasienter, tilsynelatende godtas som et slags gjerde om det private, mens korridoren derimot er en del av det offentlige rom.

Begge kommentarene formidler pasienters opplevelse av å ha blitt offentlig krenket og nedverdiggende. Den første er direkte i sin beskrivelse av sine følelser, den andre mer generell i sitt ordvalg; ”lite hyggelig” er ikke noe sterkt uttrykk. Vi aner likevel at opplevelsen har vært sterk; pasienten omtaler den som en ”vanskelig ting” som er verdt å nevne flere uker etter utskrivningen. At pasienter har vanskelig for å beskrive slike opplevelser og velger mer generelle betegnelser, er påpekt tidligere i analyse av pasientenes kommentarer (6). Dette krever at man tolker beretningene med innlevelse og er villig til å se mer enn det som sies direkte.

Å føle seg usynlig midt i korridoren

En vanlig og menneskelig reaksjon når vi ufrivillig konfronteres med noe vi opplever som privat, er å se en annen vei. Album har på bakgrunn av sine observasjoner av pasientkulturen beskrevet styrken i denne mekanismen (7): Når korridorsenger var plassert slik at det ikke var mulig å unngå å gå forbi dem, passerte de andre pasientene sengen nærmere fotenden enn hodeenden, samtidig som de unngikk å se på den som lå der. ”Å dømme etter ansiktsuttrykk og andre kroppslige tegn var også dette en kilde til ubehag,” skriver han (7). For medpasientene er dette en måte å være taktfull overfor pasienten i korridorsengen på, man viser respekt ved å holde fysisk avstand og ikke se på vedkommende. For pasienten i korridorsengen kan dette imidlertid oppleves annerledes, og flere kommenterer mangelen på blikkontakt som vanskelig.

Paradokset pasienten i korridoren konfronteres med, er opplevelsen av å være usynlig og samtidig ubehagelig synlig til stede.

”Jeg ble liggende i gangen. Det skulle dere prøve! Jeg følte meg i veien – bokstavelig talt,” skriver en av pasientene.

At pasienten er i veien, er en realitet. En korridorseng med pasient er en hindring for de andre pasientenes muligheter til å bevege seg fritt i korridoren. Album beskriver hvordan korridorsenger innskrenker de andre pasientenes bevegelsesfrihet: ”Når det sto senger i enden av korridoren, snudde pasientene som var ute og gikk flere meter før de kom til enden. De gikk ikke bort til vinduet for å se på utsikten, og de satte seg ikke ned. I noen tilfelle var det pasienter som ikke fulgte regelen om å ikke gå for nære korridorsengene. De satte seg ned i sittegruppa, og det hendte at de snakket til andre

som kom gående gjennom korridoren, men da pleide disse pasientene ikke å svare. De så ut til å være ille til mote av å bli snakket til av en medpasient som satt i en stol ved siden av en korridorpatient” (7).

Det er et interessant poeng at i Albums beskrivelse av kulturen blant sykehuspasienter, gir han en utfyllende beskrivelse av hvordan de andre pasientene forholder seg til ”dem som ligger i korridoren”. Noen beskrivelse av hvilke kulturelle koder som eksisterer blant korridorpatientene finner vi imidlertid ikke, hvilket indikerer at heller ikke Album betrakter korridorpatientene som en del av pasientfellesskapet. Gjennom sin beskrivelse bekrefter han at korridorpatientene faller utenfor fellesskapet og blir en faktor som de øvrige pasientene forholder seg til på lik linje med for eksempel vaktrommet eller legevisitten.

Usynlig for personalet

Det er imidlertid ikke bare overfor medpasienter korridorpatientene opplever å være usynlige.

”Da jeg ble lagt inn, fikk jeg seng på korridoren. Der kastet jeg opp på klær og sengetøy. Det tok veldig lang tid før en av pleierne så det og hjalp meg.”

”Når jeg var på gangen syntes jeg at de som var på vakt viste liten interesse for hvordan det stod til med meg.”

”De første dagene følte jeg meg som et null, for jeg ble liggende på korridoren. Hadde store smerter og følte meg veldig syk. Det gikk folk – pleiere forbi hele tiden uten å se på meg. Ikke før jeg begynte å gråte, var det noen som reagerte. Skal ikke kritisere sykepleiere eller hjelpepleiere, men systemet; vi lå 11 stykker på korridoren.”

Også personalet unngår blikkontakt med korridorpatientene. Kommentarene kan tyde på at dette medfører at pasientene faktisk får dårligere omsorg enn om de hadde ligget på et rom. De har dessuten ikke medpasienter som kontakter pleiepersonalet for dem hvis de er dårlige, slik en pasient inne på en stue ville hatt.

Det er to mulige årsaker til å unngå å se på korridorpatientene. Den ene grunnen er å vende blikket bort av hensyn til pasienten som ligger der. Den andre mekanismen, som for personalets del vil kunne komme i tillegg til den første, er å unngå blikkontakt for å skjerme seg selv. Korridoren er i utgangspunktet personalets revir. Den er en arena hvor mye av den uformelle informasjonen og arbeidet foregår, og hvor mye av den sosiale og kollegiale kommunikasjonen spilles ut. Pasienter i korridoren begrenser muligheten til slik samhandling. Blikkontakt med pasientene kan oppleves som et krav om oppmerksomhet. Har man ikke tid til dette, kan løsningen være å unngå å se på pasienten. Som en eldre kvinnelig pasient uttrykte det:

”Jeg forstår godt at det var vanskelig for pleierne å ha øyekontakt med de som ligger på gangen. Da kom de jo ikke lenger og fikk ikke gjort det de egentlig var i ferd med å utføre. Men for de som er virkelig syke er nok ikke det så greit.”

Ås beskriver usynliggjøring som en maktstrategi (8): Hvis ingen ser deg, har du heller ingen mulighet for påvirkning og innflytelse over egen situasjon. Dette er nødvendigvis ikke en bevisst maktstrategi fra personalet, og i den grad den er bevisst, er den heller ikke nødvendigvis ønsket, men kanskje mer en illustrasjon på hva man kan bli presset til i en situasjon med overbelegg. Likevel, selv om mangelen på ressurser er et reelt og viktig problem innenfor helsevesenet, bør man være forsiktig med å la denne mangelen bli en sovepute som fratar den enkelte ansatte ansvaret for kvaliteten av sin

yrkesutøvelse. Et misforhold mellom behov og tilbud i sykehus er et strukturelt problem. Selv om rammene er snevre, er det alltid en mulighet for den enkelte fagperson til å dempe eller styrke maktaspektet gjennom sin måte å forholde seg til pasientene på. Korridorpatientenes kommentarer viser at de i stor grad ble konfrontert med underbemanning og stress i avdelingen.

”Jeg vil ikke klage, men når en ligger på gangen, merker en godt hvor stresset personalet er, så en tør liksom ikke be om noe.”

”En natt var vi 11 pasienter som måtte ligge på gangen. Jeg lå på gangen fire netter. Dette er veldig slitsomt, spesielt med hjerteproblemer, som jeg var innlagt for. Jeg fikk ikke hvile før jeg kom hjem. Personalet var helt utmerket. Når jeg så hvor mye de hadde å gjøre hele tiden, var det nesten flaut å spørre om noe, men de var veldig blide og hjelpsomme.”

Konfrontasjonene med travelheten på korridoren innebærer derfor ikke bare uro, men kan også ha til følge at pasienter føler det vanskelig å be om den hjelp de trenger. Sykehuskulturen innebærer ofte at det å være travel blir synonymt med det å være flink, slik Ploug Hansen har vist i en studie av kulturen blant sykepleiere (9). Utsagn fra pasientene om at de ser hvor mye personalet har å gjøre, kan tolkes som en kompliment, og slik sett oppfattes som positiv tilbakemelding fra pasienten. Dette vil kunne være en spore til å løpe enda fortere forbi sengene, for bevisst eller ubevisst å vise hvor travel og effektiv, og dermed dyktig man er. For pasienten vil dette imidlertid være en forsterkning av meldingen om at personalet ikke har tid til dem.

Selv om korridorpatientene mener at de har rett til å ta av personalets dyrebare tid, møter de likevel på et annet problem som er knyttet til mangelen på tilhørighet til rom og derved personale:

”Det var en hel masse helsepersonell som gikk frem og tilbake hele tiden. Men det var liksom ingen som hadde ansvar for meg. Hvordan i all verden skulle jeg skjønne hvem jeg skulle henvende meg til?”

”Jeg var korridorpatient, det var lærerikt! Når man ikke har ringemuligheter (det var så mange korridorpatienter at det ikke var flere klokker igjen) var det vanskelig å få kontakt med hjelpere. Du føler deg litt hjemløs.”

Ligger pasientene på et rom og det kommer personale inn på rommet, er det både logisk og legitimt å anta at vedkommende har ansvar for dem som ligger der. På en korridor kan personalet som løper forbi tilhøre en annen post eller et annet team enn det korridorsengen tilhører. For korridorpatienten er situasjonen utydelig og krevende: Rettigheter til personalets tid må forhandles frem med risiko for å bli avvist.

Identitet som pasient er sterkt assosiert med seng, rom og fellesskap med andre pasienter. Album beskriver medpasienters rolle overfor hverandre som sterkt knyttet til bekreftelse av egen identitet og verdighet i en fremmed verden (7). Andre studier støtter dette ved å vise at medpasienter har en viktig funksjon gjennom at de gir hverandre informasjon, trøst, hjelp og nærhet (10). Å være verdifull handler blant annet om å bli sett og å få være del av et fellesskap. Korridorpatientene fratas muligheten til dette.

Konklusjon

”Skal jeg komme med noen kritikk, må det være den uverdige måten å oppbevare syke mennesker på – jeg mener da alle de som ble liggende på gangen.”

Slik skriver en pasient som selv var blant de heldige som fikk rom. Uverdig synes å være et dekkende samlebegrep for den følelsen mange pasienter formidler, både direkte og indirekte, gjennom sine beskrivelser av å være plassert i korridoren.

Korridorplassing medfører manglende privatliv, støy og uro, dårlig søvn og luft. Pasientenes kommentarer peker på at usynliggjøring kan være en tilleggsbelastning ved å ligge på korridoren, og et problem som påvirker mange sider ved opplevelsen av kvaliteten på sykehusoppholdet.

Korridorpasienter får en annen og utvidet erfaring med sykehus fordi de befinner seg bak kulissene, noe som kan øke personalets behov for distanse og dermed bidra til usynliggjøringen. Når Statens helsetilsyn finner at et flertall av fagpersonalet ikke forholder seg annerledes til korridorpasienter enn til andre pasienter, er dette ikke i samsvar med de kommentarene pasientene selv gir. Tolkingen av de frie kommentarene kan reise spørsmålet om personalet bør behandle korridorpasienter annerledes enn andre for aktivt å motvirke ulempene ved å bli plassert i korridor.

LITTERATUR

1. Statens helsetilsyn. Kartlegging av beleggsprosent og korridorpasienter ved indremedisinske, kirurgiske og ortopediske avdelinger. Delrapport 1. Oslo: Statens helsetilsyn, 1998.
2. Statens helsetilsyn. Korridorpasienter i norske sykehus, 1999. Fremdeles regelen, eller unntaket? Oslo: Statens helsetilsyn, 1999.
3. Guldvog B, Hofoss D, Pettersen KI, Ebbesen J, Rønning O. PS-RESKVA, et spørreskjema for måling av pasienttilfredshet i sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 386 – 91.
4. Miles M, Huberman AM. Qualitative data analysis. A sourcebook of new methods. Beverly Hills: Sage, 1984.
5. Pettersen KI, Veenstra M. Pasienterfaringer og helserelatert livskvalitet i norske sykehus. Resultater fra en tverrsnittsundersøkelse høsten 1996. Forskningsrapport nr. 3. Nordbyhagen: HELTEF – Stiftelse for helsetjenesteforskning, 1999.
6. Krogstad U, Hofoss D, Pettersen KI. Pasientfortellinger om sykehusopphold. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 4439 – 41.
7. Album D. Nære fremmede. Pasientkulturen i sykehus. Oslo: Tano, 1996.
8. Ås B. De 5 hersketeknikker: om ufarliggjøring av fiendens våpen. I: Årbog for Kvinderiet. København: Juristforbundets Forlag, 1980.

9. Hansen HP. De travle sygeplejersker. Tidsskrift for sygeplejeforskning 1992; 1: 93 – 116.
 10. Isaksen ASS. Medpasienters rolle i kreftomsorgen. Oslo: Universitetsforlaget, 1996.
-

Publisert: 20. september 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 14. juli 2026.