

RAPPORT

**Mottaksfunksjoner og oppgavefordeling
i St. Olavs hospital**

**Delprosjekt 7 «Dagens bruk og
fremtidig behov for
pasienthotell»**

Innhold

Forord.....	3
Oppsummering.....	3
1. Innledning.....	4
2. Hva er et pasienthotell?	5
2.1. Pasienthotell - godt eller dårlig?	7
2.2. Utbredelsen og volum ved pasienthotell ved norske universitetssykehus.....	8
3. Dagens bruk av Hotell St. Olav og driftsøkonomiske vurderinger	10
3.2. Eierskap og driftsmodell.....	11
3.3. Pris per døgn og estimert samlet utgift for 2015	12
3.4. Bruk av pasienthotellet i 2015.....	13
3.5. Kvinneklinikkens bruk av pasienthotellet.....	15
3.6. Kostnad per døgn	16
3.7. Internt pasienthotell.....	17
3.8. Oppsummering - driftsøkonomiske vurderinger.....	18
4. Driftsstatistikk.....	19
4.1. Rapportering av aktivitet.....	19
4.2. Rekvisisjonspraksis – gjennomgang av rekvisisjoner fra mars 2015	19
5. Barsel	26
5.1. Framtidig barselbehov.....	27
6. Opplevelser av bruk av pasienthotellet.....	28
6.1. Generelt fornøyd – heller hotell enn sengepost	29
6.2. Regelverk: store forskjeller i bestillingsforløp.....	30
6.3. Bestillingsrutiner: tidkrevende for alle.....	30
6.4. Plassering av hotellet	31
6.5. Belastning på avdelingspersonell	31
6.6. Tilbud på hotellet	32
6.7. Pårørende – fullbooket hotell	32
7. Avdelingenes bruk av pasienthotellet	32
8. Potensiale for bruk av pasienthotell	35
Litteratur.....	38
Vedlegg: Venteliste og flytting av gjester.....	40

Forord

Denne rapporten er leveranse i et av ti delprosjekt som inngår i prosjektet «Mottaksfunksjoner og oppgavfordeling i St. Olavs Hospital». Mandat for delprosjektet var å *vurdere dagens bruk og framtidig behov for pasienthotellet*. Arbeidet med delprosjektet er gjennomført i perioden oktober 2015 til januar 2016. Prosjektgruppen har bestått av:

Vigleik Jessen – prosjektleder

Hilde Aareskjold – prosjektmedarbeider

Siv-Helén Lund – prosjektmedarbeider

Cathrine Tørum – prosjektmedarbeider

Gisle Meyer

Vidar Halsteinli

Sara Marie Nilsen

Arnhild Haugbotn - brukerrepresentant

Analyse av rekvisisjoner er gjennomført av medisinstudenter Ragnhild Takle og Kristiane Urke, ledet av Stian Saur.

Oppsummering

Pasienthotell er en ordning innenfor og i randen av helsevesenet som det i liten grad er forsket på, lovregulert og gitt styringssignaler om fra myndighetenes side.

Delprosjekt 7 Pasienthotell har derfor, for å oppfylle mandat om å «*vurdere dagens bruk og framtidig behov for pasienthotell*» utredet flere sider ved dagens bruk for å kunne gi tilrådning til direktøren om veivalg i framtidig bruk.

Delprosjektet gir anbefalinger om at:

1. Pasienthotellopphold oppleves som bedre enn å være innlagt for de pasientene som er egnet.
2. Bruk av pasienthotell fremstår som et kostnadmessig gunstig alternativ for sykehuset, spesielt i den grad at hotellet benyttes som alternativ for innlagte pasienter.
3. St. Olav kan antagelig få en økt og riktiger bruk av hotellet. Det anbefales å gjennomføre en kartlegging og dialog med alle avdelinger for å få bedre oversikt over potensiale for økt bruk av pasienthotellet.
4. St. Olav bør tydeliggjøre sitt konsept for bruk av pasienthotellet og legge til rette for jevnlig kontakt mellom hotellet og avdelingene som bruker hotellet

5. Pasienthotellet er på ukedager (nesten) fullt utnyttet. St. Olav bør gå videre med en vurdering av kapasitetsøkning.
6. St. Olav bør få bedre oppfølging og oversikt over bruk av pasienthotellet.
7. Driftsstatistikken bør forbedres og spesielt vise fordeling av bruk på innlagte, dagpasienter, ledsagere og andre brukere og ha god oversikt over selvbetalende og de St. Olav betaler for.
8. Systemet for rekvisisjon og oversikt over plass bør forbedres og skje elektronisk.
9. Systemet for fast allokering av rom bør revurderes, spesielt gjelder dette problemet med ubenyttede rom på barsel.

1. Innledning

Pasienthotell har en lang historie i Skandinavia. I Sverige ble de første pasienthotellene etablert på 1980-tallet, i Danmark fra 1990-tallet. Det første pasienthotellet i Norge ble etablert på Haukeland i 1998. Utover 90-tallet ble det i Sverige vanlig at pasienthotell ble benyttet for barselkvinner etter ukomplisert fødsel. Pasienthotellet ved Ullevål åpnet i mai 2000 og hadde avsatt 40 av 147 rom til barselkvinner og deres barn. Erfaringer med bruk av pasienthotell på Ullevål er publisert i to artikler^{1,2}. For øvrig har vi kun funnet et par andre artikler som omhandler bruk av pasienthotell i pasientforløp.^{3,4}

Til tross for at pasienthotell er blitt vanlig både i Norge (27 pasienthotell i 2007) og Skandinavia er det nesten bemerkelsesverdig lite skrevet om bruk og effektivitet av pasienthotell. På oppdrag fra Helse Sør-Øst (HSØ) gjennomførte Kunnskapssenteret i 2011 en kunnskapsoppsummering om effekt av pasienthotell for sykehus og pasienter⁵. Konklusjonen var vag, men dessverre ikke utypisk for evidensgrunnlaget for organisering og drift av sykehus:

I prosjektet identifiserte vi åtte studier om effekt av pasienthotell. De fleste studiene omfattet pasienter som etter norske forhold antageligvis ikke er aktuelle beboere av pasienthotell, i tillegg omfattet de fleste studiene få pasienter og alle hadde høy risiko for feil eller systematiske skjevheter. Vi kan derfor ikke trekke noen konklusjon om effekt av pasienthotell verken for sykehus eller for pasienter når pasienter bor på pasienthotell før, under eller etter behandling på en sengepost ved sykehuset.

Vi har forespurt HSØ, og det er klart at rapporten ikke fikk noen oppfølging. Vi har imidlertid funnet en del relevante dokument fra andre foretak.

¹ Kåresen et. al (2003). Medisinsk logistikk ved mistanke om brystkreft.

² Kåresen et. al. (2002). Logistics of referral, diagnostic assessment and treatment of patients with breast symptoms and signs. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12449464>

³ Olsson et. al. (2006). Outpatient tinzaparin therapy in pulmonary embolism quantified with ventilation/perfusion scintigraphy. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16449959>

⁴ Trondsen et. al. (2002). Dagkirurgisk fundoplikasjon for gastroøsofageal reflukssykdom. <http://tidsskriftet.no/article/631171/>

⁵ Holte et. al. (2011). Effekt av pasienthotell for sykehus og pasienter.

<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/effekt-av-pasienthotell-for-sykehus-og-pasienter>

Det er lite trolig at en ny litteraturgjennomgang ville gi særlig mer og vi har kun gjort enkle søk. En del studier og dokumenter vi har funnet er listet i litteraturlisten. I forbindelse med Overordnet teknisk program, Ny Molde sjukehus ble det utarbeidet en god gjennomgang om pasienthotell⁶

Etter dette har prosjektets tilnærming vært å belyse dagens bruk ved å

- Analysere rekvisisjonsskjemaer, jf kapittel 4.2.
- Vurdere driftsstatistikk, jf kapittel 4.
- Gjennomføre en workshop med fokusgrupper bestående av de representanter fra avdelingene som bruker pasienthotellet i størst grad. Sintef avdeling for medisinsk teknologi har vært engasjert til dette arbeidet. Jf kapittel 6.
- Gjennomføre intervju med brukere av og ansatte på pasienthotellet. Sintef avdeling for medisinsk teknologi har vært engasjert til dette arbeidet. Jf kapittel 6.
- Gjennomføre en questback til St. Olavs ansatte som har oppgaver ifm. bestilling av hotell, jf kapittel 7.

Det er redegjort for driftsøkonomien knyttet til pasienthotellet og det er gjort helseøkonomiske analyser for å se på eventuelle driftsmodeller med høyere grad av medisinsk bemanning i hotellet. Jf kapittel 3.

2. Hva er et pasienthotell?

Hverken oppdragsdokumentet til Helse Midt-Norge 2015 eller «Styringskrav og rammer 2015 for St. Olavs hospital» gir direkte føringer eller krav til foretaket om hvordan vi skal benytte, styre eller kvalitetsmåle pasienthotell.

Spesialisthelsetjenesteloven regulerer ikke bruken av pasienthotell særskilt, jf dog § 4-1:

«Departementet kan gi forskrift om at det kreves godkjenning av departementet for a) andre typer helseinstitusjoner og helsetjenester enn nevnt i første ledd»

Ei heller pasient- og brukerrettighetsloven regulerer pasienthotell særskilt.

Helsepersonelloven sier:

«§ 4. Forsvarlighet

⁶ Hospitalitet as (2008). Overordnet teknisk program, Nye Molde Sjukehus. Helse NordMøre og Romsdal HF. http://data.stolav.no/HelseNordmoreRomsdal/Dokumenter/Nye%20Molde%20sjukehus/utredningsdokumenter/utrykte%20vedlegg/hr037528-Pasienthotell-nye_Molde_sjukehus_v_3.pdf

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.»

Med andre ord gjelder krav for helsepersonells yrkesutøvelse stedsuavhengig, og også på pasienthotell.

Vi må derfor se hen til Helse- og Omsorgsdepartementets (HOD) rundskriv fra 2001, I-24/2001 for å finne spesielle kriterier og krav som stilles til pasienthotell⁷.

For prosjektets del setter vi derfor definisjonen på pasienthotell til «*et hotell hvor pasienter som er innlagt i en sykehusavdeling bor og hvor sykehuset har samme medisinske ansvar for pasientene som for pasienter som ligger i sengeavdelinger i sykehuset*⁸. *Et pasienthotell er også godkjent etter spesialisthelsetjenesteloven.*»

Sykehuset har ikke formelt ansvar for polikliniske pasienter eller dagpasienter som bor på hotell, og da brukes betegnelsen «sykehotell». I praksis er samme hotell både pasienthotell og sykehotell, og de fleste steder tar sykehuset det medisinske ansvaret for alle pasienter som ligger i hotellet.

I praksis er det nærheten til sykehuset som karakteriserer et pasienthotell ved at det ligger på sykehusområdet, i noen tilfeller fysisk forbundet med sykehuset. Ved mange, særlig mindre sykehus, drives interne pasienthotell som typisk er sengeposter som er omgjort til hotellenheter. Disse kan ha en høyere medisinsk bemanning slik at de mer er å regne som lettposter enn hotell. Et eksempel fra Sørlandet sykehus er godt beskrevet i Liv Førelands masteroppgave⁹. Ved St. Olav drives en slik intern hotellenhet som et hotell-dagtun av Ortopedisk avdeling, jf kapittel 3.7.

Både for bygge- og driftskostnader er det viktig å være klar over at et pasienthotell ikke er et sykehus. I forprosjektrapporten for det nye pasienthotellet i Tromsø er dette understreket:

Hvorvidt det bygges hotell eller sykehus vil ha store kostnadmessige konsekvenser. Med de økonomiske forutsetninger lagt i bestillingen til forprosjektet ble det en avgjørende øvelse å utforske differansen mellom sykehus og hotell. Det har derfor vært viktig for prosjektet å søke å få UNN til klart å definere sitt

⁷ HOD 2001: I-24/2001 Informasjonsskriv om pasienthotell/sykehotell
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/i-242001/id108948/> Så vidt vites foreligger ikke nyere styrende dokumenter på området.

⁸ Rohde, T. (2008). Kartlegging av pasient- og sykehotell i Norge 2005.
<http://www.google.no/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwigs4LlvKTKAhULjiwKHdZpAM8QFgg3MAA&url=http%3A%2F%2Fwww.sintef.no%2Fpublikasjon%2Fdownload%2F%3Fpubld%3DSINTEF%2BA8840&usg=AFQjCNEAI9zKgkpbFrij6BHdhdhCywsUyKA>

⁹ Føreland (2009). Internt pasienthotell, et alternativ til sengepost ved innleggelse i sengepost? Masteroppgave. <http://docplayer.no/1836481-Internt-pasienthotell-et-alternativ-til-sengepost-ved-innleggelse-i-sengepost.html>

*behov og sin visjon for virksomheten, slik at det var mulig å relevant og begrense sykehusrelaterte installasjoner og teknikk i den grad de ikke er nødvendige for virksomheten.*¹⁰

2.1. Pasienthotell - godt eller dårlig?

Et sykehus skal drive diagnostikk og behandling, men også gi et oppholdstilbud som ivaretar pasientens og pårørendes behov på en god måte. For mange pasienter innebærer dette at man må være innlagt i en sengepost. For mange andre er det mulig, og bedre både for pasient og avdeling, at hele eller deler av oppholdet er på hotellet. Oppholdet må da være organisert slik at pasienten på en god måte får behandling og oppfølging på sykehuset. Dette kan være organisert på ulike måter ved sengeposter, døgneheter og annet.

En dimensjon ved kvalitet i pasientbehandling er at tjenestene skal være pasientsentrert og møte pasientenes og pårørendes preferanser. For pasienter som langt på vei er selvhjulpne og klarer seg selv vil autonomi og integritet være best ivare tatt ved at de i minst mulig grad må være underlagt sykehusets institusjonelle struktur. Ved langvarig behandling som strålebehandling etter kreft eller for pårørende som har behov for å være nært sine ved alvorlig sykdom eller traumer blir dette aspektet ekstra viktig. Dette fremkommer i intervjuarbeid som Sintef avdeling for medisinsk teknologi har gjennomført med pasienter som bor på pasienthotellet. Mer om dette i kapittel 6.1. En masteroppgave fra Nord-Trøndelag beskriver at lang reise til behandling etter alvorlig sykdom kan være svært belastende.¹¹

I litteraturen^{12,13,14} understrekes ofte at pasienthotell skal ha et «salutogent perspektiv», altså ha en fysisk og sosial innretning som understøtter pasientens helbredelsesprosess. Igjen er dette særlig viktig for pasienter med lange opphold. Typisk er kreft- og barneavdelinger, med lange pasientforløp, store brukere av pasienthotellet til pasienter og pårørende.

Faglig er det også gode begrunnelser for at pasienten i størst mulig grad oppholder seg utenfor sykehuset, blant annet redusert infeksjonsrisiko og bedre muligheter for å være mobilisert.

¹⁰ Forprosjektrapport pasienthotell UNN 2012: http://www.helse-nord.no/getfile.php/UNN%20INTER/Enhet/UNNStyret_web/Dokumenter/Styresaker2010-2014/forprosjektrapport_pasienthotellet.pdf

¹¹ Wiik 2009. Vil ikke klage – vil ikke plage. Masteroppgave. <http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/146652/masteroppgaveG.B%20Wiik.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

¹² Hall et. al (2003). At være i livgivende atmosfære. <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2003-39/at-vaere-i-livgivende-atmosfaere>

¹³ Føreland (2009). Internt pasienthotell, et alternativ til sengepost ved innleggelse i sengepost? Masteroppgave. <http://docplayer.no/1836481-Internt-pasienthotell-et-alternativ-til-sengepost-ved-innleggelse-i-sengepost.html>

¹⁴ Kjærgaard, G. (2003). «Patienthotellet: Her snakker vi meget lidt om sykdom», *Sygeplejersken* 39, pp.8-11. <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2003-39/patienthotellet-her-snakker-vi-meget-lidt-om-sygdom>

Ved etablering av pasienthotell i Danmark på 90-tallet oppsto en diskusjon¹⁵ om hvorvidt pasienthotell medførte en høyere belastning for personalet ved at pasientene ikke lenger talte med i sengebelegget på posten, mens arbeidet knyttet til behandlingen var det samme. Ved etablering av pasienthotellet på Haukeland i 1998 kom man etter grundig kartlegging og dialog med avdelingene til at 96 senger kunne stenge fordelt på 10 avdelinger. Justert for bemanningsfaktor tilsvarte dette ca 65 årsverk. Man var oppmerksom på at en del av arbeidet med pasientene ikke forsvant selv om pasienten lå på hotellet. Dette ble tatt hensyn til slik og netto endte man med å redusere ca 40 årsverk.¹⁶ Dette er samme problemstilling som diskuteres i forbindelse med effektivisering og reduserte liggetider ved sykehuset i dag. Slike effekter kan ikke utelukkes, men det er vanskelig å gi et generelt svar. Det må vurderes konkret ved hver enhet. Samme effekter er imidlertid også påpekt av vårt personell i workshopen om bruk av pasienthotell. Se kapittel 6.5.

2.2. Utbredelsen og volum ved pasienthotell ved norske universitetssykehus

Vi har ikke gjort noen fullstendig kartlegging av alle pasienthotell i Norge, men har undersøkt status på antall senger, barselsenger og annet, ved landets universitetssykehus.

Tabell 1. Pasienthotell ved norske universitetssykehus

Helseforetak	Størrelse hotell (antall rom totalt)	Antall senger totalt	Barselsenger	Driftsoperatør	Annet
St. Olav	110		18	Norlandia	
a) Haukeland	178			Medirest	
b) Tromsø	243	482	8 bemannet, 16 disponible	UNN	Ikke medisinsk bemanning
c) Stavanger	137 (hvorav sykehuset har fortrinn på 80)		30	Eies og drives av Kronengruppen (OPS-modell)	Planlegger 53 rom i nytt sykehus
d) Oslo					
- Gaustad	124	Ca. 196		Norlandia	
- Montebello	77	Ca. 150		Norlandia	
- Ullevål	131	Ca. 250	40	Medirest	
e) Ahus	Pasienthotell avviklet og omgjort til sengeposter etter utvidet opptaksområde i 2011.				

a) **Haukeland hotell** har 178 rom som i ukedager hovedsakelig er fullt belagt. På ukedager er etterspørselen større enn tilbudet. Ved åpning av hotellet i 1998 ble sengetallet i sykehuset redusert med 96. Alle avdelinger bruker hotellet, men kreftavdelingen er største bruker (ca

¹⁵ Leick, C. (1997). «Patienthotel øger arbeidspresset», *Sygeplejersken* 36, pp.10-11.
<https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-1997-36/patienthotel-oger-arbejdspresset>

¹⁶ Karin Berit Helland, prosjektleder for etablering av Haukeland hotell, personlig meddelelse til Vigleik Jessen.

50 % av kapasiteten, mange strålepasienter). Det er medisinsk personell i resepsjonen og ved behov rykkes det ut fra sykehusavdelinger. Det gis ikke medisinsk behandling i hotellet. Sykehuset skal etablere senter for partikkelbehandling og i den anledning er det planer om utvidelse av hotellet med en filial med 80+ rom¹⁷.

b) **Pingvinhotellet i Tromsø** er landets nyeste og største pasienthotell og ble tatt i bruk sommeren 2015. Hotellet er fysisk forbundet med sykehuset med felles hovedinngang. Det er ikke medisinsk personell i selve hotellet, og ved akutte hendelser varsles gastrokirurgisk sengepost. I planprosessen ble det gjennomført en grundig kartlegging av behovet i sykehusets avdelinger. Estimert behov var 272 rom hvorav det ble bygget 243. 16 rom er disponible og innrettet for barsel, men per dags dato er kun 8 rom bemannet. På ukedager er hotellet allerede nesten fullt belagt. Det er mulighet for utvidelse med ytterligere 2 etasjer. Omlegging fra bruk av sengeposter til pasienthotell har hatt sterkt ledelsesfokus. Hotellet eies og drives av helseforetaket¹⁸

c) **Stavanger universitetssykehus**¹⁹ har St. Svitun hotell nærløkalisert til sykehuset (inngang ved siden av sykehusets hovedinngang). Hotellet ble etablert som en OPS-avtale med Kronengruppen og drives som et ordinært hotell med 137 senger. Sykehuset har fortrinn på 80 rom. 30 rom drives som en barselpost med bemanning/støtterom, de resterende 50 rommene er ikke bemannet. Det har vært problematisk å få god utnyttelse av de ordinære pasienthotellrommene.^{20,21} Hovedvekten av pasientene i foretakets nedslagsfelt har kort avstand til sykehuset. Når nødvendig utredning er utført i forkant, og pasienten kan reise hjem etter behandling, blir behovet for overnattingsdøgn på hotell liten for polikliniske/dagbehandlingspasienter.

Det er besluttet bygging av nytt sykehus i Stavanger og i hovedfunksjonsprogrammet er det beregnet 53 hotellrom. Etter intensjoner i samhandlingsreformen skal kommunene overta barselomsorgen tidligere for frisk mor/barn der man forventer et normalt barselforløp. Behovet for hotellsenger ble derfor redusert fra 90 i idéfasen til 53 hotellsenger i hovedfunksjonsprogrammet. I beskrivelse av funksjon og oppgaver står:

Pasienthotellet er et tilbud til innlagte pasienter som trenger sykehusets spesial-kompetanse og spesialistbehandling, men som i hele, eller deler av sitt behandlingsforløp er selvhjulpne. Pasienthotellet kan også huse pårørende. Det skal i hotellet være mulig å tilkalle helsefaglig hjelp og få lettere assistanse (ikke tung pleie). Det skal også være mulighet for administrasjon av medikamenter, samt å foreta enkle prosedyrer (sårskift el. lign) her, slik at pasientene slipper å ta seg inn i sykehuset mer enn nødvendig. Det planlegges derfor noen «sykehustypiske» rom som medisinrom, undersøkelses- og behandlingsrom, lager, urent lager og vaktrom for personalet i hotellet.

¹⁷ Askjell Utaaker, personlig meddelelse til eiendomssjef Åge Lien

¹⁸ Astrid Ronesen, personlig meddelelse til eiendomssjef Åge Lien

¹⁹ Marit Qvam, personlig meddelelse til eiendomssjef Åge Lien

²⁰ Helland, B. K. (2009). Prosjekt bedre utnyttelse av pasienthotellet og de samlede sengeressursene. Stavanger Universitetssykehus.

²¹ Skogseth (2008). Pasienthotell i helseforetaka. Helse Vest RHF Styresak 09808

d) **Pasienthotellene i Oslo** har litt ulik profil. Gaustad (Rikshospitalet) og Montebello (Radiumhospitalet) brukes i stor grad til tilreisende polikliniske, dagpasienter og pasienter til seriebehandling (mest strålebehandling). Ved Ullevål pasienthotell disponeres en del rom av kliniske avdelinger og drives som lettposter. Det er både 3 fødestuer og rom for barsel. Et mindre antall rom er derfor tilgjengelige som ordinært pasienthotell. Oppgitt belegg i 2014 var 82,9 % ved Ullevål og Gaustad, og 68,9 % ved Montebello²².

e) Ved byggingen av nye **Akershus universitetssykehus** ble et eksisterende bygg omgjort til pasienthotell med 72 senger. Sykehuset ble etter hvert svært presset på sengekapasiteten etter utvidelse av opptaksområdet i 2011 og hotelldriften ble avvirket og arealene omgjort til ordinære sengeposter²³.

3. Dagens bruk av Hotell St. Olav og driftsøkonomiske vurderinger

3.1 Prosedyremessig bestilling av hotellrom

Prosedyren «Pasienthotellet Hotell St. Olav – rekvirering og bruk»²⁴ gir beskrivelse av hvordan helsepersonell ved St. Olavs skal rekvirere rom ved hotellet. Fremgangsmåten ved bestilling gir flere valgmuligheter for å komme frem til målet om et bestilt rom. Vi har sett på valgmulighetene, og sammenholdt dem med rekvisisjonsstatistikk i kap. 4.2. Det er helt klart at prosedyren i seg selv er styrende for hvilken driftsstatistikk sykehuset sitter igjen med i etterkant. Det heter blant annet i utdrag fra prosedyren:

Lege er ansvarlig for å vurdere om pasienthotellet er et medisinsk forsvarlig tilbud til pasienten

Ring hotellet for å høre om det er ledig rom. Tlf. 73 87 25 00, internt 48-500.

*Rekvisisjonen fylles ut og signeres av **pleiepersonell**. Hvis oppholdet er medisinsk begrunnet skal det signeres **av lege**. Rekvisisjonsskjema sendes i internpost eller pr fax.*

*Innsjekking på klargjort hotellrom fra **kl 15:00**. Seneste innsjekk er normalt **kl.18:00**. Uttsjekk reisedagen innen **kl.12:00**.*

Opphold etter kl 15:00 medfører at rekvirerende avdeling belastes med ett ekstra døgn.

*Hotellet må ha beskjed hvis pasienten ankommer etter kl 18:00. Om hotellet ikke mottar denne informasjonen, kan rommet **gis til en annen** som står på venteliste.*

*Hvis gjester det er mottatt rekvisisjon for ikke kommer uten at rommet er avbestilt, registreres dette som "no-show". Dette medfører at andre gjester **risikerer å bli avvist**. I slike tilfeller vil rekvirerende avdeling bli belastet for oppholdet.*

²² Oslo Universitetssykehus/Helse Sør-Øst (2014). «Konkurransesgrunnlag for hoteldrift ved Oslo Universitetssykehus HF». Saksnummer 2014/15170

²³ Berit Karin Helland, personlig meddelelse til prosjektleder Vignjeik Jessen.

²⁴ EQS-prosedyre 2644 «Pasienthotellet Hotell St. Olav – rekvirering og bruk» <http://eqsstolav/cgi-bin/document.pl?pid=stolav&DocumentID=2644>

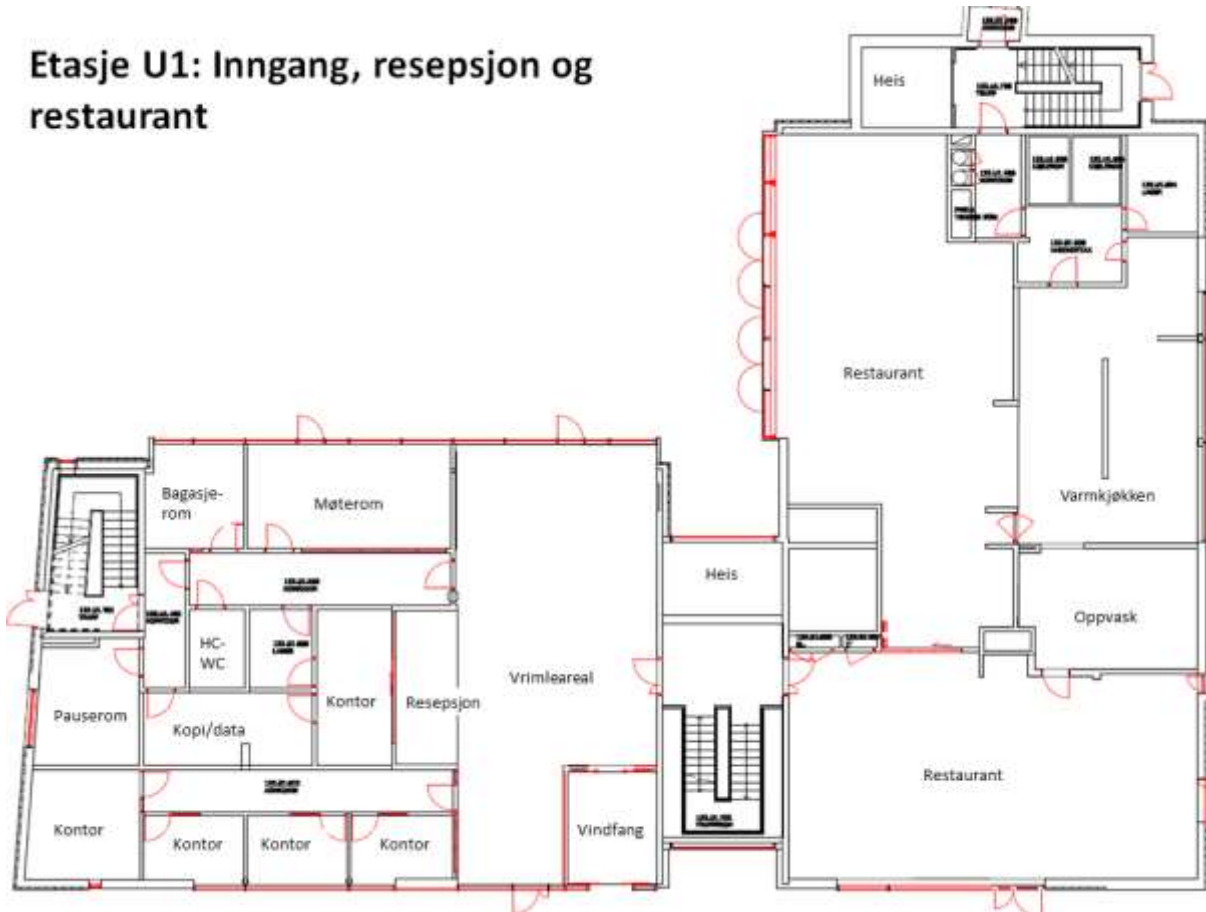
Bekreftelse på bruk av reserverte rom må skje innen kl. 12.00. Dersom dette ikke skjer, frigis de reserverte rommene til bruk for andre gjester.

3.2. Eierskap og driftsmodell

Hotell St. Olav ligger i Mauritz Hansensgt 3, Gnr. 404, Bnr. 328.

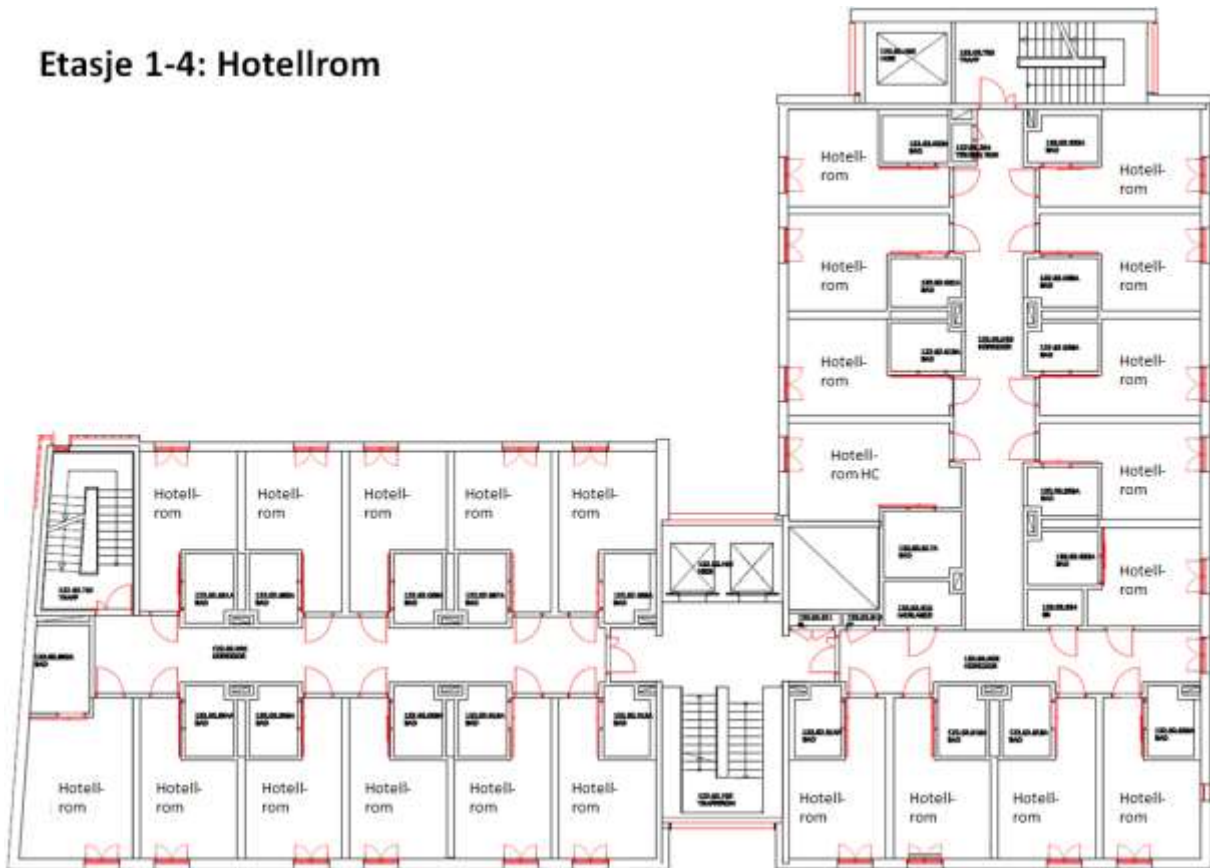
Samlet brutto gulvareal på 5 419 m² fordelt på underetg. 1 og 2, samt 5 etasjer.

Etasje U1: Inngang, resepsjon og restaurant



Figur 1. Etasje U1: Inngang, resepsjon og restaurant

Etasje 1-4: Hotellrom



Figur 2. Etasje 1-4: Hotellrom

St. Olavs Hospital HF eier hotellet og leier dette ut til Norlandia Care AS. Leieavtalen utgår 31.12.18 men kan forlenges i ytterligere 1+1+1 år.

Inntekter som vedrører utleie av hotellet til Norlandia Care AS fremkommer slik:

Tabell 2. Prognose for 2015. Kilde: St. Olav Eiendom

Inntekter	i 1000 kr
Leieinntekter	13 600
Husleie	4 500
Forvaltning og drift	2 200
Sum Inntekter	20 300

Inntektene dekker St. Olavs kostnader til drift av bygningsmassen inklusiv avskrivninger.

3.3. Pris per døgn og estimert samlet utgift for 2015

Priser per døgn fremkommer av følgende prislister:

Tabell 3. Priser pr. 01.01.2015

Priser		
Rom	kr.	1 045
Ekstraseng	kr.	134

Frokost	kr.	66
Øvrige måltider	kr.	304

Døgnprisen med full pensjon er kr. 1 349. Avdelingene internfaktureres med kr. 876 per døgn (i 2015).

Hotellet har 110 hotellrom og St. Olavs Hospital HF har forpliktet seg til et garantibelegg på 50 %, dvs. at det betales for minimum 55 rom månedlig. Fra bruk av rom nr. 56 månedlig gis det en rabatt på kr. 100 per døgn.

Regnskapsførte kostnader til bruk av pasienthotellet i 2015 er som følger:

Tabell 4. Kostnader til bruk av pasienthotellet i 2015. Kilde: Økonomidata

Kostnader 2015	i 1000 kr
Leie av hotellrom	25 324
Måltider	8 753
Totalsum	34 077

Det er kostnadsført totalt 34 mill kr for leie av hotellrom og måltider. Det er betalt for 24 165 døgn. Dette gir en beleggprosent for sykehusbetalte opphold på årsbasis på 60,2 % – som altså er 10,2 prosentpoeng eller 4 090 døgn *mer* enn garantibelegget på 50 % tilsier.

3.4. Bruk av pasienthotellet i 2015

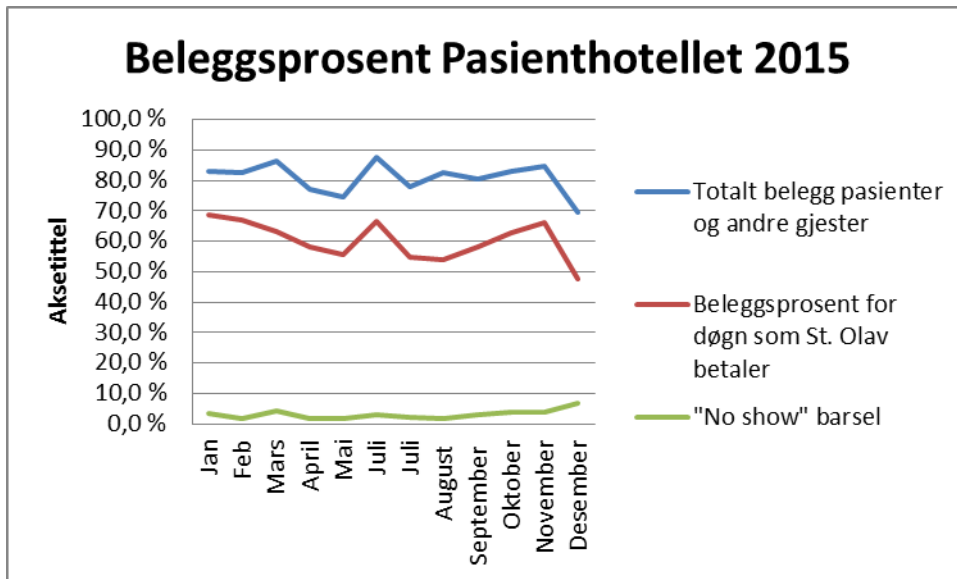
I perioden 1.1.15 – 31.12.15 har Pasienthotellet leid ut 32416 døgn til St. Olav og andre gjester. Dette gir et gjennomsnittlig belegg på 80,7 %²⁵.

I denne perioden har St. Olav betalt for 24 165 døgn. Dette utgjør gjennomsnittlig 66 rom per døgn og gjennomsnittlig belegg i perioden har vært på 60,2 %. Inkludert i antall døgn og beregning av belegg inngår 1 239 ubenyttede døgn på barsel. Ubenyttede døgn på barsel utgjør gjennomsnittlig 3,1 % av totalkapasiteten.

Figur 3 viser beleggprosenten for Pasienthotellet totalt, beleggprosenten for de døgn St. Olav har betalt for og beleggprosenten for ubenyttede døgn ved barsel.

²⁵ Se vedlegg «Belegg 2015»:

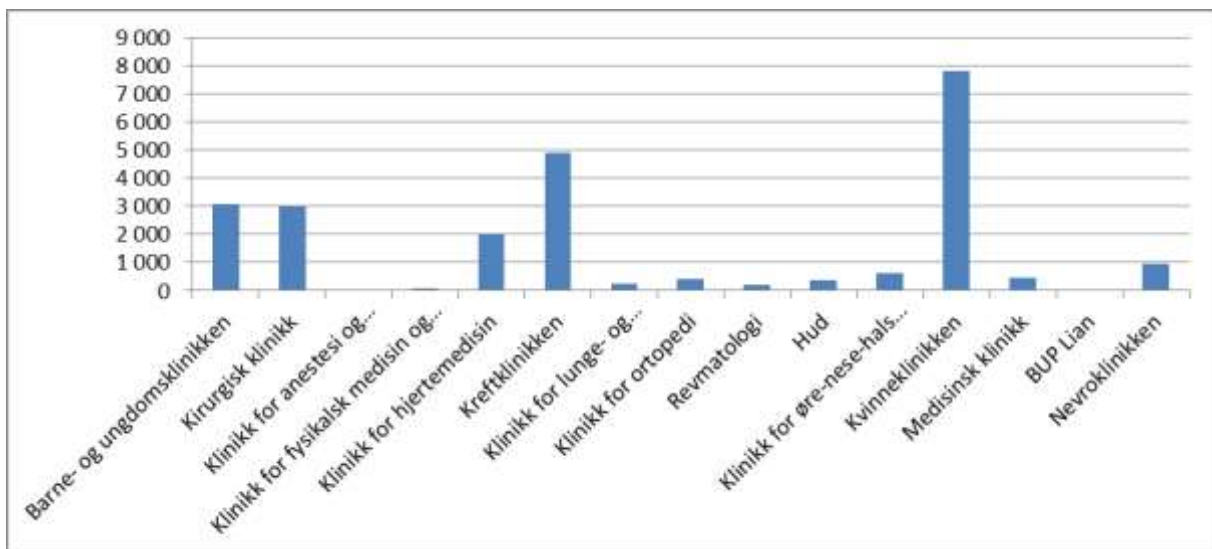
<http://virksomhetsportal.helsemn.no/omrader/stolav/prosjekt/Mottaksfunksjoner-og-oppgavefordeling-StOlav/pas-hotel/Dokumenter/Vedlegg%20prosjektrapport/Belegg%202015.docx>



Figur 3. Beleggsprosent 2015. Kilde: Pasienthotellet

St. Olav betalte for flest døgn i januar 2015 med 68,9 % belegg og lavest i desember 2015 med 47,7 % belegg. Det har i *alle* måneder i 2015, bortsett fra desember måned, vært en høyere bruk av overnatting enn det det fastsatte minimumsbelegget på 55 døgn.

Figur 4 viser hvordan bruken av pasienthotellet fordeler seg på klinikkene. Det er Kvinneklirikken som har benyttet hotellet mest, deretter kommer Kreftklinikken, Barne- og ungdomsklinikken og Kirurgisk klinikk²⁶.



Figur 4. Oversikt fakturerte døgn pr. klinikk, totalt 24 165 døgn, 01.01.-31.12.2015. Kilde: faktura fra Pasienthotellet

Kvinneklirikkens bruk av pasienthotellet skiller seg fra øvrige klinikker ved at 18 rom disponeres av barse/fødeavdelingen på fast basis. Disse rommene belastes St. Olav uansett

²⁶ Se vedlegg «Reservasjon og prioritering»:

<http://virksomhetsportal.helsemn.no/omrader/stolav/prosjekt/Mottaksfunksjoner-og-oppgavefordeling-StOlav/pas-hotel/Dokumenter/Vedlegg%20prosjektrapport/Reservasjon%20og%20prioritering.docx>

belegg og de inngår i garantibelegget på 55 rom. De 18 rommene inngår med andre ord i fakturagrunnlaget – også om de har vært ubenyttet. Av de 24 165 døgnene som er fakturert er 1 239 døgn ubenyttede døgn ved barsel. Disse døgnene inngår i de totale kostnader og beregnet belegg. Kostnaden for 1 239 ubenyttede døgn ved barsel utgjør 1,3 mill kr.

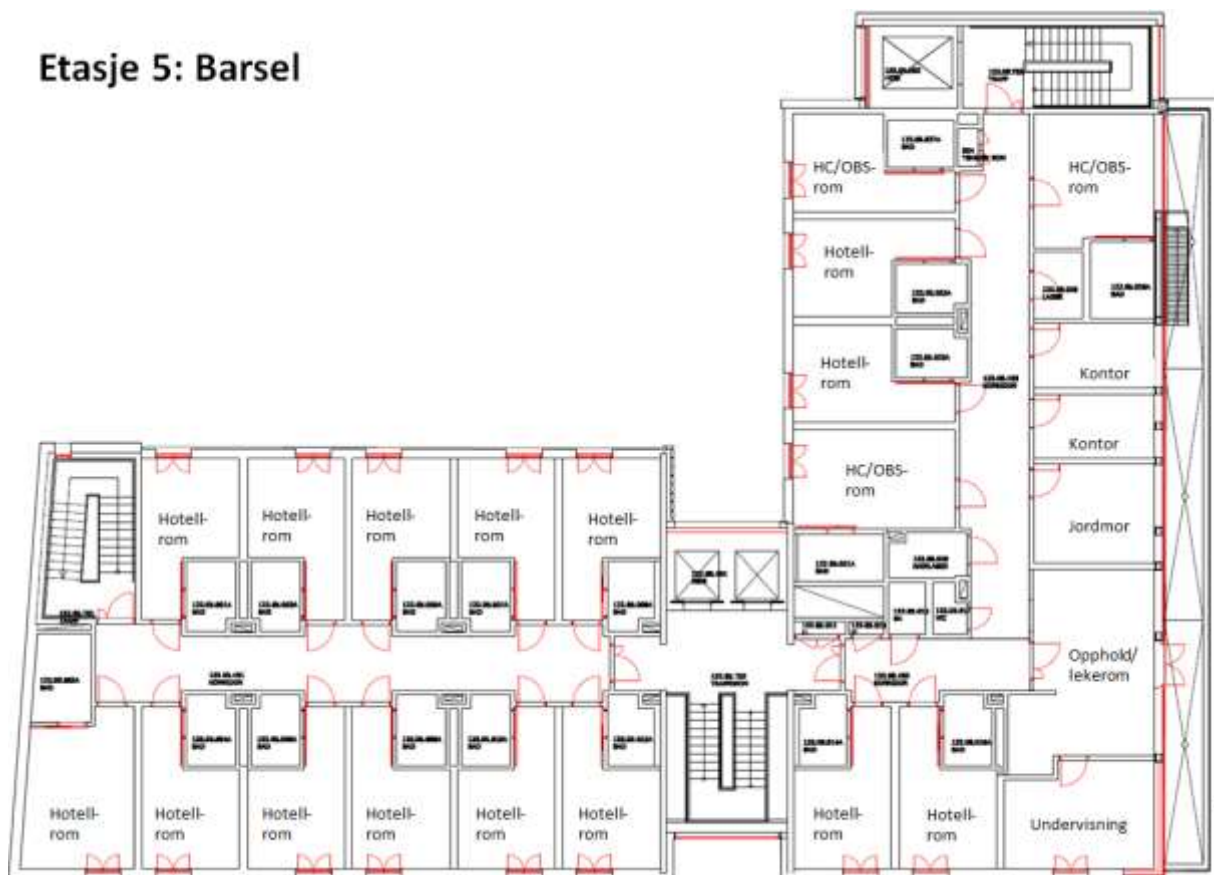
Det er to viktige aspekt ved dette. For det første er det en utfordring for St Olav driftsmessig å legge til rette for at senger som det betales for faktisk benyttes. Spesielt hvis alternativet er å betale for ytterligere senger. Og dernest er det slik at en tom seng øker den reelle prisen per faktisk benyttet seng. Hvor mye er avhengig av volumet av «døgn betalt men ubenyttet».

Det er grunn til å følge opp denne problemstillingen fordi utgiftene for St. Olav generelt vil bli lavere dersom andre klinikker kan benytte «betalte senger» heller enn å betale for andre «ikke-betalte» rom. Det er dessuten viktig å synliggjøre denne driftsmessige utfordringen dersom flere klinikker skulle inngå lignende avtaler som kvinneklinikken.

3.5. Kvinneklinikkens bruk av pasienthotellet

Kvinneklinikken har benyttet pasienthotellet siden 2004. Av de 18 rommene benyttes tre senger som «overnattings-/geografisenger» for fødende med lang reisevei.

Etasje 5: Barsel



Figur 5. Etasje 5: Barsel. «Overnattings-/geografisenger» er merket som HC/OBS-rom.

Bemanning knyttet til barsel skal først og fremst yte pleietjenester til de mødrene/barna som benytter de 15 resterende sengene. Det er utarbeidet klare kriterier for hvilke

mødre/barn som kan benytte disse 15 sengene til forskjell fra de som må ligge på sengepostene i Kvinne-barn-senteret.

Dagens situasjon på barsel er som følger:

- Antall «bemannede» senger på pasienthotellet: 15
- Døgnkontinuerlig bemanning (24/7), med to til tre personer til stede på dag, to på kveld og to på natt. Denne bemanningen stiller også helsefaglig kompetanse til rådighet for pasienthotellet på kveld og natt, en tjeneste Nordlandia-Care betaler for ved å dekke utgiftene for ett årsverk.
- Bemanningen består av *en* jordmor og *en* barnepleier
- Antall årsverk for å dekke opp vaktene er tilnærmet 12.
- Bemanningsfaktor per seng blir $12/15 = 0,8$.

Kvinneklinikken bruker pasienthotellet planmessig for å gi et differensiert tilbud. Pasienter med et lavt pleiebehov betjenes i en egen sengepost på pasienthotellet med lavt bemanningsnivå, mens pasienter med et høyt pleiebehov betjenes i sengepost med høyt bemanningsnivå og nær andre medisinske støttefunksjoner.

3.6. Kostnad per døgn

I tabell 5 er kostnad per seng per døgn ved pasienthotellet beregnet for en bemanningsfaktor på 0,8. Beregningen baserer seg på en årsverkskostnad på 825 000 kroner, og det dekker ordinær lønn inkludert tillegg vakt, samt pensjon og arbeidsgiveravgift. Lønnskostnaden er satt så pass høyt for ikke å undervurdere sykehusets lønnskostnader. Tabellen viser at referansen barsel med bemanningsfaktor lik 0,8 gir en lønnskostnad per seng på 1 808 kroner. I tillegg kommer prisen per døgn til pasienthotellet på kr 1 349, slik at samlet kostnad per døgn blir 3 157 kroner.

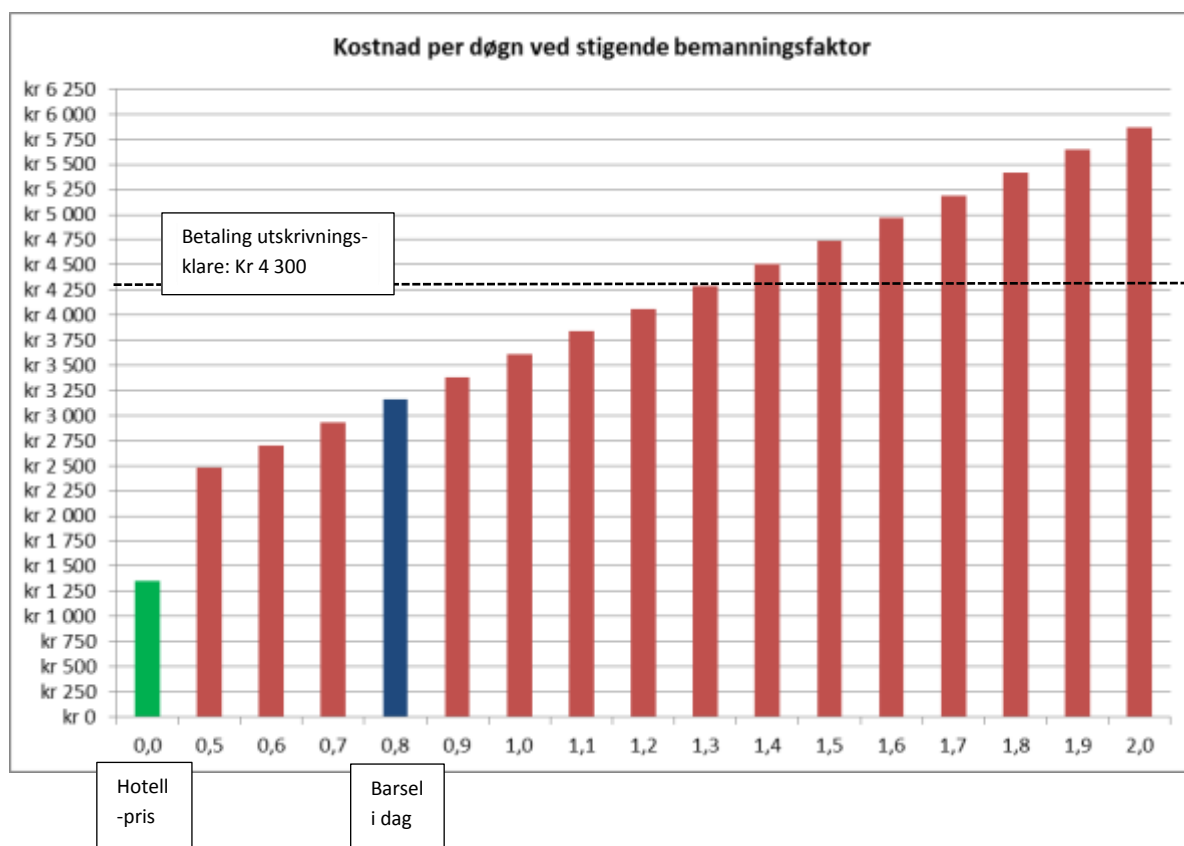
Tabell 5. Kostnad per døgn ved ulike nivå på bemanning per seng på pasienthotellet.

	Bemannings- faktor: Antall årsverk per seng	Beleggs- prosent	Årsverks- kostnad	Lønnskostnad per seng, per dag	Dagens pris per døgn betalt til Norlandia	SUM hotell og lønnskostnad per døgn
(A) Referanse: Barsel – pasienthotellet – bemanningsnivå slik som i dag	0,8	100%	825 000	1 808	1 349	3 157
(B) Hvis bemanningsnivå likt sengeposter Kvinne-barn-senteret	1,6	100%	825 000	3 616	1 349	4 965

Ved sengepostene på barsel i Kvinne-Barn-senteret er bemanningen vesentlig høyere enn på pasienthotellet; det vil si dobbelt så høy. Dersom det ble benyttet en bemanningsfaktor tilnærmet 1,6 på pasienthotellet ville døgnkostnaden ha vært 4 965 kroner.

Døgnkostnaden på i underkant av 3 200 må vurderes som relativt lav, med bemanningsfaktor 0,8. Til sammenligning er prisen som har vært benyttet for kommunal

betaling for utskrivningsklare pasienter på 4 387 kroner. På pasienthotellet tilsvarer dette en bemanningsfaktor opp mot 1,3. Sammenhengen mellom bemanningsfaktor og døgnkostnad er illustrert i figur 6 for en bemanningsfaktor i intervallet 0,5 til 2.



Figur 6. Bruk av pasienthotellet og kostnad per døgn ved stigende bemanningsfaktor.

3.7. Internt pasienthotell

Et alternativ til å bruke pasienthotellet er å legge til rette for «hotellovernatting» i sykehusets arealer. Et eksempel på dette er Ortopedisk hotell-dagtun i 5. etg. i Bevegessenteret.

Ett tun med fem enerom er tilrettelagt for elektive ortopediske pasienter. Tunet er bemannet med to sykepleiere på dag mandag til fredag og en sykepleier på kveld mandag til torsdag, noe som gir en bemanningsfaktor på om lag 0,4.

Ortopedisk hotell-dagtun har et samarbeid med naboavdeling Ortopedisk elektiv sengepost, som bistår dersom pasientene har behov for tilsyn på natt, og dersom det skal henges opp antibiotika tidlig på morgen eller kveld.

Pasientgrunnet er ortopediske pasienter som ikke har behov for døgnkontinuerlig tilsyn og har et «lavt hjelpebehov» (og da i første henseende på natt). Hovedtyngden av pasienter er preoperative pasienter/listepasienter, som forberedes på hotell-dagtunet og får et rom på sengepost etter at de er ferdig operert. I snitt forbereder man 12 pasienter til operasjon per uke. Det hender at det blir lagt inn pasienter fra dagkirurgisk avdeling hvis det oppstår noe

uforutsett med hensyn til smerter eller det viser seg at de ikke har ordnet seg noen overnatting.

Hotell-dagtun hadde 5 senger per 2015. I uke 2 til 24 i 2015 hadde man et snitt på 15 pasienter per uke (mandag-fredag). Antallet har variert mellom 10 og 25 pasienter per uke.

Fordelene med en slik løsning i «eget hus» er for det første at det er praktisk med tanke på det medisinske behovet som pasientene faktisk har, det er kort vei for legene og sykepleierne kjenner pasientgruppen godt og de kan også delta inn i andre sengeposter i perioder med lavt belegg eller lavt pleiebehov. Men en slik løsning forutsetter selvsagt at det faktisk er ledig sengetunareal til dette formålet og at det ikke er behov for sengekapasitet for andre pasienter med større pleiebehov. Vi har ikke beregnet «hotell-pris» per døgn for denne enheten, men det er grunn til å tro at kostnaden for sykehuset vil ligge på nivå med hotellprisen på pasienthotellet og kanskje litt lavere.

3.8. Oppsummering - driftsøkonomiske vurderinger

Inntektene fra avtalen med Norlandia Care AS dekker St. Olavs kostnader til drift av bygningsmassen inklusiv avskrivninger. Det er døgnprisen for hotellovernattingen alene eller i kombinasjon med kostnad for særskilt pleiebemannning til stede på pasienthotellet, som avgjør om pasienthotellet er et kostnadmessig gunstig alternativ.

Hotellpris per døgn ved pasienthotellet er for tiden kr 1 349 (inkludert full pensjon). Med en bemanningsfaktor opp mot 1,3 vil den samlede døgnkostnaden fremdeles være lavere enn døgnprisen for utskrivningsklare pasienter på kr 4 387. Barsel har etablert et tilbud på pasienthotellet med en bemanningsfaktor på 0,8 og til en døgnkostnad på i underkant av 3 200 kr. Det er grunn til å tro at St. Olav kan legge til rette for bruk av egne sengetunarealer til en «hotellpris» på nivå med og mulig lavere enn dagens pris på pasienthotellet. Dette krever imidlertid at det faktisk er areal tilgjengelig.

Bruk av pasienthotellet til pasienter som langt på vei er selvhjulpne, med lavt behov for medisinsk ettersyn, behandling og pleie som en del av overnattingen, er ressursbesparende i den forstand at det frigjør sengekapasitet ved ordinære sengeposter til pasienter med et større behov for medisinsk oppfølging. Bemanningsfaktor og ressurser kan tilpasses pasientenes faktiske behov.

Dersom det blir behov for å utvide dagens sengekapasitet, kan en planmessig bruk av pasienthotellet etter modell fra barsel være et alternativ for andre klinikker ved sykehuset.

4. Driftsstatistikk

4.1. Rapportering av aktivitet

Det enkelte pasient- eller sykehotell registrerer oppholdsøgn for alle som overnatter ved hotellet og skiller mellom sykehusetsbetalte opphold og selvbetalte opphold (betalt av pasient eller pårørende/ledsager). Dette er grunnlaget for beleggsstatistikk og fakturering som sykehuset mottar. De rapporterer ikke til NPR eller SAMDATA.

Det varierer hvordan antall pasienthotellsenger rapporteres fra foretakene. Dette påvirker ikke noen økonomiske overføringer, men gir en uoversiktlig situasjon i forholdet mellom aktivitet og kapasitet. Det er spesielt verd å merke seg at beleggsprosenten som baseres på tall meldt inn til NPR vil bli for høy fordi aktiviteten i pasienthotellet (innlagte pasienter) telles med, mens sengetallet som brukes i hotellet ikke inngår i nevneren. Med 40-50 senger i bruk i hotellet til innlagte pasienter vil det kunne slå ut som 5-10 % for høy beleggsprosent. Dette gjelder også for St. Olav med unntak av barselenheten i pasienthotellet som telles med i Kvinneklinikkens sengetall.

Aktivitetsstatistikken i spesialisthelsetjenesten er basert på innrapportering til NPR. Ved St. Olav registreres man som pasient på sykehuset etter de definisjoner som gjelder for innlagte, dagpasienter og polikliniske pasienter. Liggedøgnene for innlagte på pasienthotellet registreres som en del av aktiviteten ved moderavdelingen. Det er opprettet en egen oppholdstype i PAS for overnatting på pasienthotell så lenge pasienten er registrert som innlagt. Oppholdstypen registreres med kode P for Pasienthotell i motsetning til H for Heldøgn. Oppholdstype = P rapporteres til NPR som Heldøgn, og følgelig vil ikke disse hoteldøgnene skille seg fra overnatting i avdelingens senger.

Hva som er grensen for når en pasient skal karakteriseres som inneliggende ved et pasienthotell, er opp til det medisinske fagmiljøet å avgjøre. Her er en gråsoner hvor praktisering av reglene kan være noe forskjellig.

Det spørres om hvorvidt pasienthotellet er for stort, for lite, eller akkurat passe? Spørsmålet er mangefasettert, og svaret avhenger av hvilken utnyttelsesgrad vi vil gjøre bruk av ved pasienthotellet: Vi vet at ca 30 senger til enhver tid benyttes av egenbetalende gjester, og vi kan følgelig tenke at godt over 30 senger ved pasienthotellet kan benyttes til pasienter som i dag ligger ved sykehuset.

4.2. Rekvisisjonspraksis – gjennomgang av rekvisisjoner fra mars 2015

November 2015 ble et utvalg rekvisisjoner til pasienthotellet gjennomgått for å kartlegge typer av opphold der²⁷. Dette for å kunne si noe om i hvilken grad hotellet benyttes for

²⁷ Rekvisisjonsskjemaet som skal benyttes ved rekvirering til pasienthotellet kan finnes for nedlastning her: http://www.stolav.no/ftp/stolav/eqspublic/pasientforlop/docs/doc_2644/attachments/Rekvisisjon_til_Hotell_St.doc

pasienter som bare trenger tak over hodet, for pasienter som har lang reisevei og trenger opphold i forbindelse med undersøkelser og behandling på sykehuset, og i hvilken grad hotellet benyttes for pårørende/ledsagere. Dette kan si noe om hvilket potensiale vi har ved endret prioritering og disponering av kapasitet, f.eks. til andre/flere pasientgrupper.

Analysen ble gjort ved en manuell gjennomgang av rekvisisjonsskjema i papirformat, som oppbevares på pasienthotellet. Dette er et omfattende arbeid, og analysen ble derfor begrenset til å omfatte én måned, mars 2015.

Som prosedyre 2644 (kap. 3.1) viser er det flere mulige veivalg for en rekvirent. De to som gjennomgikk rekvisisjonene hadde en krevende oppgave og innspillene kan oppsummeres med: «Det er veldig ulik utfylling av skjemaet, skjemaet burde evalueres og gjøres enklere for utfylling.»

Mer konkret gjelder det at det brukes 4 ulike skjema for utfylling, og det fylles av og til inn diagnoser på skjemaet. Trygdekommunenummer blir sjeldent skrevet. By/tettsted blir svært ofte skrevet i stedet for kommune. Det bør være en klarere prosedyre på hvordan pårørende/ledsager skal registreres. Mange benytter feil navn på på avdeling/sengepost.

Gjennomgangen viser at det var 723 opphold i mars 2015. Det utgjorde 2 307 netter. De fleste av oppholdene var for inneliggende pasienter, mens det var poliklinikkpasienter som utgjorde flest liggedøgn.

Tabell 6. Opphold fordelt på omsorgsnivå

Type Opphold	Antall Opphold	Lengde opphold (gj.snitt i dager)	Sum av Lengde opphold (i døgn)
Inneliggende	381	1,6	619
Dagbehandling/ poliklinikk	249	3,4	858
[Ikke angitt]	57	7,9	441
Pårørende	30	12,9	374
Ledsager	6	2,5	15
Totalsum	723	3,2	2307

Fordeler vi aktiviteten på rekvirent, var Kirurgi og Hjertemedisin de avdelingene som bestilte flest opphold, mens Barn og Kreftavdelingen utgjorde flest liggedøgn. Det gjenspeiles også i relativt lang liggetid per opphold på disse to avdelingene sammenlignet med andre.

Tabell 7. Opphold fordelt på rekvirerende avdeling

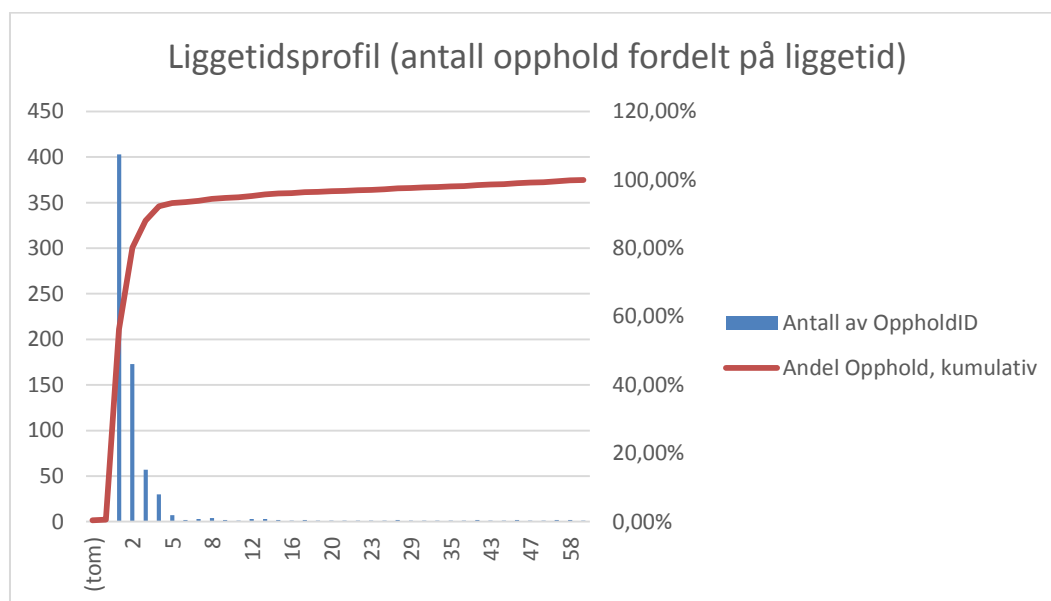
Rekvirent, Avdeling	Antall Opphold	Gjennomsnitt av Lengde opphold (i dager)	Sum av Lengde opphold (i dager)
KIR	185	1,8	329
HJMED	137	2,0	272
BARN	65	8,7	564
KREFT	45	14,2	640
NKIR	45	1,4	61
ØNH	40	1,1	43
ORT	32	1,2	38
NEVR	29	1,4	42
GYN	28	2,8	77
FØDE	27	3,2	83
HUD	24	2,0	47
MED	22	1,9	42
LUNGE	16	1,2	19
REVMA	7	2,0	14
BUPA	5	2,0	10
ØYE	5	2,6	13
ANEST	3	1,3	4
[Ikke angitt]	3	1,0	2
NEVRO	2	1,0	2
AKUTT	2	1,0	2
HJERTE	1	3,0	3
Totalsum	723	3,2	2307

Kombinerer vi rekvirent og omsorgsnivå for de fire største brukerne, aner vi konturen av litt ulik bruk. Kirurgi brukte pasienthotellet mest på inneliggende, mens hjertemedisin nesten utelukkende brukte hotellet på dag- og poliklinikkpasienter. Det samme gjelder Kreft, mens Barn brukte hotellet på inneliggende og pårørende.

Tabell 8. Opphold fordelt på rekvirerende avdeling og omsorgsnivå

Rekvirent, Avdeling	Type Opphold	Antall Opphold	Gjennomsnitt av Lengde opphold (i dager)	Sum av Lengde opphold (i dager)
KIR	Inneliggende	152	1,5	233
	Dagbehandling/ poliklinikk	13	1,2	16
	[Ikke angitt]	12	2,7	32
	Pårørende	8	6,0	48
KIR Totalt		185	1,8	329
HJMED	Dagbehandling/ poliklinikk	131	2,0	266
	Inneliggende	4	1,0	4
	Pårørende	1	1,0	1
	[Ikke angitt]	1	1,0	1
HJMED Totalt		137	2,0	272
BARN	Inneliggende	40	1,6	63
	Pårørende	17	18,8	320
	[Ikke angitt]	8	22,6	181
BARN Totalt		65	8,7	564
KREFT	Dagbehandling/ poliklinikk	28	15,3	427
	Inneliggende	11	2,0	22
	[Ikke angitt]	6	31,8	191
KREFT Totalt		45	14,2	640

Liggetidsprofilen viser en overvekt av korte opphold, hele 90 % er 4 dager eller kortere.



Figur 7. Liggetidsprofil

De fleste oppholdene (drøyt 600 opphold, 83 %*), betales av sykehuset, men noen er selvbetalere. Blant ledsagere betaler omtrent halvparten selv. Det understrekes at her er datagrunnlaget noe usikkert. 2 av pasientene betalte selv.

Tabell 9. Opphold fordelt på betaler

Antall Opphold				
Spesifisering betaler	(Ikke angitt, dvs. antakelig pasient som dekkes av sykehuset)	Ledsager, Dekkes av sykehuset	Ledsager, Selvbetalende	Totalsum
[Ikke angitt]	399*	111*	108	618
Medisinsk grunn: avdeling	67*	24*	9	100
Selvbetalere	2		3	5
Totalsum	468	135	120	723

Holder vi ledsager og pårørende utenom, er det 687 opphold og drøyt 1 900 liggedøgn. De hører geografisk hovedsakelig til Helse Midt-Norge (84 %).

Tabell 10. Opphold fordelt på geografi, hele landet

Helseregion og fylke	Antall Opphold	Andel Opphold	Antall liggedøgn	Gjennomsnittlig oppholdstid (dager)
Helse Midt	576	83,84 %	1630	2,8
Møre og Romsdal	243	35,37 %	671	2,8
Nord-Trøndelag	146	21,25 %	584	4,0
Sør-Trøndelag	187	27,22 %	375	2,0
Helse Nord	39	5,68 %	74	1,9
Helse Sør-Øst	43	6,26 %	99	2,3
Helse Vest	11	1,60 %	26	2,4
[Ikke angitt]	18	2,62 %	89	5,2
Totalsum	687	100,00 %	1918	2,8

I Helse Midt-Norge fordeler pasientene seg slik, filtrert på kommune slik at bare de ti kommunene med flest opphold per fylke i Midt-Norge vises:

Tabell 11. Opphold fordelt på geografi, Midt-Norge

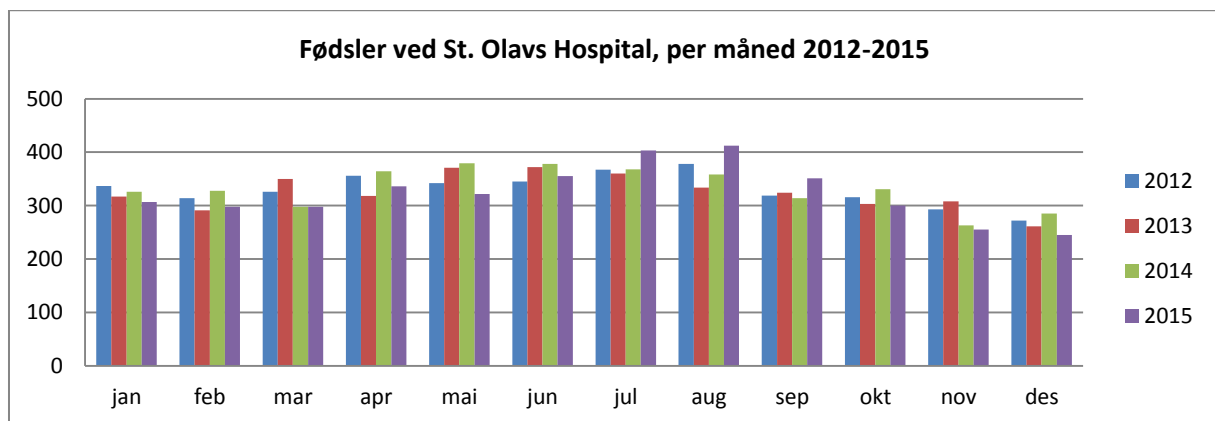
Fylke og kommune	Antall Opphold	Antall liggedøgn	Gjennomsnittlig oppholdstid (dager)	Andel Opphold
Møre og Romsdal	243	671	2,8	42 %
KRISTIANSUND	35	107	3,1	6 %
ÅLESUND	34	74	2,2	6 %
MOLDE	18	69	3,8	3 %
FRÆNA	11	12	1,1	2 %
HARAM	11	33	3,0	2 %
AVERØY	10	66	6,6	2 %
SUNNDAL	9	52	5,8	2 %
SURNADAL	8	21	2,6	1 %
VOLDA	8	13	1,6	1 %
GISKE	7	14	2,0	1 %
Andre i M&R	92	210	2,3	16 %
Sør-Trøndelag	187	375	2,0	32 %
RØROS	22	49	2,2	4 %
FRØYA	18	38	2,1	3 %
ÅFJORD	17	38	2,2	3 %
OPPDAL	16	22	1,4	3 %
HITRA	13	36	2,8	2 %
RISSA	13	15	1,2	2 %
BJUGN	12	17	1,4	2 %
RENNEBU	10	15	1,7	2 %
ØRLAND	9	16	1,8	2 %
TRONDHEIM	8	41	5,1	1 %
Andre i S-Tr	49	88	29,7	9 %
Nord-Trøndelag	146	584	4,0	25 %
NAMSOS	25	121	4,8	4 %
STEINKJER	21	94	4,5	4 %
VERDAL	14	16	1,1	2 %
LEVANGER	14	23	1,6	2 %
NÆRØY	12	17	1,4	2 %
STJØRDAL	10	16	1,6	2 %
INDERØY	10	19	1,9	2 %
VIKNA	7	12	1,7	1 %
VERRAN	6	10	1,7	1 %
LIERNE	6	67	11,2	1 %
Andre i N-T	21	189	113,3	4 %
Totalsum	576	1630	2,8	100,00 %

5. Barsel

Barselposten på pasienthotellet ble tatt i bruk i oktober 2004 med 15 pasientrom som kompensasjon for reduksjon av pasientrom i Kvinne-barn senteret. I Kvinne-barn senteret er det 2x 14 senger, i dag drives 27 i alt. I tillegg disponerer Fødeavdelingen tre pasientrom i hotellet for fødekvinne med lang reisevei. Disse betegnes som «geografirom» eller «observasjonsrom». Etter at fødeavdelingen ved Orkdal Sykehus ble nedlagt i 2012 er St. Olavs Hospital eneste fødeinstitusjon i Sør-Trøndelag. Flere gravide har nå lenger reisevei, og behovet for geografirom har økt.

Ved planlegging av ny fødeavdeling utarbeidet SINTEF fødselsprognoser, og den nye fødeavdelingen ble bygget for 2 700 fødsler. Fødeavdelingen ved St. Olav hadde ved innflytting i Kvinne-Barn senteret i 2006 3 200 fødsler. I 2014 var fødselstallet 4 200. Økning i barselbehov er hovedsaklig håndtert ved reduksjon i liggetid. I 2004 var liggetid i barsel fire døgn, mens den dag er 60 timer for førstegangsfødende og 48 timer for flergangsfødende. Det foreligger ikke konkrete planer om en ytterligere reduksjon av liggetiden i barsel, men Fødeavdelingen er i oppstart med et forbedringsprosjekt som vil kunne vurdere dagens liggetid for våre barseldamer ned mot 48 timer, og få til noe mindre trykk på sengekapasiteten ved topper om sommeren. Redusert liggetid må drøftes med kommunen.

Ved fødselstopper og i sommermånedene de siste år har det vært fullt belegg på føde/barsel og de 18 sengene på pasienthotellet. Om sommeren brukes de 3 observasjonsrommene til barsel. Man leier da andre rom i hotellet til geografi/observasjonspasienter.



Figur 8. Fødsler ved St. Olavs Hospital 2012-2015. Fordelt på måned. Kilde: Kvinneklirikke, tall fra Nimes

Figur 5 viser at det er stor variasjon i fødselstall gjennom året. I 2015 var laveste i desember med 245 fødsler, mens det i august var 412.

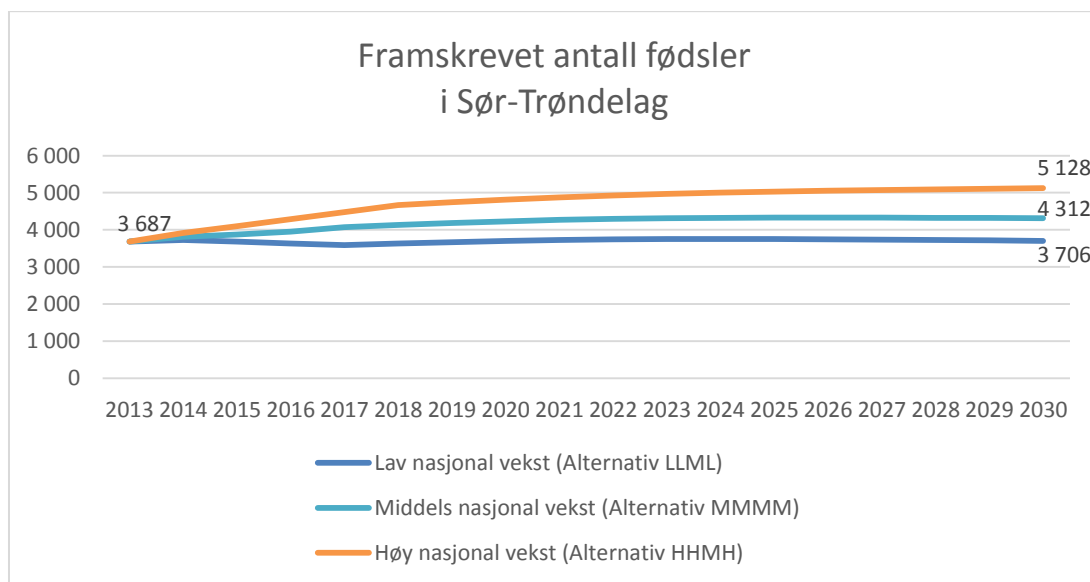
I dag har 47 % av alle fødende ved St. Olavs Hospital sitt barselopphold på pasienthotellet. De øvrige ligger i barsel-fødeavdelingen. Svært få reiser rett hjem. I perioder med høy aktivitet har barselposten disponert 18 senger på hotellet. Mor og barn blir overflyttet til barselposten gjennom hele døgnet. Barselposten er døgnbemannet med jordmødre,

sykepleiere og barnepleiere. Barnelegen utfører barnelegeundersøkelse alle dager unntatt søndag.

Nasjonale retningslinjer²⁸ sier at alle fødende skal ha et barslopphold med et gitt innhold, blant annet barnelegeundersøkelse, nyfødtscreening, oksygenmetning, hørselscreening og fire samtaler med jordmor (innkomst-, amme-, fødsels- og utreisesamtale). Dagens enhet på pasienthotellet drives som en vanlig barselavdeling med samme faglige tilbud som de øvrige barselenheter i fødeavdelingen. Det er utarbeidet pasientforløp for barseloppholdet. Avdelingen har svært gode tilbakemeldinger på oppholdet.

5.1. Framtidig barselbehov

Fremskrevet antall fødsler i Sør-Trøndelag er beregnet av Statistisk sentralbyrå i tre alternativ: lav, middels og høy nasjonal vekst.



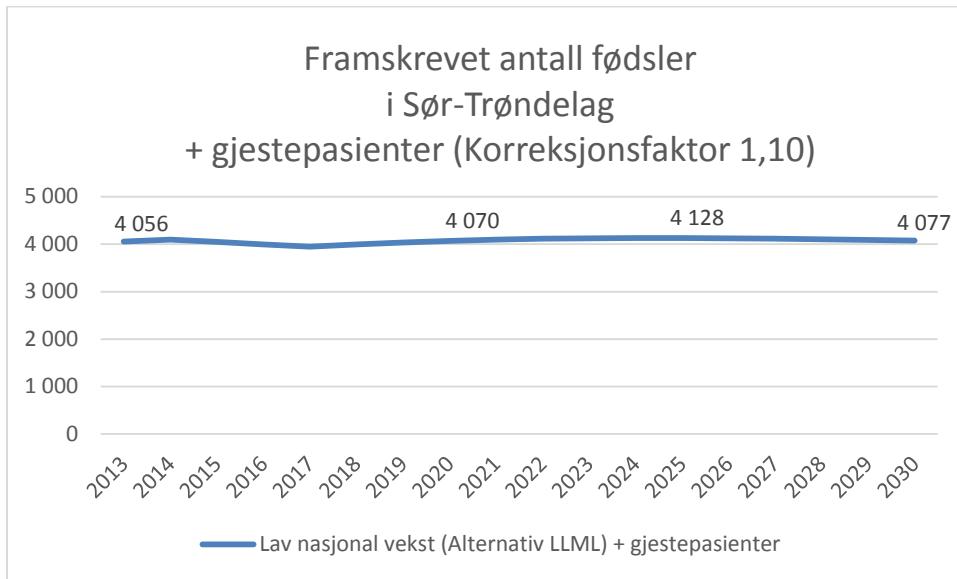
Figur 9. Framskrevet antall fødsler i Sør-Trøndelag 2013-2030. Kilde: Statistisk sentralbyrå

Ut fra fødselstallene for 2013 og 2014 ser det ut til at framskrivningen for alternativet Lav nasjonal vekst (LLML) foreløpig passer best. Hvert alternativ beskrives ved fire bokstaver i følgende rekkefølge: fruktbarhet, levealder, innenlandsk flytting og innvandring. M = middels, L = lav, H = høy, K = konstant og 0 = null.

I tillegg til fødende fra St. Olavs opptaksområde benyttes fødeavdelingen også av en del utenom opptaksområdet, disse betegnes gjestepasienter. Basert på antall gjestepasienter i årene 2012-2015 finner vi at om lag 10 % av alle fødsler ved St. Olavs hospital i løpet av et år

²⁸ I 2014 kom Nasjonale retningslinjer for barselomsorgen «En lykkelig begivenhet».

er gjestepasientfødsler²⁹. Gitt at denne andelen holder seg uendret viser figur 10 forventet totalt fødselstall frem til 2030.



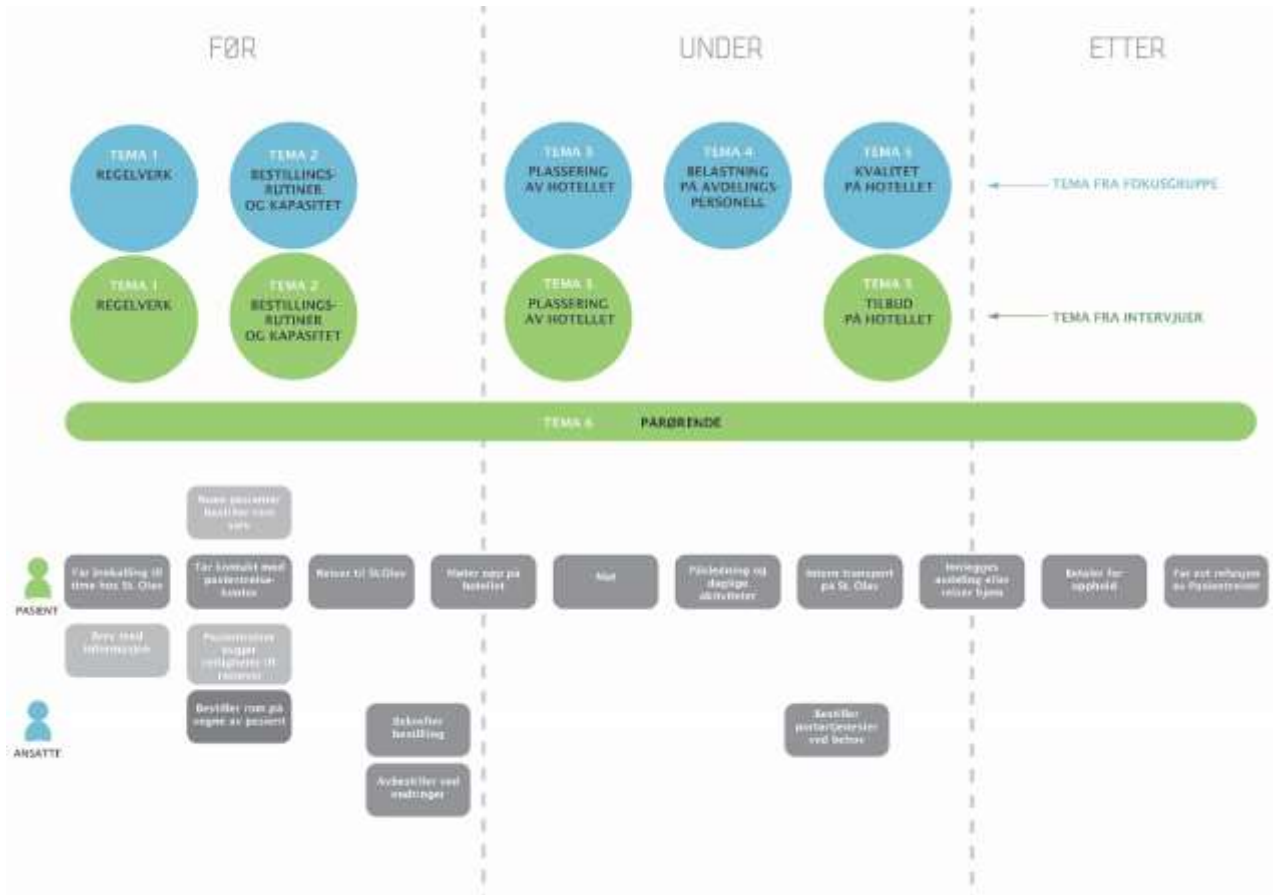
Figur 10. Framskrevet antall fødsler ved St. Olavs hospital (Sør-Trøndelag + gjestepasienter) 2013-2030. Kilde: Statistisk sentralbyrå samt talldata fra Kvinneklubben.

Framskrivningen viser at fødselstallet vil holde seg omtrent på dagens nivå og det er følgelig ikke grunn til å anta at barselbehovet i pasienthotellet vil bli større enn i dag.

6. Opplevelser av bruk av pasienthotellet

Sintef avdeling for medisinsk teknologi har bistått prosjektgruppen med å samle innspill fra helsepersonell, pasienter, pårørende og ansatte ved hotellet. Det er utarbeidet to rapporter "Pasienter og pårørendes perspektiv" og "Workshop med fokusgruppe". Basert på dette arbeidet ble det identifisert seks tema som synes å være felles på tvers av avdelinger: Regelverk, Bestillingsrutiner og kapasitet, Plassering av hotellet, Belastning på avdelingspersonell, Tilbud på hotellet og Pårørende.

²⁹ Beregningsgrunnlag finnes i vedlegg «Beregningsgrunnlag fremskrivning av fødselstall»: <http://virksomhetsportal.helsemn.no/omrader/stolav/prosjekt/Mottaksfunksjoner-og-oppgavefordeling-StOlav/pas-hotel/Dokumenter/Vedlegg%20prosjektrapport/Beregningsgrunnlag%20fremskrivning%20av%20fødselstall.docx>



Figur 11. Seks tema

6.1. Generelt fornøyd – heller hotell enn sengepost

Det overordnede inntrykket er at pasientene i stor grad er fornøyd med å bo på pasienthotellet. Nesten samtlige sier at de foretrekker å bo på hotellet framfor sengepost. Dette gjelder spesielt de som må bo der over lengre tid. De resterende (2 pasienter) synes ikke det er så farlig hvor de sover. Pasientene beskriver at de føler seg «friere», og «mer som seg selv», men at de setter pris på nærheten til avdelingene. Spesielt i forhold til å komme seg til avtaler i tide. En potensiell ulempe med å være på hotellet er at det er vanskeligere å ha god kontakt med avdelingene. For mange er det tilstrekkelig med de møtepunktene man har på dagtid, mens andre opplever det som en utfordring å få tak i helsepersonell på avdelingene ved behov.

Flere av avdelingene opplever hotellet som en viktig aktør i deres pasientforløp. En av avdelingene som benytter det mest sa det slik: "Vi er helt avhengige av pasienthotellet". Andre avdelinger opplever det mer som en mulig løsning hvis deres egen avdeling allerede er fullbooket. Større grad av "ikke-medisinsk"-hjelp, som hjelp til å ta på støttestrømper og lignende, kunne ført til at flere pasienter benyttet seg av hotellet. Av de som ble intervjuet var det ingen som nevnte at de hadde behov for slik hjelp, eller medisinsk hjelp utover det de fikk når de var på avdelingene. Noen av deltagerne i workshopen var positive til at mer medisinsk kapasitet kunne gjøre at noen oppgaver kunne gjøres på pasienthotellet. Dette gjaldt for eksempel intravenøs behandling. De var opptatt av at gode rutiner, retningslinjer

og kompetanse måtte være på plass for at dette skulle skje. Inntrykket er at også pasienthotellet er positive til dette, forutsatt at det ovenfor nevnte var på plass.

6.2. Regelverk: store forskjeller i bestillingsforløp

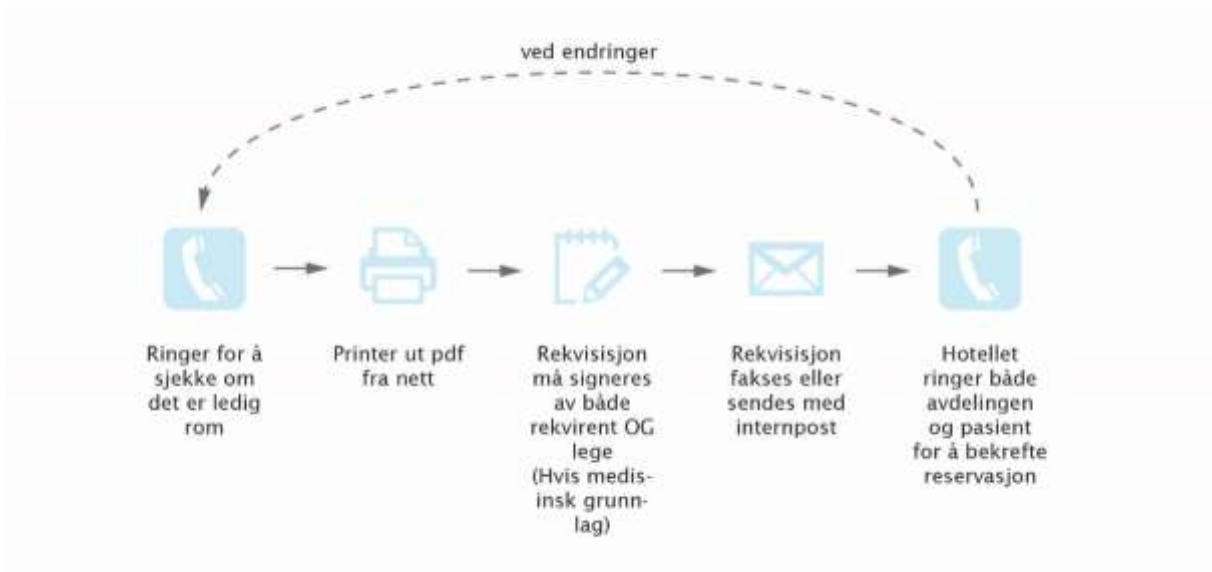
Den største forskjellen i opplevelser finner vi ikke under hotelloppholdet, men det som skjer før man kommer til St. Olav. Informasjon fra avdelingene i forkant av behandling, koordinering av reiser og bestilling av hotellrom er viktige aspekt som må være på plass. Spesielt innkomstbrevet nevnes av flere som rotete og vanskelig å forstå seg på.

Det er store forskjeller i ansvarsfordeling i bestillingsforløpet. Dette oppleves som svært urettferdig for de som må ordne alt selv. For de fleste av pasientene som er intervjuet har rombestilling og betaling vært ordnet av avdelingene. Noen har også fått hjelp av fastlege. Spesielt synes dette å være en utfordring for de med lang reisevei, og som må være her over lengre tid – dette er de som gjerne får den største regningen. Noen av deltagerne i fokusgruppen gir uttrykk for at de bruker tid og ressurser på å omgå regelverket slik at pasienter med klare behov for pasienthotell får dette finansiert. Noen av deltagerne opplever regelverket som medisinsk uforsvarlig, siden det ikke tar hensyn til hvor stor belastning reisevei kan ha for enkelte pasienter.

For mange er det en ekstrabelastning at det er problematisk å forutse hvor stor regningen blir, og hva man har krav på å få refundert. En pasient foreslår en digital reisekalkulator som kan si deg noe om hvor mye du har rett på å få igjen.

6.3. Bestillingsrutiner: tidkrevende for alle

Bestillingsrutiner beskrives som tidkrevende av avdelingene. Etter intervju med ansatte på pasienthotellet er inntrykket at det også her gjøres en del ekstraarbeid, spesielt i forbindelse med endringer som oppstår underveis. Selv om både avdelingene og hotellet har arbeidet med å få til gode rutiner som forbedrer dette, har vi inntrykk av at det trengs bedre bestillingsløsninger. Dagens system er basert på telefoner, fax og rekvisisjoner i papirformat, og endringer underveis gir merarbeid. Deltagerne i fokusgruppen etterlyser en digital løsning som gjør forenkler prosessen.



Figur 12. Bestillingsrutiner

En konsekvens av utydelighet i bestillingsforløpet er at pasienten ikke alltid vet selv om hotellet er bestilt eller ikke. Dette kan resultere i "no-shows"- pasienter som ikke møter opp selv om det er en rekvisisjon der, eller pasienter som møter opp og ikke har forhåndsbestilt rom. Det trengs her mer tydelighet på hvorvidt hotell er bestilt. En pasient kom med et forslag om å få en "velkommen til hotellet"-melding som en bekreftelse på at det var et rom reservert til deg.

Fra hotellets side kan også kommunikasjon med avdelingene være tidkrevende når de må lete etter personer med ansvar for spesifikke pasienter. Tilgang til intranett med kontaktinfo kunne hjulpet på dette. De ønsker også å få informasjon tidlig hvis det skjer store endringer i pasientforløp som fører til flere pasienter på hotellet.

6.4. Plassering av hotellet

Den fysiske nærheten til St. Olav er viktig for de som har blitt intervjuet. For noen er avstanden utfordrende, selv om hotellet er på sykehusområdet. Først og fremst av praktiske årsaker.

De fleste synes at det var utfordrende å finne fram til riktig sted i starten, og brukte gjerne tid på å forberede seg i forkant av det første oppmøtestedet. De satt pris på at man kunne forflytte seg innendørs hele veien, men opplevde at det var mer komplisert å finne veien inne i korridorene. Av de som ble intervjuet var det noen som hadde fått tilbud om portørtjenester. Dette var i etterkant av det første oppmøtet, som gjerne var på avdelingen. I fokusgruppen ble det foreslått å gi hotellet tilgang til å bestille portørtjenester, noe hotellet er positive til så lenge alt er avklart i forhold til rekvisisjon og rettigheter.

6.5. Belastning på avdelingspersonell

Avdelingspersonell kan oppleve at pasienter som bor på pasienthotellet blir gående "på toppen av" en allerede full avdeling. Bemanningen er beregnet etter sengeplasser, og

pasienter på pasienthotellet krever også oppfølging på dagtid. Disse pasientene trenger også en plass å være mens de venter på poliklinisk behandling i avdelingene. En avdeling hadde opplevd å få merknader fra HMS-avdelingen på at det var for mye folk i gangene.

Både pårørende og pasienter som betaler selv etterlyser rimeligere alternativ, for eksempel «Hybelhus», «Sovesal» og å finne ut hva som kan gjøres i forhold til brannforskrifter for å tillate overnatting av pårørende på pasientens rom. Dette er også forslag som fremmes av deltagerne i fokusgruppen.

6.6. Tilbud på hotellet

De fleste av de som ble intervjuet syntes at maten på hotellet var fantastisk. Noen synes den var litt for enkel til å være "hotellmat" og fryktet at det skulle bli kjedelig i lengden. Blant helsepersonellet i fokusgruppen var det en bekymring hvorvidt kosten på pasienthotellet var godt nok tilpasset pasientene. Dette kunne være aspekt som diettmat, næringsdrikk og ønskekost. Det skal ifølge hotellet være tilbud som er mulig å bestille gjennom rekvisisjonsskjema. Det var kun én av de som ble intervjuet som nevnte behovet for slik mat. Han hadde sett etter diabetesalternativ på dessertbordet uten å finne noe, men han så ikke på dette som et stort problem.

Både helsepersonell, pasienter og pårørende etterlyser mer fleksibilitet på innsjekk og utsjekk av hotellet. Utsjekk skal være innen kl. 12.00, og mye av offentlig transport, som Helseekspressen, reiser ikke før kl. 15.00. Gjestene må da tilbringe mye ventetid i resepsjon eller i avdelingene. En av pasientene, som var usikker på om hun skulle være en natt til eller ikke, påpekte at det er først i 15.00-16.00-tiden at man vet om man skal bli en dag til.

6.7. Pårørende – fullbooket hotell

Hotellet er fullbooket de første dagene i uken. Dette resulterer i at de som ikke er øverst på prioriteringslisten må stå på venteliste. Spesielt er dette utfordrende for pårørende. Det synes å være mangel på tilbud om overnatting til pårørende på St. Olav - noe som oppleves som svært utfordrende for de det gjelder. Hotellet er behjelpelig med å videresende folk til samarbeidende hotell, men disse er noe lenger unna.

7. Avdelingenes bruk av pasienthotellet

For å supplere funnene fra Sintefs analyser gjennomførte prosjektgruppen en Questback-undersøkelse i perioden 25.11.-02.12.2015. Formålet var å kartlegge hvordan avdelingene på sykehuset benytter seg av pasienthotellet i dag, hvordan de ønsker eller ser for seg å kunne benytte det i fremtiden, og hvorvidt pasienthotellet benyttes ved spesifikke pasientforløp. Undersøkelsen ble besvart av alle medisinske klinikker med unntak av Klinikk for thoraxkirurgi, Kreftklinikken, Nevroklinikken og Divisjon psykisk helsevern, i alt 31 svar fra hovedsakelig inntakskontor og sengeposter.

7 av 10 oppgir at de rekvirerer opphold i pasienthotellet, og over halvparten av disse gjør dette ukentlig eller oftere. Over 90 % av rekvirentene mener at pasienthotellet gir god service og er lette å samarbeide med.

Pasienthotellet benyttes blant informantene til følgende grupper av pasienter/pårørende:

Gruppe	Prosent av informantene som oppgir å bestille rom til disse:
Pasienter som er registrert som inneliggende på sykehuset	65,5 %
Pårørende som er med som reisefølge	65,5 %
Pasient som overnatter dagen før innleggelse	58,6 %
Plassmangel i sengeområdet (registrert som innlagt)	41,4 %
Medisinsk nødvendig ledsager	37,9 %
Pasient som av medisinske grunner blir bedt om å oppholde seg i nærheten av sykehuset etter behandling	31 %
Pårørende for barn under 18 år eller andre sykehuset betaler for	13,8 %
Seriebehandlinger	6,9 %
Annet (polikliniske pasienter med lang reisevei, og opphold mellom forundersøkelser og behandling)	17,2 %

53,3 % av informantene oppgir at pasienthotell er en fast del av forløpet i noen pasientbehandlinger de gir. 56,3 % av disse er standardiserte pasientforløp.

Informantene nevner følgende forløp og situasjoner som aktuelle for bruk av pasienthotellet:

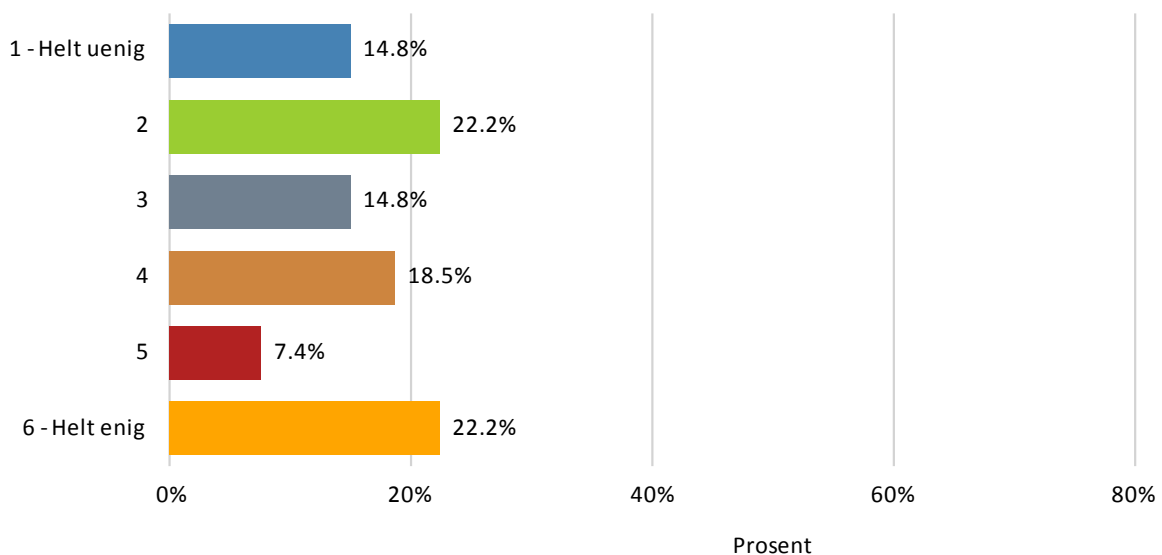
- Ulike kreftforløp, inkludert brystkreft, prostatakreft, tykktarmskreft og endetarmskreft
- Primær hyperparatyreoidisme
- Artrieflimmer
- Barselforløp
- Pasienter til utredning
- Pasienter som skal til operasjon/annen behandling
- Pasienter som kommer til utredning/behandling på lettpost og har lang reisevei, ligger på hotellet natten før ankomst
- Ved fullt belegg sengepost
- Pasienter som kommer til behandling tidlig mandag morgen eller som skal fortsette behandling over helgen og har lang reisevei
- Undersøkelse over flere dager ved pasienter som har lang reisevei
- Elektive pasienter som utfører mindre kirurgiske inngrep som ikke er dagkirurgi, men møter fastende om morgenen
- Korsett tilpasning

Som de viktigste grunnene til å benytte pasienthotellet oppgis *lang reisevei mellom hjem og sykehus* (63,3 %), *nærhet til sykehuset* (56,7 %), *at det er fullt i avdelingen* (53,3 %) og *innendørs forbindelse med sykehuset* (36,7 %). Bare 10 % angir *sykepleier på vakt i resepsjonen* som en av de viktigste grunnene til å benytte pasienthotellet.

60 % av informantene opplever helt eller delvis at det alltid er ledige rom i pasienthotellet. 10,7 % oppgir å være helt uenig i denne påstanden.

89 % av informantene er helt eller delvis enig i at pasienthotellet har stor betydning for pasienter med lang reisevei. Ingen oppgir å være helt uenig i dette.

For påstanden «Hvis det blir mer medisinsk personell i pasienthotellet, med kapasitet til å gjøre enklere sårbehandling, intravenøse infusjoner og liknende, ville vi brukt pasienthotellet mer» er det delte meninger, som fordeler seg slik:



Figur 13. «Hvis det blir mer medisinsk personell i pasienthotellet, med kapasitet til å gjøre enklere sårbehandling, intravenøse infusjoner og liknende, ville vi brukt pasienthotellet mer»

På spørsmål om hva som skal til for at avdelingene i større grad skal kunne ha inneliggende pasienter på pasienthotellet, oppgis følgende faktorer:

- Bedre kjennskap og tilgang til bestilling av rom
- Flere handicap-rom
- (Flere) tilgjengelige sykepleiere på hotellet som kan bistå til enkle sykepleieroppgaver, utføre diverse prosedyrer og hjelpe pasientene
- Flere plasser ved fullt sykehus
- Ofte ledige rom ved pasienthotellet
- En endring i kriteriene for hvilke pasienter som kan være på pasienthotellet i stedet for å være inneliggende. Dette må avgjøres av behandlende lege.

I tillegg svarer en del at økt bruk av pasienthotellet ikke er aktuelt for dem av medisinske grunner, i hovedsak fordi pasientene er så syke/pleietrengende at de må ligge på sengepost. En informant svarer at hans eller hennes avdeling driver hotellignende drift, med følgende utdypning: «Vi har regionspasienter med lang reisevei som får dagbehandling over 2-3 dager hvor det ikke er nødvendig med innleggelse på sykehuset, må bare ha et sted å sove i nærheten av sykehuset slik at de kan møte tidlig neste morgen».

Hotell St. Olav kan benyttes av pasienter som ikke har behov for kontinuerlig observasjon og som selv kan innta måltider, gå til og fra undersøkelser, administrere sine medisiner og er selvhjulpne med hensyn til personlig stell og påkledning. Informantene oppgir at de har pasienter i sengeposten som fyller disse kriteriene: *daglig*: 23,3 %, *ukentlig*: 36,7 %, *månedlig*: 10 %, *sjeldnere*: 16,7 %, og *aldri*: 13,3 %.

Hele 60 % av informantene oppgir altså at de ukentlig eller oftere har pasienter som potensielt kan ligge på pasienthotellet. Dette må dog leses med noe forsiktighet, da det kan tenkes at ansatte som bruker pasienthotellet hyppig er overrepresentert blant dem som har valgt å svare på undersøkelsen. En vanlig utfordring ved slike undersøkelser er at informanter som mener at temaet ikke er aktuelt eller interessant for dem, unnlater å svare. Det gjøres også oppmerksom på at ikke alle sykehusets avdelinger er representert blant informantene som har deltatt på undersøkelsen.

8. Potensiale for bruk av pasienthotell

I sykehusets prosedyre angis følgende definisjon av hvilke pasienter som kan ligge på pasienthotell:

Hotell St. Olav kan benyttes av pasienter som ikke har behov for kontinuerlig observasjon og som selv kan innta måltider, gå til og fra undersøkelser, administrere sine medisiner og er selvhjulpne med hensyn til personlig stell og påkledning.³⁰

Potensielle brukere av hotellet er:

1. *Pasienter som behandles ved kreftavdelingen*
2. *Inneliggende pasienter*
3. *Pårørende til barn under 18 år (Pasientrettighetsloven), eller andre som sykehuset betaler for*
4. *Dagpasienter ved sykehuset*
5. *Polikliniske pasienter*
6. *Andre pårørende som betaler selv*
7. *Andre gjester internt eller eksternt*

Rangeringen viser også booking-prioriteringen som er avtalt med pasienthotellet.

³⁰ St. Olavs hospital 2015, Pasienthotellet Hotell St. Olav - rekvirering og bruk
<http://www.stolav.no/122375/?quicksearchquery=pasienthotell>

Det umiddelbart mest interessante spørsmålet sett fra driften av sykehuset er om det finnes innlagte pasienter som heller kunne ha vært innlagt på pasienthotellet. Metoden for å besvare dette er at man gjennomfører en kartlegging i alle sykehusavdelingene. En ting er imidlertid å påvise et tallmessig potensial, noe annet om avdelingene er villig til å endre praksis slik at de faktisk benytter pasienthotellet til aktuelle innlagte pasienter. For sykehusets driftsøkonomi må en økt bruk av pasienthotellet ledsages av at avdelingene enten reduserer sengetallet tilsvarende eller at sengene brukes til en økt aktivitet.

Både ved etableringen av pasienthotellet på Haukeland og forut for byggingen i Tromsø ble det derfor lagt stor vekt på dialog med avdelingene, og begge steder var etableringen ledsaget av betydelige sengereduksjoner. Det samme var antagelig tilfellet ved St. Olav, i hvert fall for avdelingene som flyttet i fase 1 fordi det i det nye sykehuset var færre senger. I Kvinneklinikken ble 1/3 av barselplassene lagt i hotellet. Effekter for de andre avdelingene er mer usikkert og er så vidt vites aldri blitt evaluert.

Metoder for å kartlegge potensiale for bruk av pasienthotell innebærer en gjennomgang av alle innlagte pasienter på en gitt dag ut fra kriterier og eventuelle forutsetninger for opphold på pasienthotellet. Med utgangspunkt i kartleggingen avholdes møter med ledelsen i alle avdelinger for å vurdere funnene og avklare hvor typiske de er for avdelingens belegg og andre driftsforutsetninger.

I møte med Norlandias ledelse fikk vi opplyst at de hadde utarbeidet en metodikk («Pasientinventering») som var gjennomført blant annet ved Søndersjukhuset i Stockholm i 2012. Tilsvarende var gjennomført forut for etablering av pasienthotell i Tampere, Finland. Begge steder fant man at potensielt kunne i overkant av 20 % av innlagte pasienter vært i pasienthotell. Dette er tilsvarende Førelands funn i Kristiansand, men det skal bemerkes at ved Søndersjukhuset var en andel av pasientene barselkvinner.

Ut fra funnene i prosjektet synes det som belegget av innlagte pasienter i hotellet tilsvarer om lag 10 % av sykehusets sengetall, mindre hvis man trekker fra barsels andel av bruken. Dette kunne indikere at det også på St. Olav kan være et potensial for økt bruk av hotell. I Questback-undersøkelsen er det også mange informanter som angir at de jevnlig har pasienter innlagt som kunne vært på hotellet. En kartlegging som beskrevet har ikke vært mulig å gjennomføre i prosjektet, men vi vil anbefale at en slik undersøkelse gjennomføres – både for å få et inntrykk av potensial og for å øke bevisstheten om bruk av hotellet ute i avdelingene.

Det skjer hele tiden en utvikling i teknologi og medisinske metoder som innebærer at pasienter kan behandles effektivt som dagpasienter og på poliklinikk uten innleggelse, eventuelt kombinert med opphold på hotell. Det er godt tenkelig at det kan finnes pasientkategorier hvor disse effektene ikke er tatt ut. Det er også noe som anbefales analysert nærmere.

Undersøkelsene vi har gjort i prosjektet indikerer at ca 30 % av kapasiteten benyttes av pårørende som betaler selv. Dette er en lavt prioritert gruppe som ofte må settes på venteliste fordi hotellet ikke kan bekrefte bestillingen før man har oversikt over behovet for hørere prioriterte grupper. Materialet indikerer at dette oppfattes som en dårlig service og at pårørende derfor kanskje heller velger et annet hotell. I møtet med Norlandia fikk vi opplyst at deres erfaring er at potensialet for denne kategorien gjester ofte er undervurdert ved dimensjonering av pasienthotell.

Trondheim har samlet sett en relativt høy hotellkapasitet. Knyttet til samling og utbygging av universitetscampus på Gløshaugen/Øya kan det likevel være grunn til å anta at gjester og besøkende til universitet og sykehus kunne etterspørre et hotelltilbud tett på.

I Nasjonal helse og sykehusplan³¹ er det gitt følgende framskriving for somatisk behandling for landet samlet:

Tabell 12. Framskrivning til 2030 av poliklinikk, dag-, døgnoophold og liggedager i somatisk behandling. Basert på SSBs middelalternativ for befolkningsutvikling. Kilde: Regionale helseforetak

Behandlingsnivå	Antall i 2013	Endring til 2030 totalt	Endring fordelt på aldersgrupper - 2030		
			0-18 år	19-64 år	65 år og eldre
Polikliniske konsultasjoner	5 203 650	28 %	11 %	15 %	57 %
Dagopphold	424 786	34 %	13 %	16 %	62 %
Døgnoophold	834 294	33 %	11 %	15 %	59 %
Liggedager	3 439 678	38 %	11 %	15 %	59 %

Økningen er betydelig og i tillegg kommer at befolkningsveksten vil komme i de store byene og at tendensen mot sentralisering av (høy)spesialiserte funksjoner vil fortsette. Begge tendenser innebærer at St. Olav vil møte en relativt sett større utfordring på kapasitet framover.

Pasienthotellet er i dag i praksis fullt belagt i ukedager. Det er noe ledig kapasitet i helger som trekker gjennomsnittlig beleggsprosent ned til 82 %. Det kan tenkes tiltak for i høyere grad å prioritere innlagte pasienter på bekostning av andre grupper, men det er rimeligere å konkludere at hotellet i dag er fullt utnyttet og at St. Olavs hospital må se videre på muligheter for å øke kapasiteten.

³¹ Regjeringen (2015). Nasjonal helse- og sykehusplan.
https://www.regjeringen.no/contentassets/7b6ad7e0ef1a403d97958bcb34478609/no/pdfs/stm20152016001_1000dddpdfs.pdf

Litteratur

- Føreland, N. (2009). Internt pasienthotell, et alternativ til sengepost ved innleggelse i sengepost? Nordiska Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap. Masteroppgave.
- Hall, E. O. C. and E. Abraham (2003). "At være i livgivende atmosfære." *Sygeplejersken* 39: 10.
- Helland, B. K. (2009). Prosjekt bedre utnyttelse av pasienthotellet og de samlede sengeressursene. Stavanger Universitetssjukehus.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2001). Informasjonsskriv om pasienthotell/sykehotell. Rundskriv I-24/2001.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). St.meld. nr. 12 (2008–2009). En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.
- Helsedirektoratet (2014). Nytt liv og trygg barseltid for familien. Nasjonal faglig retningslinjer for barselomsorgen.
- Holte HH, Harboe I, Vist GE (2011). Effekt av pasienthotell for sykehus og pasienter. Rapport fra Kunnskapscenteret nr 11-2011. Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten.
- Hospitalitet as (2008). Overordnet teknisk program, Nye Molde Sjukehus. Helse NordMøre og Romsdal HF.
- Kjærgaard, G. (2003). «Patienthotellet: Her snakker vi meget lidt om sygdom», *Sygeplejersken* 39, pp.8-11.
- Kåresen, R., et al. (2003). "Medisinsk logistikk ved mistanke om brystkreft." *Tidsskrift for Den norske legeforening* 123: 4.
- Kåresen, R., et al. (2002). "Logistics of referral, diagnostic assessment and treatment of patients with breast symptoms and signs." *Scand J Surg* 91(3): 232-238.
- Leick, C. (1997). «Patienthotel øger arbeidspresset», *Sygeplejersken* 36, pp.10-11.
- Lindgren, C. (2000). "Eftervård av nyfödda barn på patienthotell." *Tidsskrift for Den norske legeforening* 120: 3.
- Myrbostad, A. and H. Tradin (2013). Pasienthotellet UNN Tromsø – oppdatering av kapasitetsbehov.
- Olsson, C. G., et al. (2006). "Outpatient tinzaparin therapy in pulmonary embolism quantified with ventilation/perfusion scintigraphy." *Med Sci Monit* 12(2): Pi9-13.

Rohde, T. (2008). Kartlegging av pasient- og sykehotell i Norge 2005. SINTEF Teknologi og samfunn A8840.

Skogseth, I. (2008). Pasienthotell i helseføretaka. Helse Vest RHF - Styresak 09808.

Tradin, H., et al. (2010). Hovedfunksjonsprogram (HFO) for nytt pasienthotell, UNN Tromsø. SINTEF Teknologi og samfunn.

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (2012). Prosjekt UNN Pasienthotell. Forprosjektrapport.

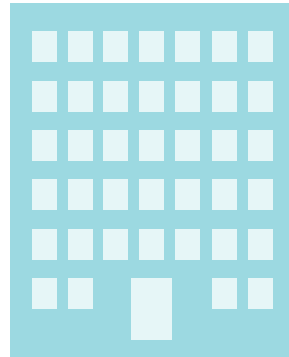
Wiik, Guri Bitnes (2009). Vil ikke klage – vil ikke plage. Når den enslige eldre i distrikts-Norge er rammet av uhelbredelig kreft – En kvalitativ studie. Høgskolen i Nord-Trøndelag, avdeling helsefag. Masteroppgave.

Vedlegg: Venteliste og flytting av gjester

UKE	48							
DATO	23.11.	24.11.	25.11.	26.11.	27.11.	28.11.	29.11.	TOTAL UKE
Venteliste pr.kl.0800	21	20	22	0	0	0	0	63
Venteliste pr.kl.1200	21	22	19	0	0	0	0	62
Venteliste pr.kl.1500	14	13	15	0	0	0	0	42
Venteliste pr.kl.1800	10	10	13	0	0	0	0	33
Innringere som ikke booker pga venteliste		1	1	0	0	0	0	2
Gjester flyttet til Scandic/Comfort	11	8	5	0	1	0	0	25

NB.: Avtale med Scandic Lerkendal trådte i kraft oktober 2015

FLYTTETE GJESTER TIL SAMARBEIDENDE HOTELL						
2015	COMFORT PARK			SCANDIC LERKEDAL		
	PÅRØRENDE/POL.	PASIENT	SAMLET	PÅRØR/POL.	PASIENT	SAMLET
JANUAR	116	30	146			
FEBRUAR	135		135			
MARS	69	3	72			
APRIL	43	3	46			
MAI	45	1	46			
JUNI	68	4	72			
JULI	0	0	0			
AUGUST	15	4	19			
SEPTEMBER	18	3	21			
OKTOBER	50	6	56	18	0	18
NOVEMBER	86	0	86	20	0	20
DESEMBER	0	0	0	0	0	0
TOTALT	645	54	699	38	0	38



OPPSUMMERING
FRA WORKSHOP MED FOKUSGRUPPE

**DAGENS BRUK OG
FRAMTIDIG BEHOV FOR
PASIENTHOTELL**

30. OKTOBER 2015

OM DETTE DOKUMENTET

Denne oppsummeringen fra workshop med fokusgruppe for pasienthotellet er utarbeidet av Ann Kristin Forshaug og Synneva G. Storaas ved avdeling for Medisinsk teknologi, SINTEF Teknologi og Samfunn.

Oppdragsgiver ved St. Olav var prosjektgruppe "Mottaksfunksjoner og oppgavefordeling i St. Olavs Hospital" med prosjektleder Vignleik Jessen, og prosjektmedarbeidere Siv-Helen Lund og Hilde Aareskjold.

Trondheim, 03. November 2015

INNHOLDSLISTE

Del 1 - Bakgrunn for oppdraget

Her gis en innføring i tema, valg av metodikk, og bakgrunn for organisering av workshop

Del 2 - Beskrivelse av workshoputførelse

Her beskrives overordnet hvordan workshopen ble gjennomført

Del 3 - Fem temaer

Her gis en innføring av fem ulike temaer som synes å være felles på tvers av avdelinger og behov

Del 4 - Råmateriale og detaljer

Her finnes du en digitalisert utgave av informasjonen som ble notert av deltagere og samlet inn under workshopen

BAKGRUNN FOR WORKSHOP

BAKGRUNN FOR WORKSHOP

Bakgrunnen for denne workshopen var et mandat gitt av direktøren av St. Olav om å “vurdere dagens bruk og fremtidige behov av pasienthotellet”. Dette er en del av et større prosjekt: “Mottaksfunksjoner og oppgavefordeling i St. Olavs Hospital”. Prosjektgruppen ledes av Vignje Jessen.

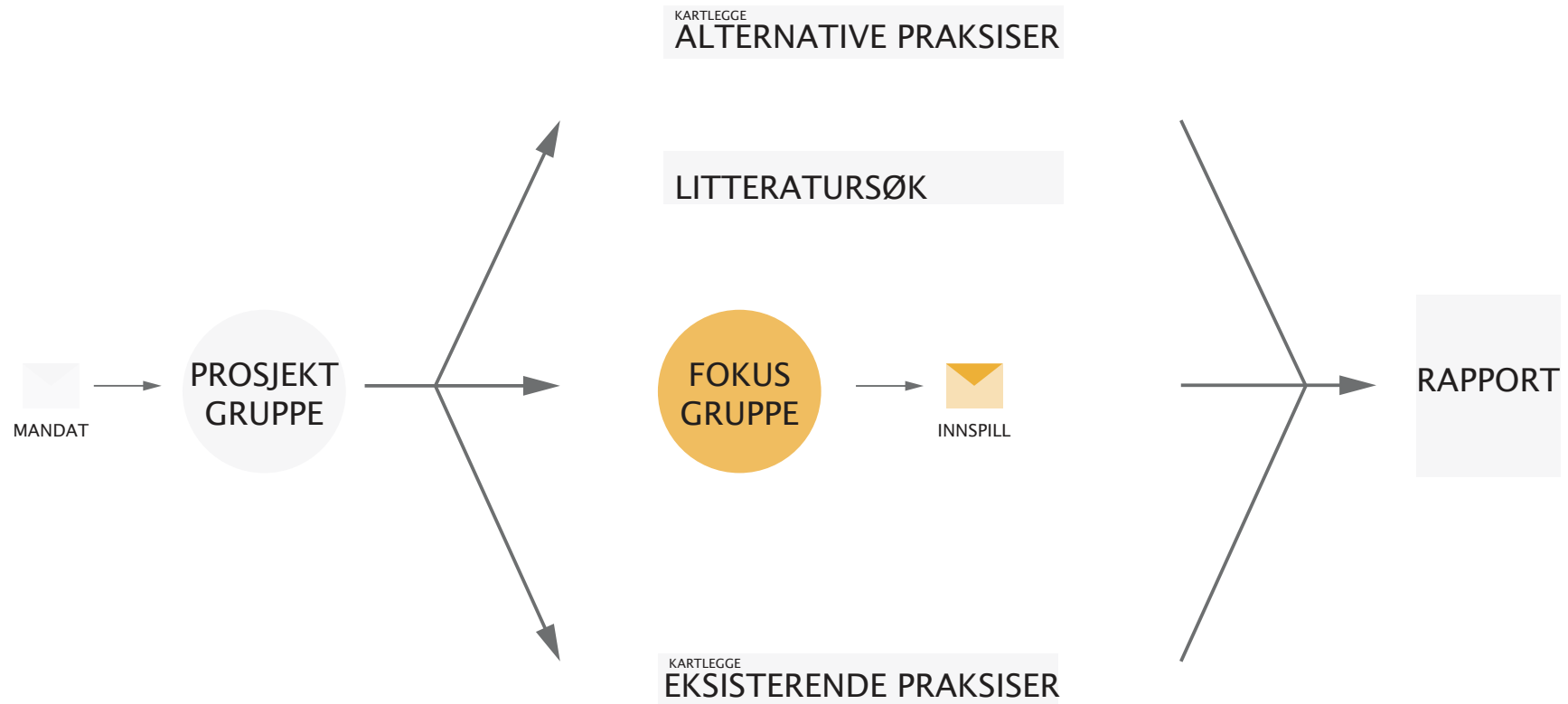
METODER

Workshop med fokusgruppe ble valgt som et av flere virkemiddel for å kunne besvare mandatet. Prosjektgruppen gjør parallelt flere andre aktiviteter som litteratursøk, innsamling av statistikk og intervju for å forstå eksisterende praksis på St. Olav, samt alternative praksiser i inn-og utland. I etterkant av workshopen vil det også utføres en undersøkelse på hele St. Olav for å få en forståelse av om flere avdelinger har den samme opplevelsen av pasienthotellet som de representerte avdelingene. Samt å samle inn supplerende informasjon man tenker er relevant for å svare på mandatet.

HENSIKT MED WORKSHOP

Hensikten med workshopen er å få en forståelse av hvordan avdelingene benytter seg av pasienthotellet i dag, og også kunne kartlegge nye muligheter og forbedringspotensiale. Deltagerne på workshopen var representanter fra de fem avdelingene ved St. Olav som benytter pasienthotellet i størst grad.

ILLUSTRASJON OVER DE ULIKE AKTIVITETENE I HELE PROSJEKTET



Illustrasjonen viser de ulike aktivitetene i prosjektet, hvorav denne rapporten omfatter fokusgruppe og innspill fra fokusgruppe. Tilsvarende aktivitetene markert i gul.

WORKSHOPUTFØRELSE



DEL 1 PASIENTENE

Se på hvem som er brukere og ikke-brukere av pasienthotellet idag.

Få en forståelse av hvilke kriterier man legger til grunn når man velger hvorvidt en pasient skal være på sengepost vs pasienthotell.

Se om det ligger noe til hinder for at flere skal kunne benytte seg av pasienthotellet.

DEL 2 - ORGANISERING

Se på hvordan pasienthotellet blir brukt i dag.

Forstå “brukerreisen” - hvilke steg må man gjennom for å legge inn en pasient på hotellet, og hva er typiske steg for pasienten.

Få et innblikk i hva som fungerer og ikke fungerer i en slik prosess.

Samle inn mulige løsninger deltagerne har tenkt på, eller løsninger som har fungert i noen avdelinger.

DEL 3 - OPPSUMMERING

Oppsummering av det viktigste fra dagens arbeid.

En felles prioritering av noen konkrete element representantene mener må være på plass i framtidens pasienthotell

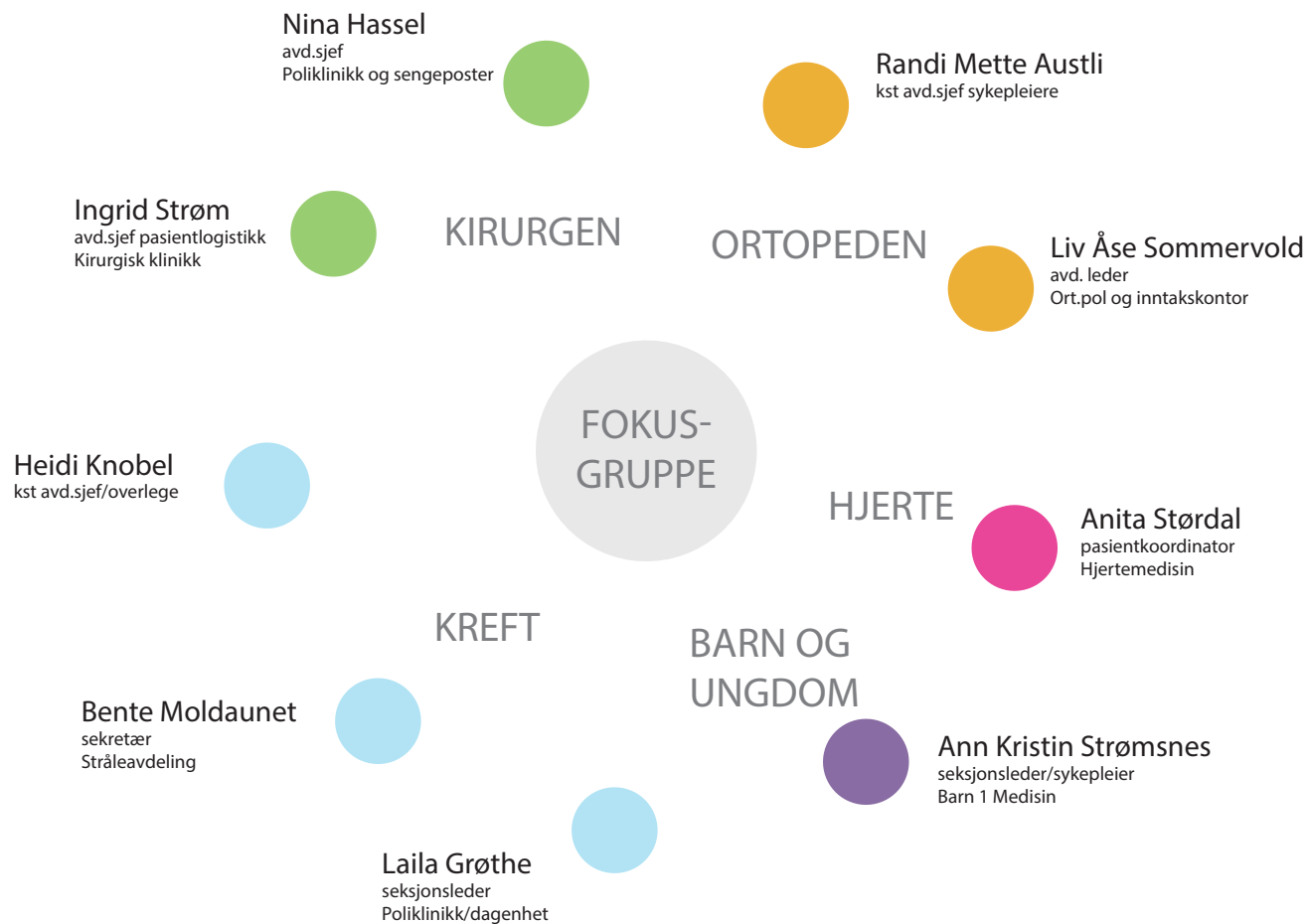
DELTAGERE

OBSERVATØRER

-  **Vigleik Jessen**
prosjektleder
-  **Siv-Helen Nilsen**
prosjektmedarbeider
-  **Hilde Aareskjold**
prosjektmedarbeider
-  **Sara Marie Nilsen**
forsker, dir. stab

FASILITATORER

-  **Ann Kristin Forshaug**
MSc Industriell design
SINTEF Teknologi og samfunn
-  **Synneva G. Storaas**
MSc Industriell design
SINTEF Teknologi og samfunn
-  **Merete Rørvik**
MSc Industriell design
SINTEF Teknologi og samfunn



Del 3 - Fem tema

Her gis en innføring av fem ulike temaer som synes å være felles på tvers av avdelinger og behov

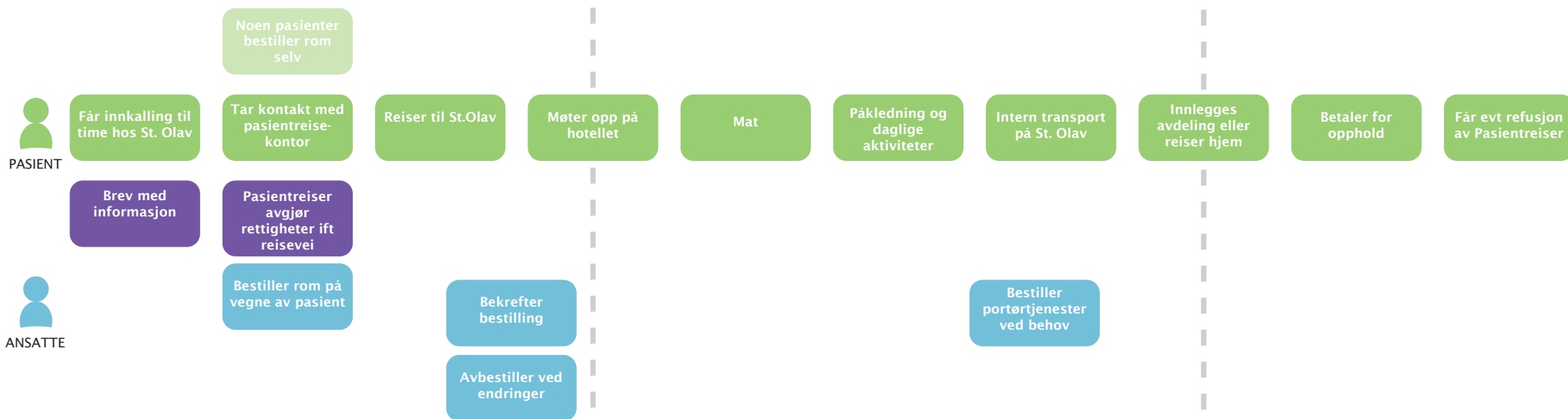
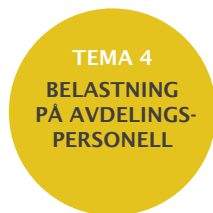
KOBLING MELLOM FORLØP OG TEMA

Illustrasjonen til høyre viser et eksempel på en brukerreise. Med dette tenker vi på de ulike stegene som pasienten tar fra han får innkallingsbrev til han er vel hjemme igjen. Basert på informasjonen fra deltagerne i workshopen har vi identifisert fem tema som synes å være felles for flere avdelinger hos St. Olav. Detaljert informasjon og all innsamlet materiale kan finnes i del 4.

FØR

UNDER

ETTER



TEMA 1 - REGELVERK

HYPOTESE: Opplevs urettferdig og følges ulikt

REGELVERKET OPPLEVES URETTFERDIG

Flere deltagere i fokusgruppen opplever regelverket om finansiering som urettferdig. Dette gjelder både hvorvidt pasienter har rett på støtte, eller hvor mye de får i støtte. Dette gjelder spesielt pasienter som ikke får dekt hotellkostnader til tross for at de

1. Må reise langt (f.eks fra Molde til Trondheim)
2. Gjennomgår behandling over lengre perioder (f.eks polikliniske undersøkelser over flere dager, og ofte opptil 8 uker med seriebehandling for strålebehandling).

Deltagerne gir uttrykk for at de bruker tid og ressurser på å omgå regelverket slik at pasienter med klare behov for pasienthotell får finansiert dette.

«Det er regelverket som er utfordringen, ikke pasienthotellet»

«Det regelverket passer vel egentlig ikke for pasientgruppen vår, i alle fall ikke når det gjelder strålebehandling».

En gjennomgang av regelverket og tilpasning til pasientgruppene og praksis.

Mer rom for skjønn, men samtidig tydelige retningslinjer

ULIK PRAKSIS

Ulike avdelinger på St. Olav, Pasientreiser og fastleger tolker og bruker regelverket ulikt. Deltagerne på workshopen forklarer at pasienter kan oppleve å få avslag på støtte til pasienthotell hos en avdeling, for så å få innvilget støtte hos en annen avdeling.

Noen pasienter får erklæring av fastleger på at pårørende skal få dekt pasienthotell av medisinske årsaker. Det hender da at helsepersonell på St. Olav overprøver erklæringen da de mener at fastlegen ikke har mulighet til å gi en slik erklæring og at den pårørende ikke har rett til dekt pasienthotell.



Tydliggjøring på hva som er St. Olav sine oppgaver i forhold til hotellbooking



«Det er ikke rart vi lager vår egen praksis»
«Det er vanskelig å si nei til en alvorlig syk pasient»
«Vi er nok strengere enn andre avdelinger»

MEDISINSK UFORSVALIG?

Noen avdelinger opplever regelverket som medisinsk uforsvarlig. Det finnes en del pasientgrupper som får daglige behandlinger over et lengre tidsrom. Reglene tar ikke hensyn til hvor stor belastning det er for personer å reise fram og tilbake med lang reisevei i langvarige perioder.



«De [pasientene] blir utmattet og dårlige av reisen. Selv en frisk person hadde blitt sliten av å reise i fem timer hver dag i 39 dager»



«Reisen skal ikke gjøre at behandlingen blir uforsvarlig».

FINANSIERING

Pasienthotellet oppleves av deltagerne som dyrt for både sykehus og pasient. Når en pasient selv finansierer pasienthotellet, skal pasienten selv legge ut for hotellet for så å få tilbakebetaling fra pasientreisekontoret. En god del pasienter har ikke økonomi til å legge ut for hotellet. Dersom en pasient bor der i flere uker vil det kreve at pasienten kan legge ut flere titalls tusen kroner. Andre pasienter har ikke råd til å betale egenandelen.

Noen ganger kan diskusjoner om hvem som skal ta regningen utløse konflikter mellom helsepersonell og pasient. En deltager under fokusmøtet fortalte at hun brukte 2-3 timer per pasient enkelte dager for å diskutere hvem som skulle betale hotellrommet. Det ble til tider høylytte diskusjoner mellom sekretær og pasient, og tilslutt ble HMS-sak opprettet.

«Jeg har hatt pasienter som har stått i skranken og grått, og fortalt at de heller vil avslutte behandlingen enn å reise fram og tilbake»

I flere tilfeller betaler avdelingene selv for rom på pasienthotellet, for så å få tilbake noe av kostnadene pasientreisekontoret. En avdeling på sykehuset hadde brukt mellom NOK 500 000 og 600 000 på pasienthotellet bare i januar og februar 2015. Pasientreisekontoret kommer til å betale tilbake tilsvarende kostnadene pasientene ville hatt grunnet transport, men de ansatte opplevde at de manglet oversikt over hvor mye dette kom til å bli.

SAMHANDLING MELLOM AKTØRENE

Under fokusmøtet kom det fram at ulike avdelinger har hatt ulik oppfattelse av regelverket og pasientreisekontoret sin rolle.

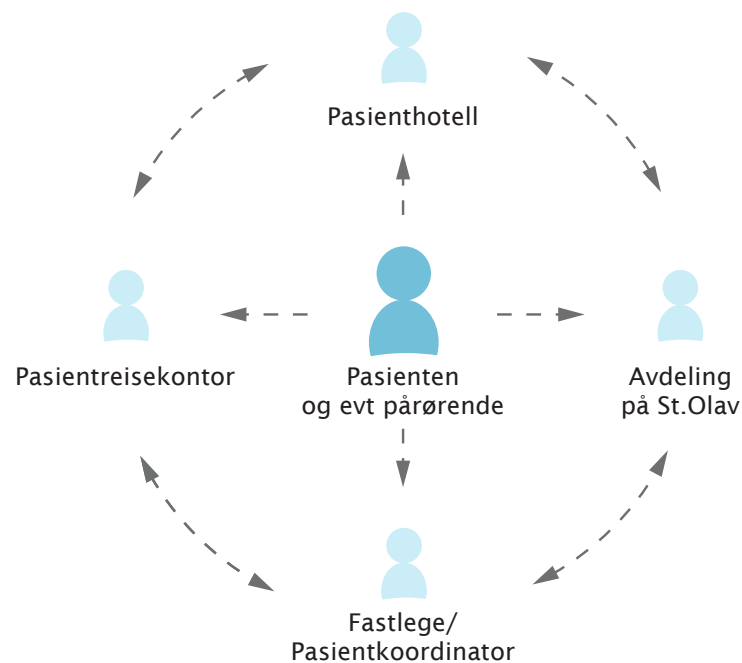
Ortopedisk avdeling hadde hatt et møte med Pasientreisekontoret hvor de gikk gjennom og avklarte regelverk og roller, dette opplevdes veldig positivt.



Lokalt pasientreisekontor på St. Olavs
- kompetanse på pasientforløp
- mer rom for skjønn
- kan ha ansvar for informasjon til pasient om pasienthotellet



Avklaringsmøte med de andre aktørene, og tydeligere informasjon ut til pasientkoordinatorer og fastleger.



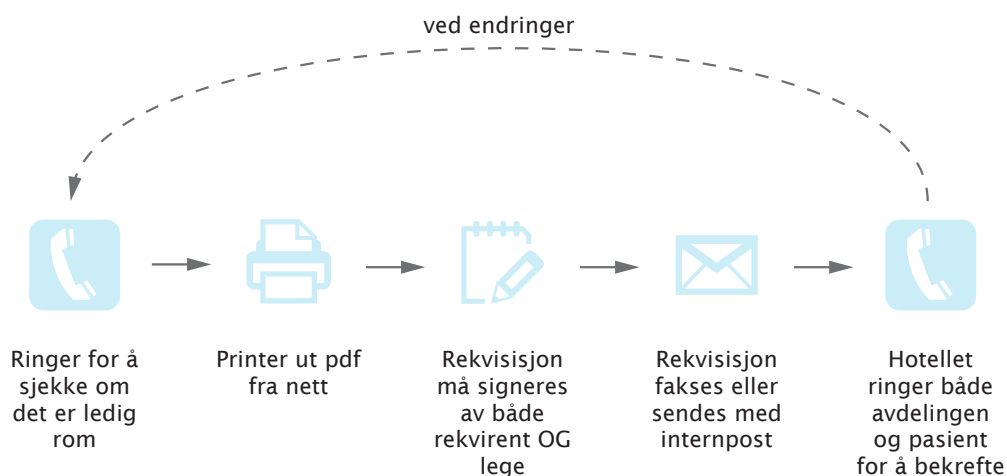
«Plutselig kommer fastlegen med en erklæring om at pasient og pårørende skal få dekt pasienthotell, men det er klart det ikke holder»



«Pasientreiser forholder seg til regelverket, selv om de vet at det er helt urimelig. Det er det som er utfordringen».

TEMA 2 - BESTILLINGSRUTINER OG KAPASITET

HYPOTESE: Det blir gjort unødig ekstraarbeid rundt koordinering og bestilling av hotellerom



PRINT - FAKS - RING

Personalet bruker i hovedsak faks når de bestiller rom på pasienthotellet. Noen ganger ringer personalet for å bestille i tillegg til faksen for å være sikker på at det er i orden. Ansatte på pasienthotellet kontakter de ulike avdelingene daglig for å få bekreftet bestillingene.

En utfordring med dette systemet er mangelen på bekreftelse og feedback om alt er i orden med rekvisisjonen. Ansatte

har opplevd episoder der hotellet ikke har mottatt bestillingen når de har sendt faks. Pasientene blir da møtt med at det ikke er reservert rom, og når hotellet ringer til avdelingen for å sjekke har postsekretær som oftest har oversikt over bestillinger gått for dagen. Ansatte på vakt må da bruke noe tid for å gå inn i avdelingens system og se om vedkommende skal ha hotellrom. Men i det systemet står det ofte ingenting om hvorfor de skal ha hotell.

💡 Ansatte ønsker en digital løsning som gjør denne prosessen bedre

💡 Hjerteavdelingen har god erfaring med å ha én kontaktperson opp mot pasienthotellet

PASIENTER SOM IKKE MØTER OPP

Det hender pasienter endrer planene sine uten å si ifra til pasienthotellet, noe som fører til at rom blir stående tomme og avdelingene får regning for rom som ikke er benyttet. At pasienter ikke møter opp til behandling beskrives som et generelt problem, og dette skaper følgeproblemer ift booking av hotellrom.

Deltagere på fokusmøtet var usikre på om pasientene selv visste at rommet var bestilt, og om de visste hvordan de kunne avbestille det.



Trenger pasientene bedre informasjon om at hotellrommet er bestilt, og at de selv må avbestille?



Bedre å bare få en telefon fra hotellet dersom pasienten ikke møter opp?

FULLBOOKET HOTELL

Noen av deltagerne hadde opplevd at både pasienthotellet og andre hotell fylles opp av ikke-pasienter ved større arrangement i Trondheim. Dette opplevdes som problematisk, og avdelingene blir nødt til å legge pasientene på avdelingen. Hvis avdelingen er full, må de legge pasientene på gangen i avdelingen.

Det finnes en ordning med at det er reserverte plasser per avdeling, men disse bortfaller kl.12. Behov for hotellrom oppstår også ofte etter kl.12.

Pasienthotellet er behjelpelig med å finne rom på andre hoteller hvis de selv er fullbooket. Dette kan i mange tilfeller fungere utmerket, men også by på utfordringer i noen tilfeller.

- Ved store arrangement i byen er de fleste hotellene allerede fullbooket.
- Disse mangler en umiddelbar nærhet til sykehuset
- Mangler sykepleier i resepsjonen, noe som gjør det uaktuelt for f.eks postoperative pasienter

ØNSKER MER FLEKSIBILITET

Flere avdelinger beskriver et behov for mer fleksibilitet rundt innsjekk og utsjekk på hotellet.

Utsjekk skal være innen kl.12. For mange pasienter reiser ikke bussen f.eks før kl. 15, og de har da ingen plass å være i mellomtiden.

Systemet skulle også vært mer fleksibelt i forhold til endringer som oppstår underveis i behandlingsløpet. Idag må ofte hele rekvisisjonsprosessen gåes igjennom på nytt dersom man skal gjøre endringer.



«Hvis sykehuset reserverer plass, kan vi ikke gi den til en selvbetalende pasient».



«Pasienthotellet fungerer godt for oss, fordi vi er gode til å planlegge i god tid i forveien».

TEMA 3 - PLASSERING AV HOTELLET

HYPOTESE: Fysisk nærhet til St. Olav er viktig for mange, og avstanden er allerede utfordrende for flere pasienter - selv om hotellet er på området.

DIFFERENSIERT BEHOV FOR NÆRHET TIL SYKEHUSET

De forskjellige avdelingene opplever noe ulikt behovet for nærhet til avdelingen. Dette avhenger i stor grad av pasientgruppene.

Noen kunne sikkert med fordel tenkt seg å være lenger fra sykehuset, og har ikke noe imot å gå eller bli transportert over lengre avstander. Dette ville kunne medført at de ville følt seg "mindre syke".

Men for mange er nærheten til avdelingene

viktig. Dette er både i forhold til å kunne benytte seg av portørtjenester, tilgjengelighet til medisinsk personell og den fysiske avstanden i forhold til transport. For noen pasientgrupper er nærheten det som gjør at man kan unngå innleggelse (f.eks ved rullestol).

Nærheten gjør det også lettere å kunne si til pasienter at «gå til hotellet og hvil deg, og så ringer vi om når du får legevisitt».

PORTØRTJENESTER GJENNOM AVD.

Flere av pasientene som bor på hotellet trenger hjelp av portørtjenestene, og dette brukes i stor grad av avdelingene. Flere av avdelingene nevner at de synes portørtjenestene fungerer veldig godt, og at det er lett å få tak i portører.

En utfordring er at all booking av portørtjenesten må gå gjennom avdelingene. Dette medfører noen ekstra telefoner og organisering.



Kan resepsjonen til hotellet få adgang til å bestille portørtjenester ved behov?

VANSKELIG Å FINNEVEI

Avdelingene opplever at mange pasienter har problemer med å finne fram på StOlavs. Det oppleves stressende å ikke vite om man finner fram i tide til avtalene sine på avdelingen. Mye av skiltingen er i taket, men der ser ikke pasientene.



Følgestreker til de ulike avdelingene fra pasienthotellet.



«Husk å se oppi taket - der er det skiltet hvor man skal gå».

UTFORDRENDE AVSTANDER FOR NOEN

Mange pasienter er “redde for” å ikke rekke avtalene sine på avdelingene hvis de går fram og tilbake til hotellet, og blir derfor heller sittende og vente i avdelingene.

En deltager forteller at mange pasienter synes avstanden mellom hotell og avdeling ser stor ut på kartet, og at hun ofte må berolige de med at “det ser lengre ut på kartet enn det er i virkeligheten”.



Er gjenninnføring av “den lille bussen - PLUSSEN” noe? Transport for pasienter innad på Øya.



«Det ser lengre ut på kartet enn det er i virkeligheten”.

TEMA 4 - BELASTNING PÅ AVDELINGSPERSONELL

HYPOTESE: Pasienter som bor på pasienthotellet blir ofte gående "på toppen" av en allerede full avdeling

RESSURSER TIL KOORDINERING OG OPPFØLGING

Flere avdelinger opplever utfordringer med at pasienter krever mye oppfølging selv om de bor på pasienthotellet. Det er ofte slik at de bare sover på hotellet, men krever en del oppfølging og koordinering i avdelingene. Bemanningen er beregnet etter sengeplasser, og når belegningen er full kommer arbeidsoppgaver knyttet til pasienthotellbrukere som ekstraarbeid for de ansatte.

Pasientgruppen krever også noe arbeid på avdelingen til koordinering. Feks bestilling, avbestilling og endring av hotellrom. Oppfølging i forhold til medisinsk behandling, og det å følge opp og å ta vare på pasientene.

VENTELOKALER PÅ AVDELINGENE

I avdelingene er det allerede mye folk i gangene, og det finnes ofte få egnede lokaler ute i avdelingene for pasienter som venter på poliklinisk behandling. En avdeling har opplevd å få merknader fra HMS-avdelingen om at det er for mye folk i gangene.

“Det sitter allerede folk i gangene på avdelingene”.

SENGENE PÅ AVDELINGENE FYLLES OPP

Sengene blir raskt fylt opp hvis en pasient drar til pasienthotellet, og det kan by på utfordringer hvis pasienter må flyttes fra pasienthotellet og inn i avdelingene igjen.

“Det at vi flytter folk til pasienthotellene betyr ikke at det ikke er jobb”.

MER HJELP PÅ HOTELLET -> AVLASTER AVDELINGENE

Mange av pasientene trenger noe hjelp til “enklere oppgaver”. Gjerne ting som hjemmehjelp gjør når de er hjemme. Dette kan være:

- tilsyn ved dusjing
- ta på støttestrømper
- praktisk tilrettelegging

I tilfeller der pårørende ikke er med på hotellet for å hjelpe til med slike ting må disse noen ganger legges inn på hotellet. Eller de må møte opp på avdelingene for å få hjelp i løpet av dagen. Noen som kunne vært på hotellet og hjulpet til med slike oppgaver kunne avlastet avdelingene noe.

TEMA 5 - TILBUD PÅ HOTELLET

HYPOTESE: Deltagerne på workshopen tenker at mer muligheter for å "ordne seg selv" passer bedre for en del pasienter. Flere kunne benyttet hotellet ved tilgang på enkel "ikke-medisinsk hjelp" - som å ta på støttestrømper

LØSNINGER FOR MER SELVHJULPENHET

Ulike pasienter har ulike behov når de bor på pasienthotell. For noen pasienter vil det være nødvendig med hjelp til å ta på støttestrømper, andre vil være i stand til å lage egen mat, re opp og vaske. Under fokusgruppen kom det fram at for noen pasienter vil det være ønskelig å kunne være mest mulig selvhjulpne, mens andre pasienter flyttes fra pasienthotellet til sengepost fordi de trenger ikke-medisinsk hjelp.



Tilgang på ulike type rom for ulike typer behov. Noen pasienter kan få tilgang til små leiligheter med små kjøkken, og plass til eventuelle pårørende. Andre kan bo på hotell som i dag. Andre igjen kan få tilgang til hjemmehjelp på hotellet.

For noen pasienter kan pårørende være en støtte når de bor på pasienthotell, men ansatte føler at regelverket ikke åpner for å dekke kostnadene til pårørende som ønsker å bo sammen med, og hjelpe, pasienten. Videre har helsepersonell opplevd å måtte flytte pasienter til pasienthotellet fordi det har vært fullt i avdelingene.

«Jeg har hørt om pasienter som føler seg sykliggjort av å bo på hotell, og har derfor flyttet ut. Tror de føler seg friskere av å klare seg selv»

«Før hadde vi pasientleiligheter der pasienter og eventuelt pårørende kunne bo, lage mat og re opp selv. Bygget var slitt, men pasientene var kjempefornøyde».

DIETT OG MAT

Å lage og å tilberede mat til syke krever en helt egen kompetanse. Dette kan være på å servere mat med spesiell konsistens, eller hvordan man presenterer maten for å vekke appetitt. Avdelingene stiller spørsmålsteget ved om hotellet har tilstrekkelig kompetanse på dietter og mat til syke. Har pasientene på hotellet tilgang på næringsdrikk? Noen avdelinger har hatt problemer med å få tilpasset diettmat på sykehuset. Maten oppleves også dyr, og ofte dobbelbestilles mat (både på hotell og avdeling) hvis det skjer endringer i avtalene i løpet av dagen.



Mulighet for pasienter med dårlig matlyst å bestille "ønskekost".



"Å tilberede mat til syke med dårlig appetitt krever en helt egen kompetanse".

LITE TILRETTELAGT FOR BARN

Barn- og Ungdomsklinikken gjør oppmerksom på at hotellet ikke er så godt tilpasset barn som skal være der i lengre perioder. Dette kan gå på tilgang til leker/lekeareal, mulighet til å varme opp flasker/mat for mindre barn, men også tilgang på skole/barnehage som man har på avdelingen.

MER HJELP PÅ HOTELLET -> AVLASTER AVDELINGENE

Viser til det som er skrevet under Tema 4.

del 4 - Råmateriale

Digitalisert utgave av informasjon
som ble samlet inn

Del 1 - De ulike type pasientene

HENSIKT

Forstå ulike brukergrupper ved hjelp av de kategoriene sykepleiere/koordinatorer baserer seg på idag. Dette er informasjon som kan være vanskelig å finne i typiske statistikkdata, og kan sees på videre i f.eks questback.

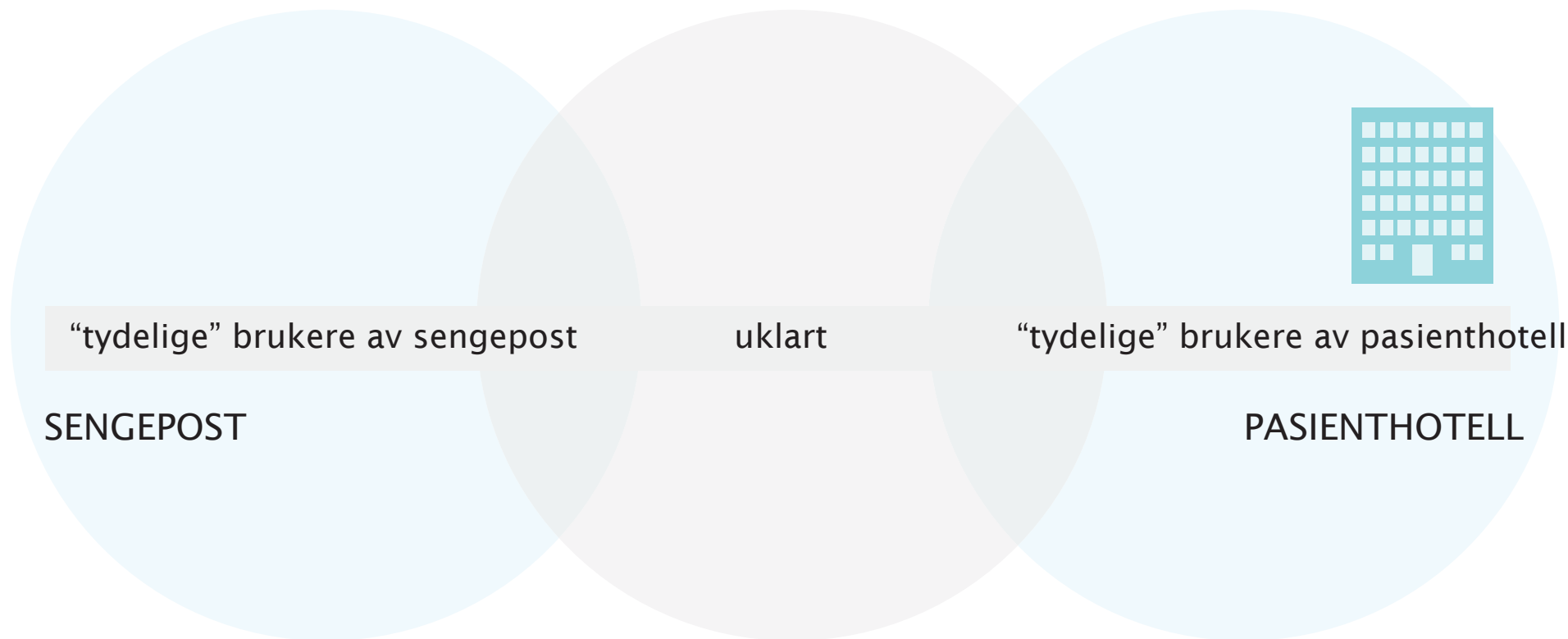
Målet er en økt forståelse av hva som gjør at noen pasienter passer godt inn i en hotellkontekst, mens andre ikke. Samt å se på om det er brukergrupper som f.eks kunne vært på hotellet, men som ikke er der i dag, og i så fall hva hotellet mangler for at disse skal kunne få god og forsvalig behandling der.

FREMANGSMÅTE

1. Deltagerene så på avdelingsvis hvor de plasserer ulike typer pasienter i dag, og så på noen av kriteriene for valget mellom pasienthotell og sengepost i dag.

2. Videre hadde man noen felles diskusjoner i gruppen, med flere avdelinger felles, for å se på om det var noen felles trekk på kriter.

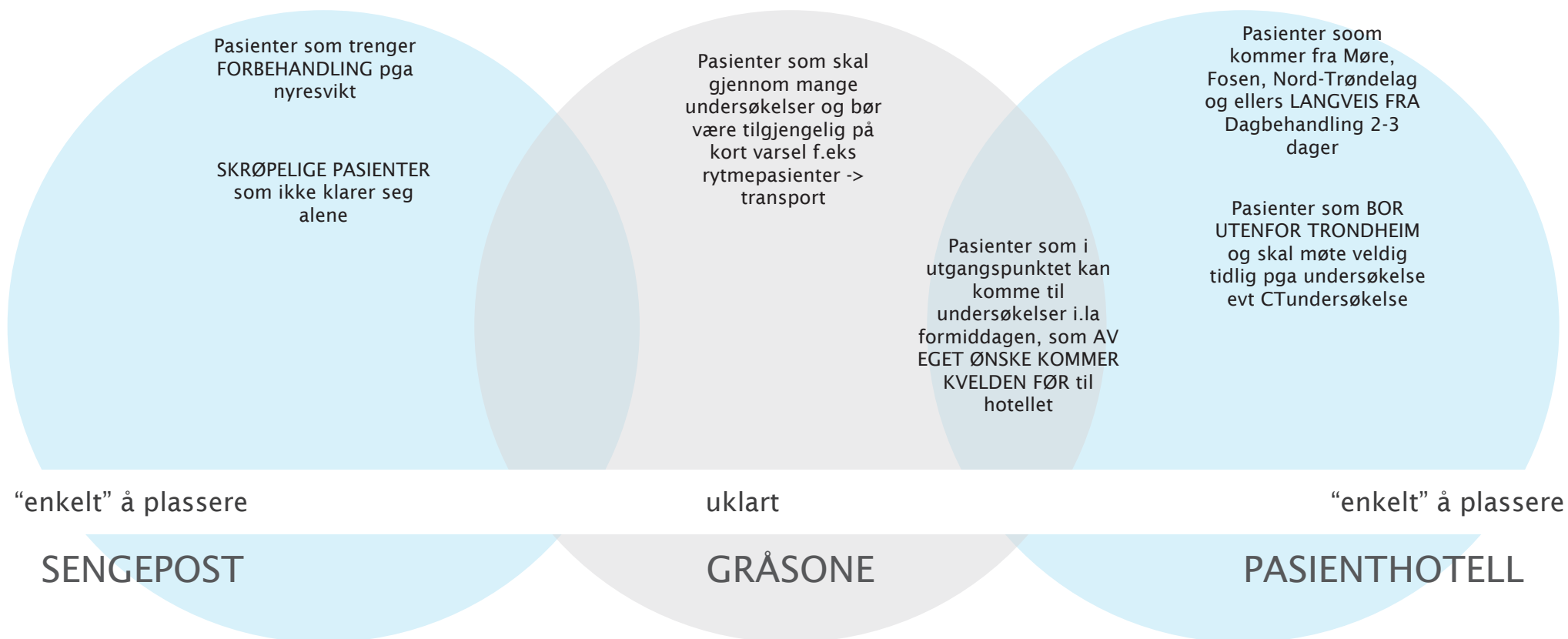
3. Til slutt snakket vi noe om ulike type utfordringer man får ved å plassere enkelte pasienter i pasienthotell versus sengepost.



PASIENTER

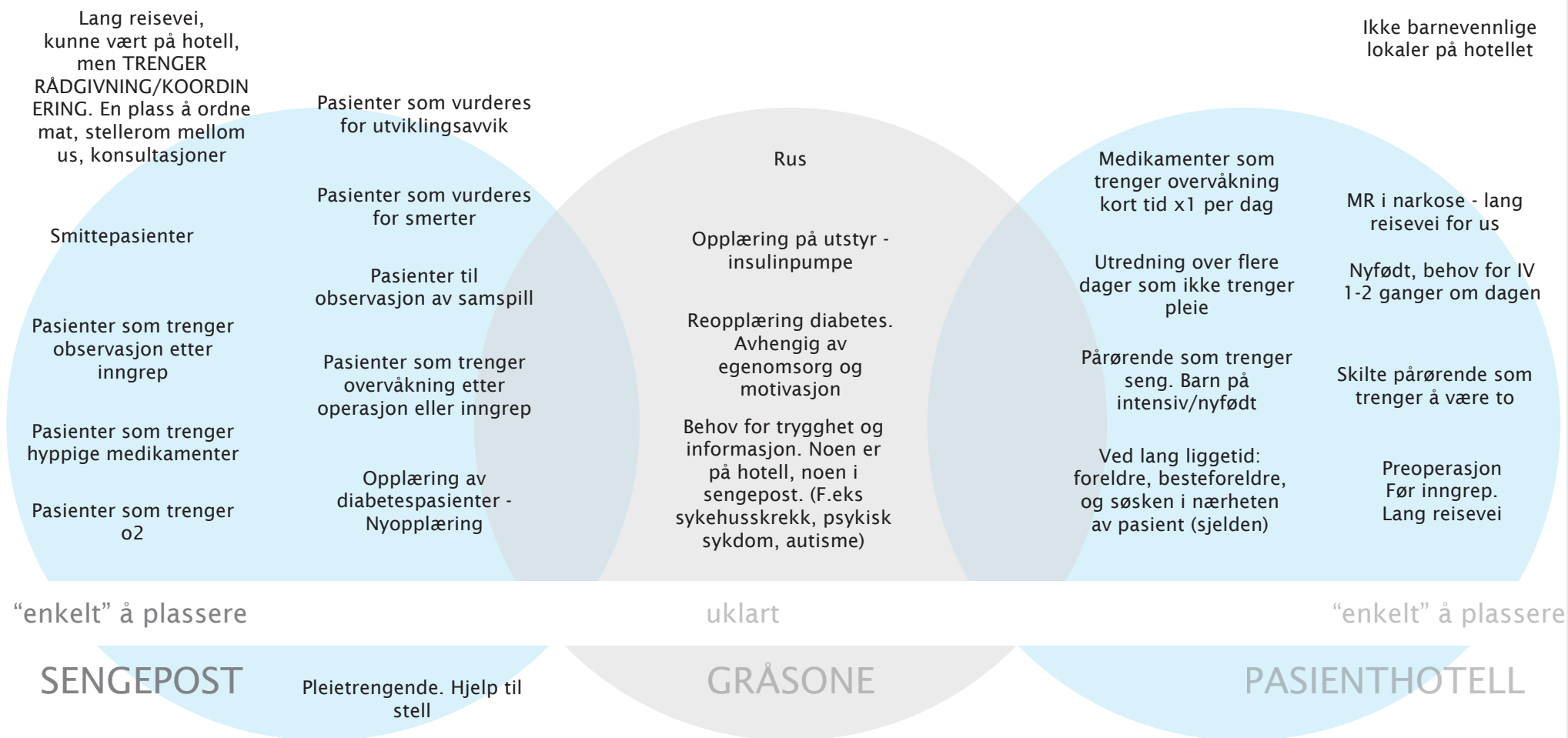
hos: **HJERTE**

Hjertemedisinsk dagpost/5døgnspost

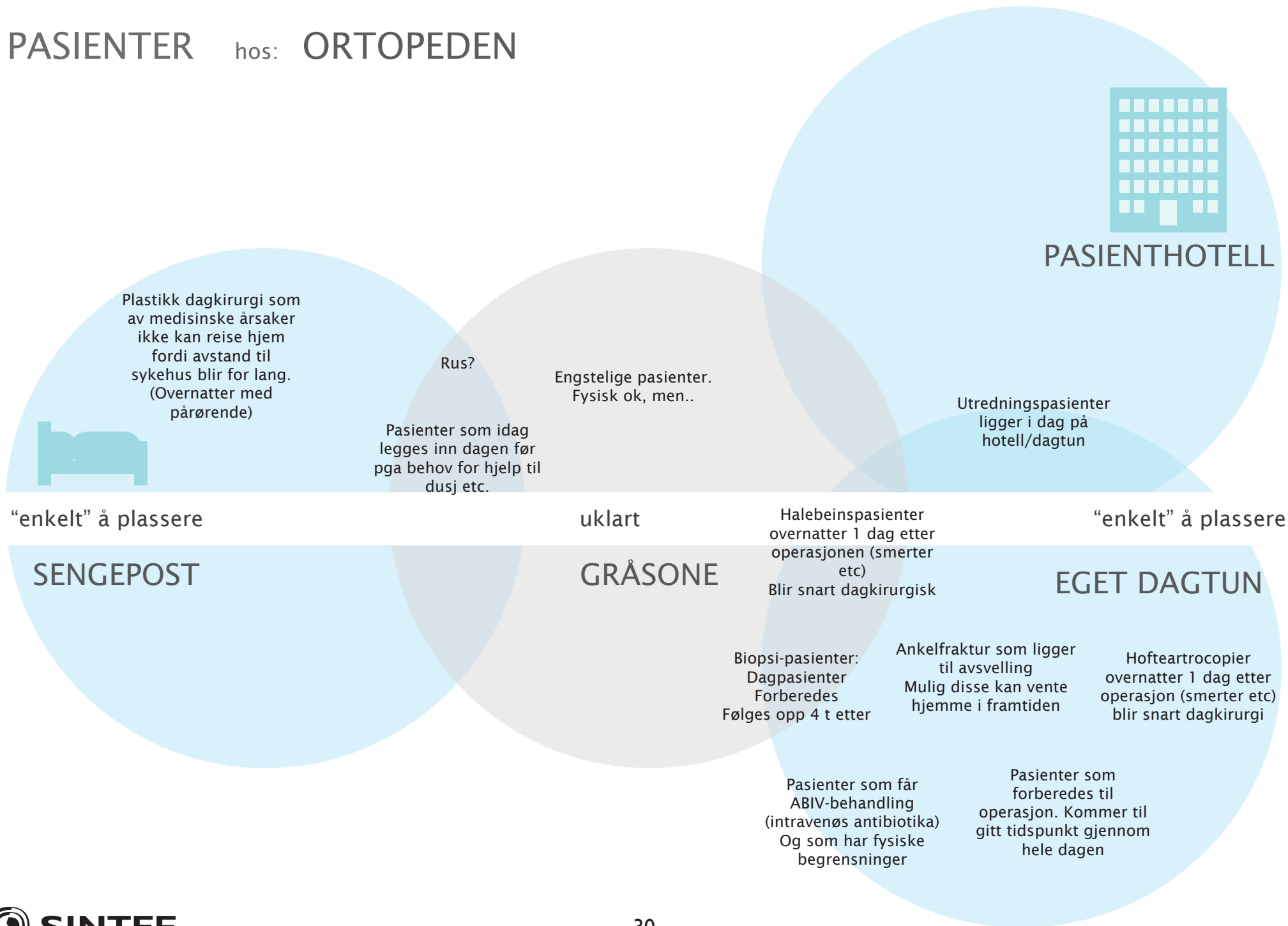


PASIENTER hos: BARN OG UNGDOM

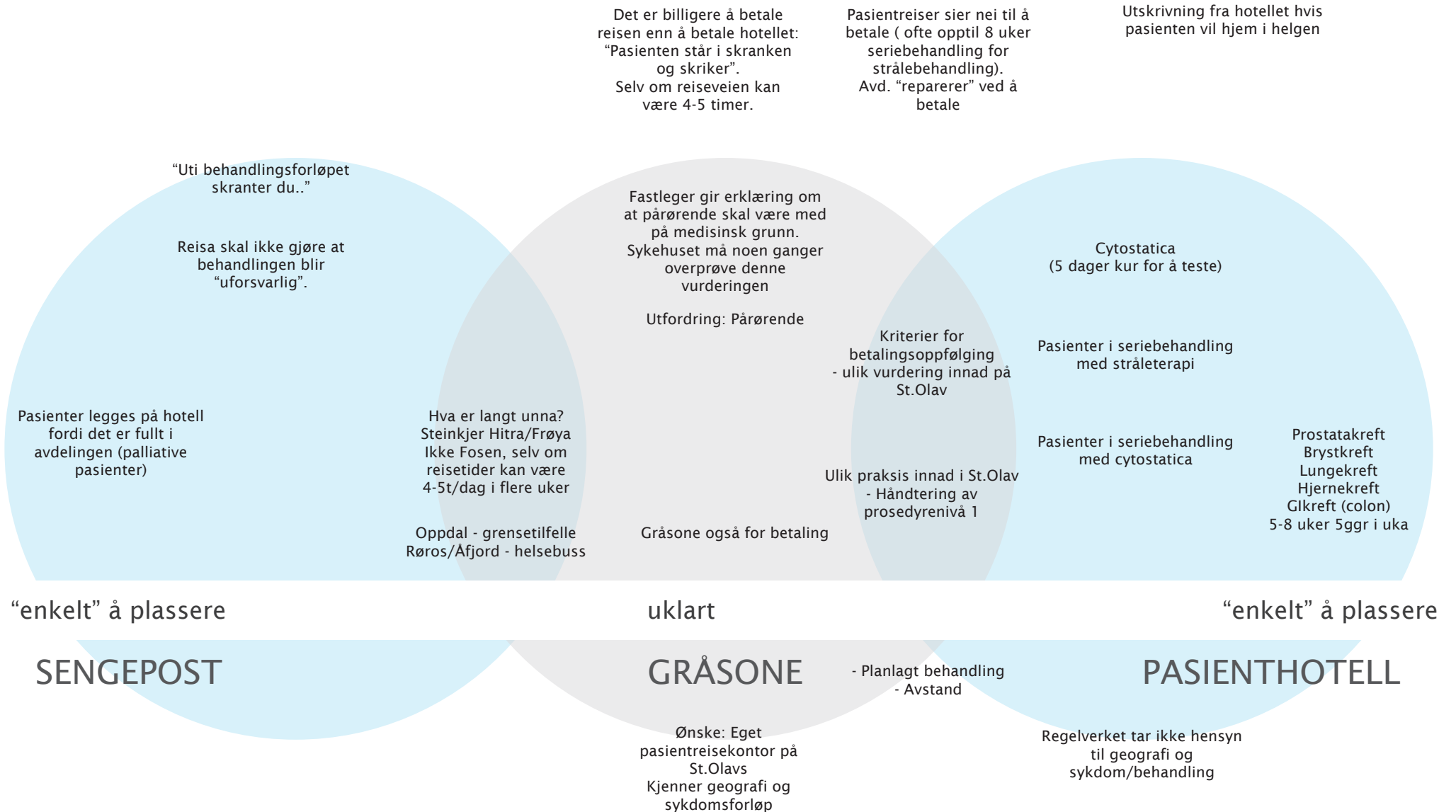
Barne-og Ungdomsklinikken



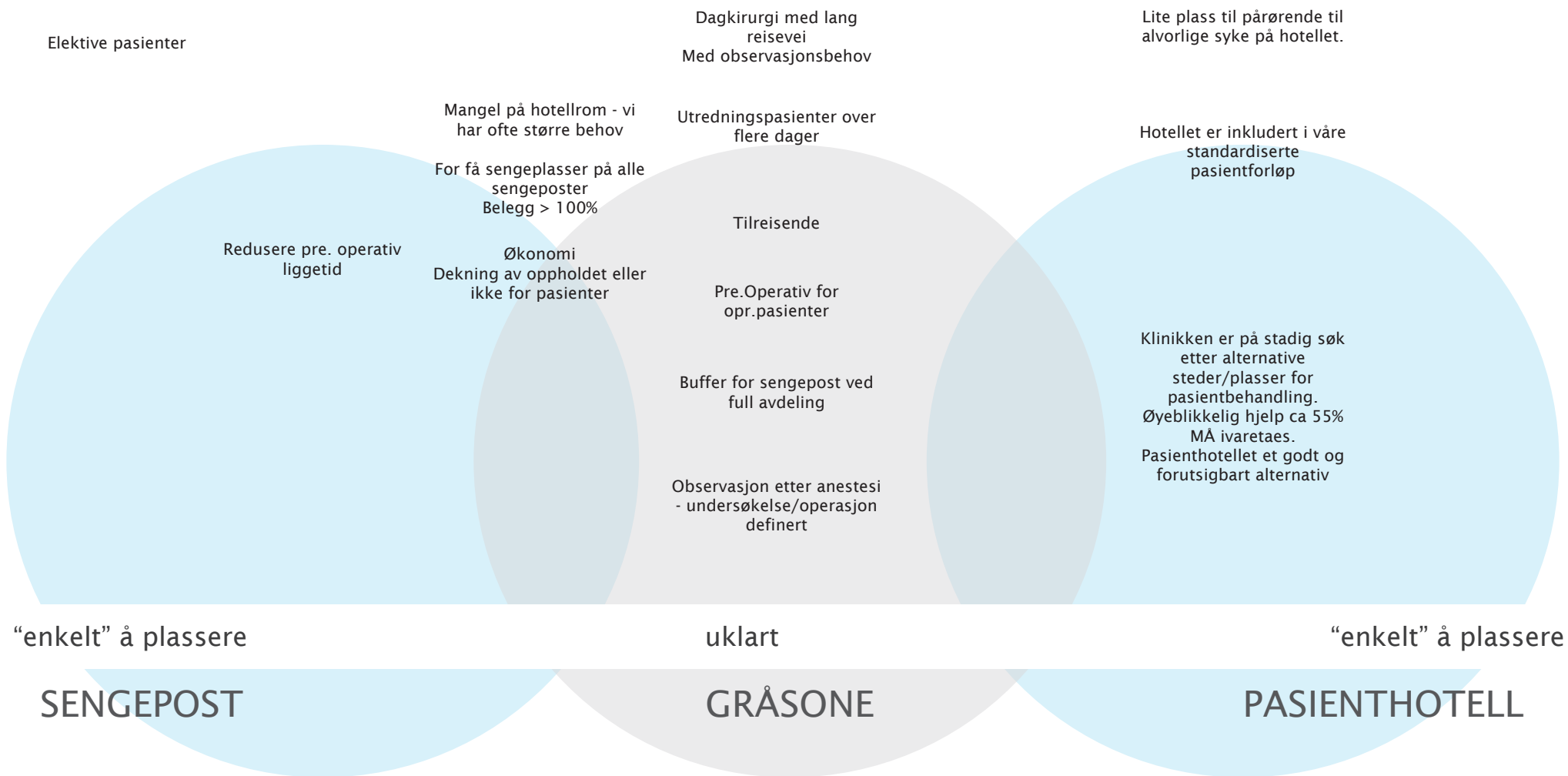
PASIENTER hos: ORTOPEDEN



PASIENTER hos: KREFT



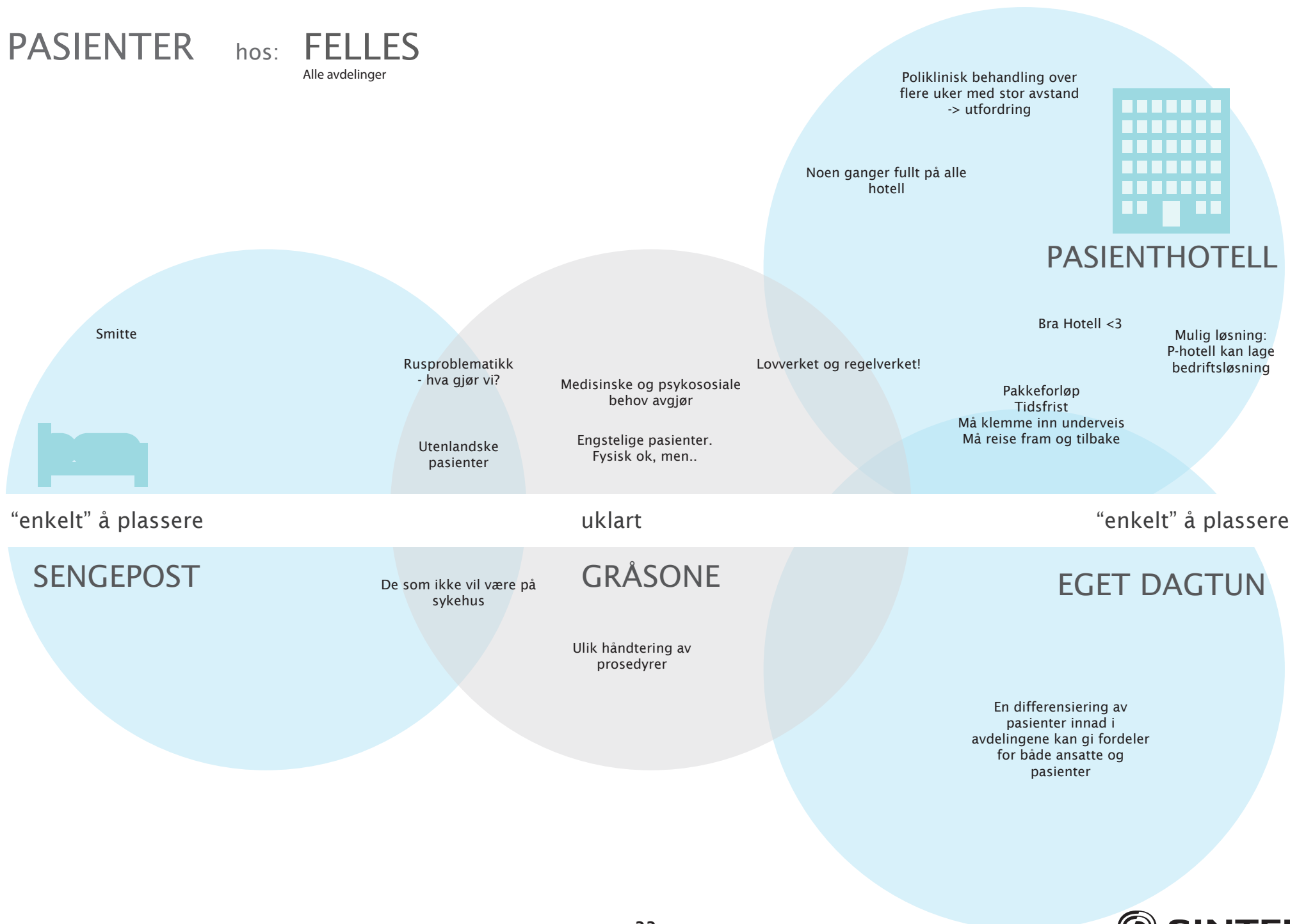
PASIENTER hos: KIRURGI



PASIENTER

hos: **FELLES**

Alle avdelinger



Del 2 - Organisering og brukerreise

HENSIKT

Forstå typiske forløp for utvalgte brukere.
Hva gjør bruker og ansatte i hvert enkelt steg? Hva fungerer godt? Hva fungerer ikke?
Har deltagerene i workshopen noen ideer om mulige løsninger?

FREM GANGSMÅTE

1. Deltagerene kartlegger de ulike stegene for utvalgte brukere. (Her er det mye ulike forløp, så målet er å se på noen eksempler og generelle problemstillinger).
2. Underveis og i etterkant så vi på hva som fungerte i de ulike fasene, og hva som ikke fungerer optimalt i dag.
3. Mulige løsningsforslag som deltagerne kom med, og alternative praksiser som kan fungere ble notert ned underveis.

FØR
på sengepost
på poliklinikk
hjemme

UNDER
på pasienthotell

ETTER
utskrevet

Hva funker?



Suksess-
faktorer



utfordringer

hva gjør



pasienten



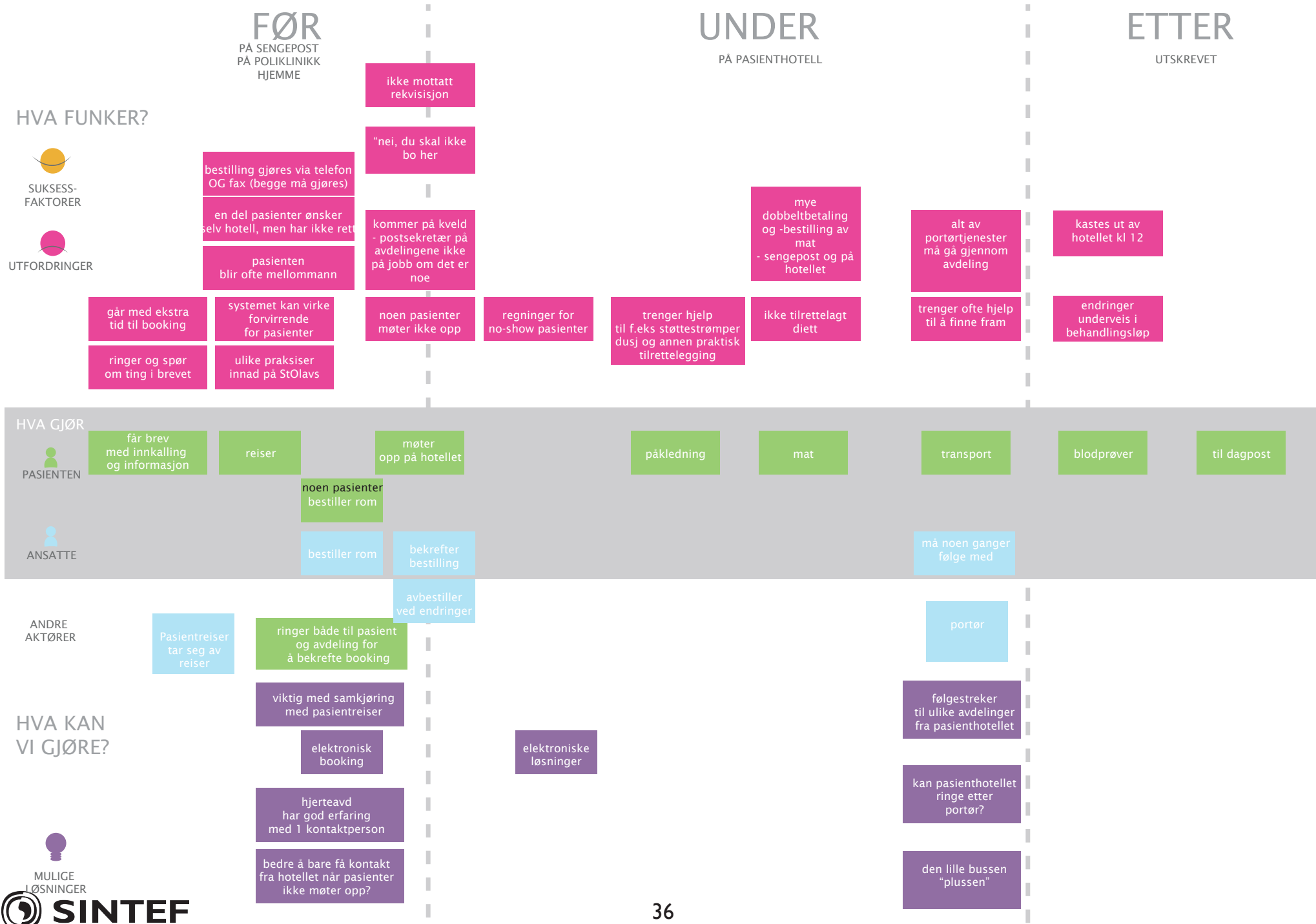
ansatte

Hva kan
vi gjøre?

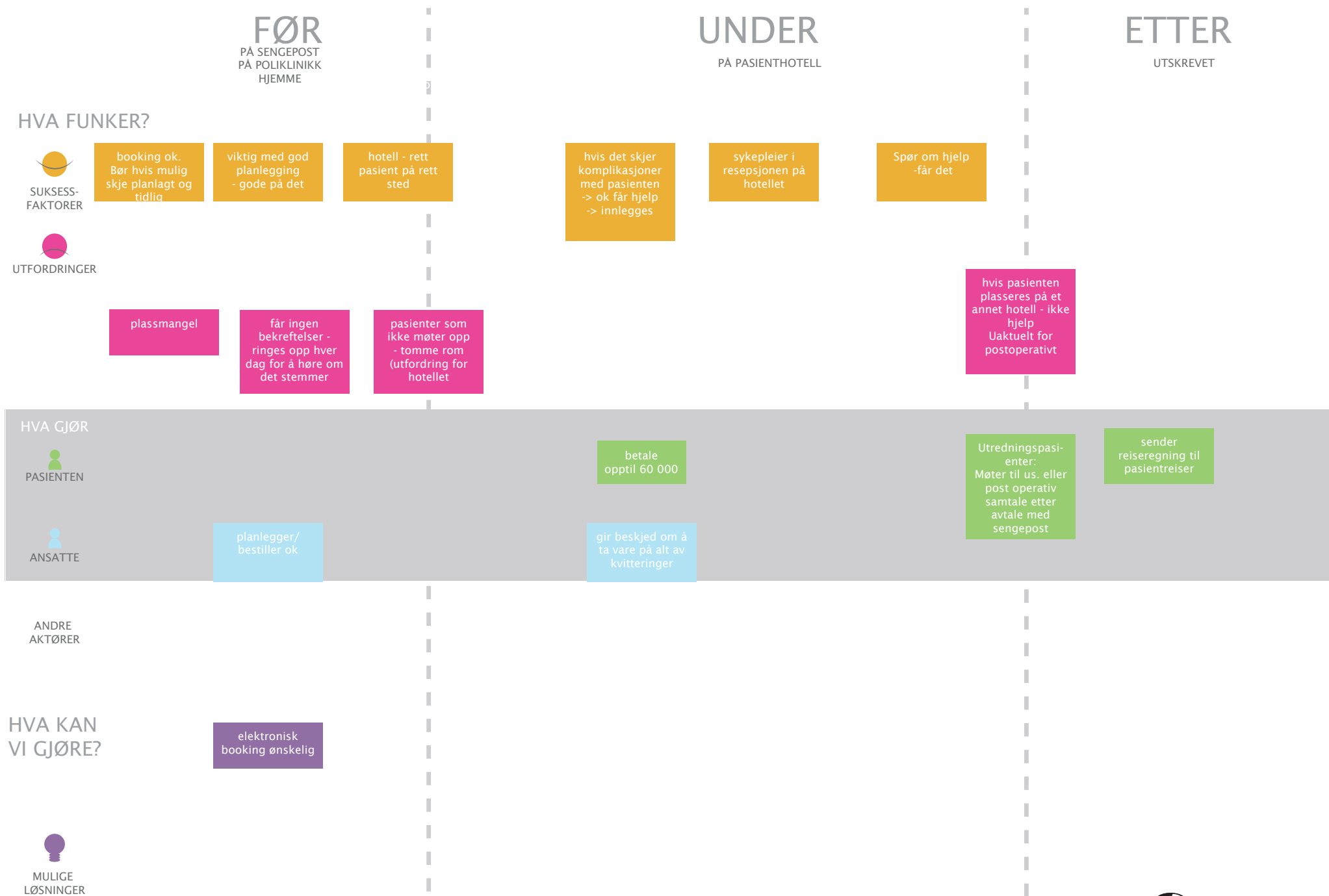


mulige
løsninger

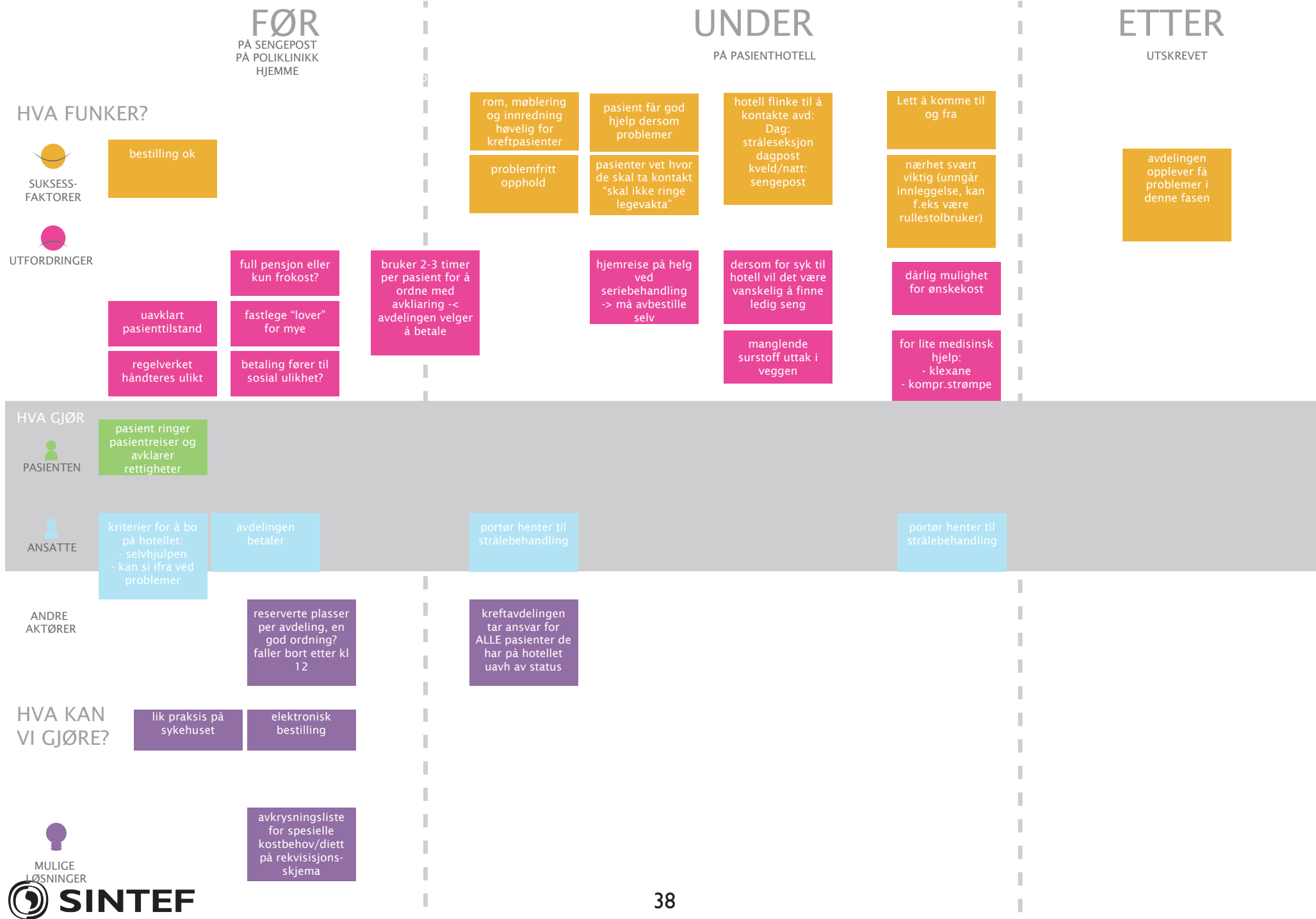
Avd: Barn, ortopedi og hjerte



Avd: Kirurgi og kreft



Avd: Kreft



Avd: Kirurgi

FØR
PÅ SENGEPOST
PÅ POLIKLINIKK
HJEMME

UNDER
PÅ PASIENTHOTELL

ETTER
UTSKREVET

HVA FUNKER?



SUKSESS-
FAKTORER

bestilling ok

pasienten må
betale + få
penger tilbake.
Prisen er fort 60
000 -> kan ikke
det!

opphold



UTFORDRINGER

lagt egen
praksis. funker,
legger inn
pasienten

fax

"Pasientreiser"
- noen ber de
kontakte disse
om hotell

uavklart
pasienttilstand

ulik ordlyd på
brev?

regelverket
håndteres ulikt

ofte muntlig
informasjon
(krefit)

HVA GJØR



PASIENTEN

pasient ringer
pasientreiser og
avklarer
rettigheter



ANSATTE

kriterier for å bo
på hotellet:
- selvhjulpen
- kan si ifra ved
problemer

ANDRE
AKTØRER

HVA KAN VI GJØRE?

burde være større
mulighet for
unntak i
regelverket



MULIGE
LØSNINGER

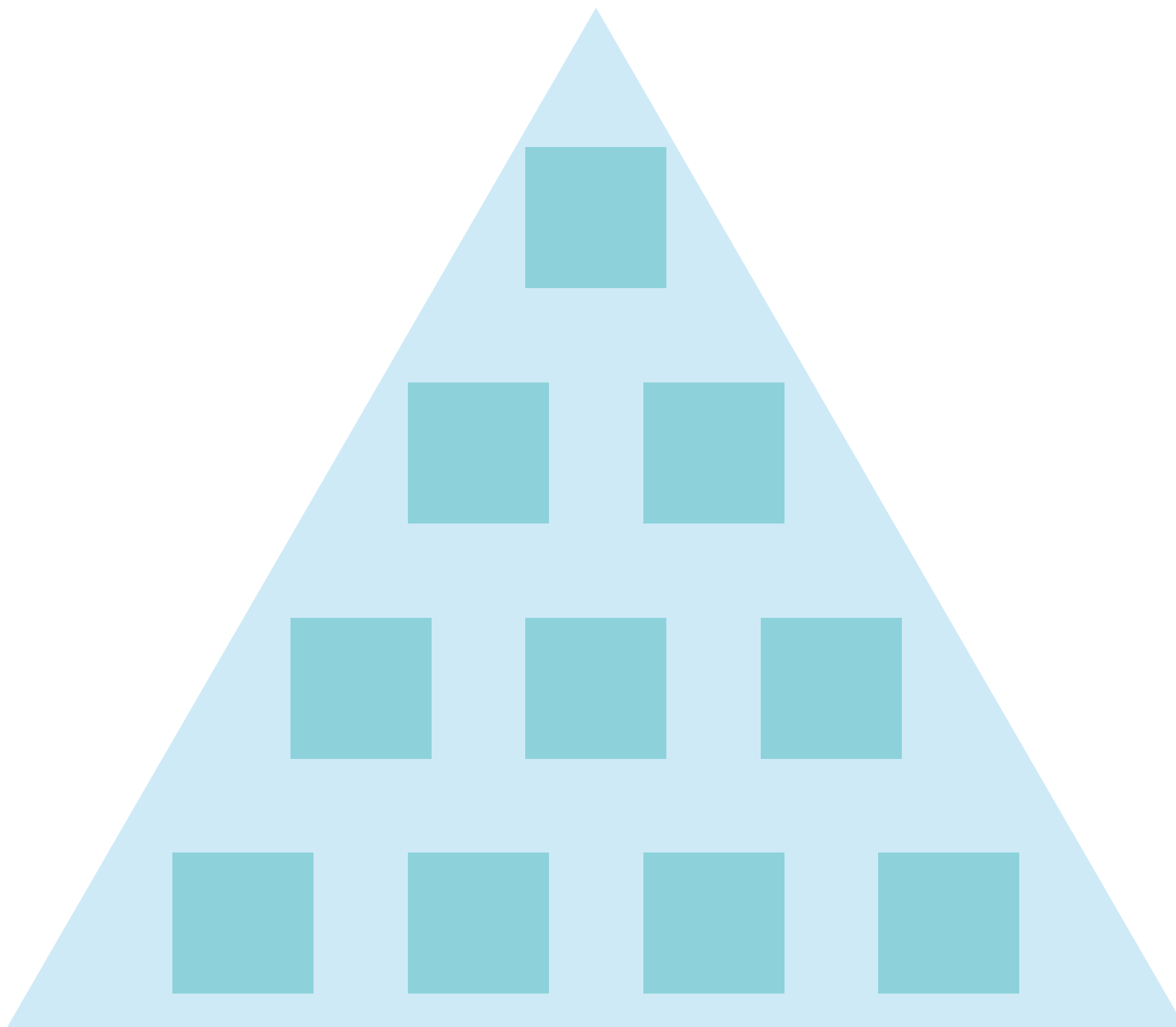
Del 3 - Oppsummering og prioritering

HENSIKT

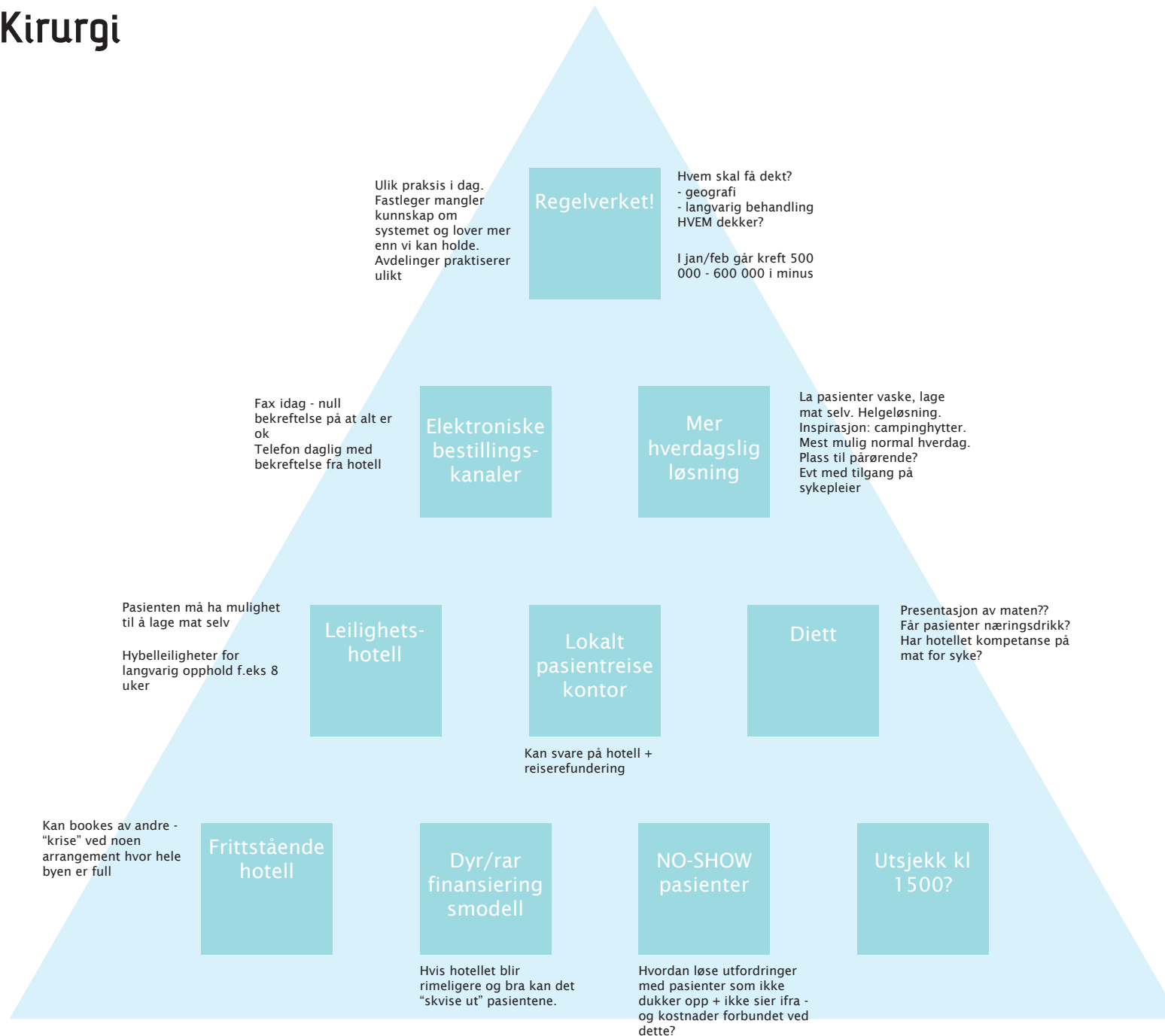
Oppsummering av det viktigste fra dagens arbeid og en prioritering av noen konkrete element deltagerne mener må være på plass i framtidens pasienthotell

FREM GANGSMÅTE

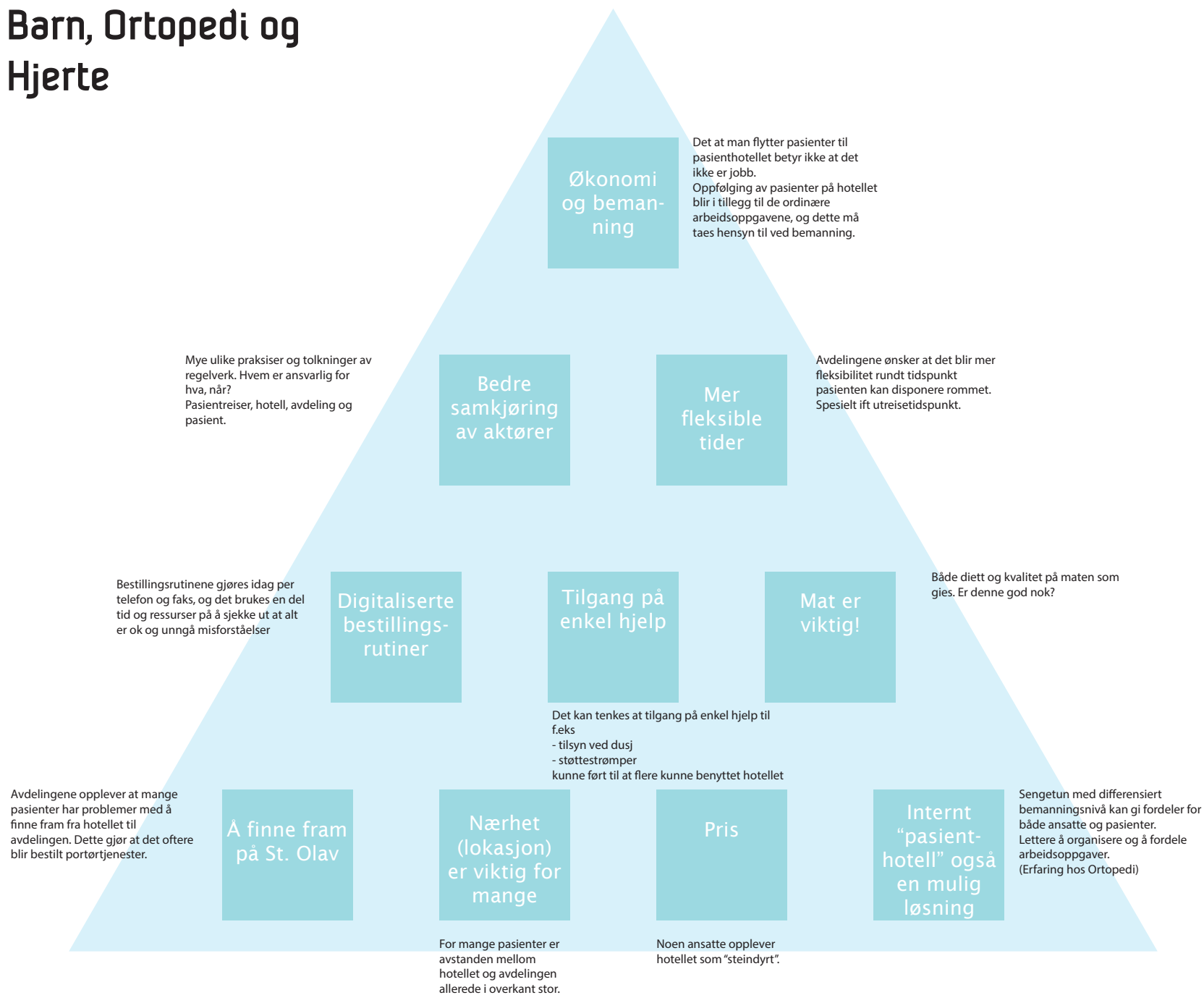
1. Deltagerene diskuterer hva de mener er det viktigste fra dagens arbeid å ta med seg videre og hva de mener er viktige prioriteringer framover.
2. Den ene gruppen, Kreft og Kirurgi, fikk prioritert innad i trekanten, hvor de øverste punktene i trekanten representerer høyest prioritet.

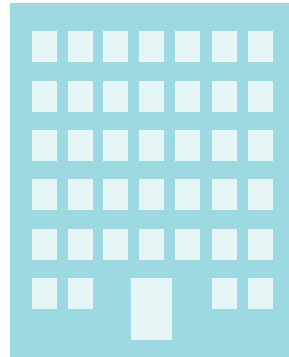


Kreft og Kirurgi



Barn, Ortopedi og Hjerte





OPPSUMMERING
PASIENTER OG PÅRØRENDES PERSPEKTIV

**DAGENS BRUK OG
FRAMTIDIG BEHOV FOR
PASIENTHOTELL**

23. DESEMBER 2015

OM DETTE DOKUMENTET

Denne rapporten er en oppsummering av 13 intervju av pasienter og pårørende ved St. Olavs Hospital. Den er utarbeidet av Ann Kristin Forshaug og Nina Vanvik Hansen ved avdeling for Medisinsk teknologi, SINTEF Teknologi og Samfunn.

Oppdragsgiver ved St. Olav var prosjektgruppe “Mottaksfunksjoner og oppgavefordeling i St. Olavs Hospital” med prosjektleder Vignleik Jessen, og prosjektmedarbeidere Siv-Helen Lund og Hilde Aareskjold.

Trondheim, 23. Desember 2015

INNHOLDSLISTE

Del 1 - Bakgrunn og metode

Her gis en innføring i tema, valg av metodikk og bakgrunn for organisering av intervju

Videre beskrives overordnet hvordan intervjuene ble gjennomført, og hvilket utvalg av pasienter og pårørende som er intervjuet

Del 2 - Fem temaer

Her gis en innføring av fem ulike temaer som synes å være felles på tvers av avdelinger og behov

Del 3 - Råmateriale og detaljer

Her finnes illustrerte sammendrag av de ni pasient- og pårørendeintervjuene

SAMMENDRAG

Denne rapporten er basert på 13 intervju med pasienter, pårørende, en brukerrepresentant og ansatte ved pasienthotellet til St. Olavs Hospital. Hensikten er å gi et innspill til hvordan pasienter og pårørende opplever møtet med pasienthotellet.

GENERELT FORNØYD - HELLER HOTELL ENN SENGEPOST

Det overordnede inntrykket er at pasientene i stor grad er fornøyde med å bo på pasienthotellet. Nesten samtlige sier at de foretrekker å bo på hotellet i stedet for sengepost. Dette gjelder spesielt de som må bo der over lengre tid. De resterende (2) synes ikke det er så farlig hvor de sover. Pasientene beskriver at de føler seg «friere», og «mer som seg selv», men at de setter pris på nærheten til avdelingene. Spesielt i forhold til å komme seg til avtaler i tide. En potensiell ulempe med å være på hotellet er at det er vanskeligere å ha god kontakt med avdelingene.

STORE FORSKJELLER I BESTILLINGSFORLØP

Den største forskjellen finner vi ikke under hotelloppholdet, men det som skjer før man kommer til hotellet. Informasjon fra avdelingene, koordinering av reiser og bestilling av hotellrom. Her er det store forskjeller i ansvarsfordeling, noe som oppleves som utrolig urettferdig for de som må ta både regningen selv og koordinering av reise. Spesielt synes dette å være en utfordring for de som har lengst reisevei, og som må være her over lengre tid - hos de som får den største regningen. For mange er det en ekstrabelastning at det er problematisk å forutse hvor stor regningen blir, og hva man har krav på å få refundert. For de fleste av pasientene vi har intervjuet har rombestilling vært ordnet av avdelingene, som også tar regningen.

TIDKREVENDE BESTILLINGSRUTINER

Bestillingsrutiner i avdelingene har vært beskrevet i den tidligere rapporten fra workshop med helsepersonell. Etter intervju med ansatte på pasienthotellet er inntrykket at det også her gjøres en del ekstraarbeid. Spesielt i forhold til endringer som oppstår underveis. Fra deres side kan også kommunikasjon med avdelingene være tidkrevende hvis de må lete etter personer med ansvar for spesifikke pasienter. Tilgang til intranett med kontaktinfo kunne hjulpet på dette. De ønsker også å få informasjon tidlig hvis det skjer store endringer i pasientforløp som fører til flere pasienter på hotellet.

FULLBOOKET - INGEN OVERNATTING FOR PÅRØRENDE

Hotellet er fullbooket de første dagene i uken. Dette resulterer i at de som ikke er øverst på prioriteringslisten må stå på venteliste. Spesielt er dette utfordrende for pårørende. Det synes å være mangel på tilbud om overnatting til pårørende på St. Olav - noe som oppleves som svært utfordrende for de det gjelder. Hotellet er behjelpelig med å videresende folk til samarbeidende hotell, men disse er noe lenger unna. Inntrykket vårt er at det også er behov for mer informasjon og tilbud til pårørende, selv om det er litt på utsiden av mandatet i dette prosjektet.

RIMELIGERE ALTERNATIV FOR DE SOM MÅ BETALE SELV?

Både pårørende og pasienter som betaler selv etterlyser rimeligere alternativ. «Hybelhus», «Sovesal» og å finne ut hva som kan gjøres i forhold til brannforskrifter for å tillate overnatting av pårørende på pasientens rom.

BAKGRUNN FOR INTERVJUENE

BAKGRUNN FOR WORKSHOP

Bakgrunnen for denne rapporten var et mandat gitt av direktøren ved St. Olav om å “vurdere dagens bruk og fremtidige behov av pasienthotellet”. Dette er en del av et større prosjekt: “Mottaksfunksjoner og oppgavefordeling i St. Olavs Hospital”. Prosjektgruppen ledes av Vignje Jessen. I tilknytning til dette er det også utarbeidet en rapport fra workshop med helsepersonell.

METODER

Intervju av pasienter og pårørende ble valgt som et av flere virkemiddel for å kunne besvare mandatet. Prosjektgruppen gjør parallelt flere andre aktiviteter som litteratursøk, innsamling av statistikk og intervju for å forstå eksisterende praksis på St. Olav og andre praksiser i inn- og utland.

HENSIKT MED INTERVJUENE

Hensikten med intervjuene er å få en forståelse av hvordan pasienter og pårørende opplever møtet med pasienthotellet. Dette har vi valgt å se på i et perspektiv som går helt fra pasienten får beskjed om å reise til St. Olav til han er vel hjemme igjen. Hovedfokuset har vært på oppholdet på hotellet, men kommunikasjon med avdelingene relatert til dette har også vært inkludert. Dette er basert på at vi tenker at et helhetlig perspektiv er viktig, og at faktorer både før og etter det faktiske oppholdet har stor innvirkning på hvordan opplevelsen blir for pasienter og pårørende.

Vi har også ønsket å få testet hypotesene fra helsepersonell fra første rapport, om pasientønsker og pasienterfaringer.

INTERVJUUTFØRELSE

KONTEKSTUELLE SEMI-STRUKTURERTE INTERVJU

Ved å bruke kvalitative metoder ønsket vi å få dybdekunnskap om hvordan personene opplever pasienthotellet. Dette gir bedre rom for å forstå hva pasientene selv opplever som problematisk, og kan gjøre veien til mulige løsninger kortere enn kvantitative metoder¹.

For å få et mest mulig genuint bilde av personens opplevelse gjennomførte vi intervjuet i den konteksten vi ønsket å forstå - sykehuset og pasienthotellet. Ved å være i det miljøet tjenesten blir levert er det ofte lettere å komme på relevant informasjon. Samtidig fikk vi en del informasjon gjennom observasjon og å være i miljøet.

Vi hadde på forhånd forberedt en del åpne spørsmål, disse ble brukt sammen med visualiseringsverktøy for å samle og sortere informasjon, samt å trigge hukommelsen til de vi snakket med. Samtidig var det rom for å snakke om tema som informantene selv opplevde som viktig. Vår opplevelse var at ved å se på oppholdet som en reise hvor informanten forklarte sitt forløp, så ble det enklere å huske hvordan det var, i motsetning til når vi stilte isolerte spørsmål.

Fokus for intervjuene var å forstå hvordan pasienthotellet oppleves fra pasientenes perspektiv.

Vi testet også noen av hypotesene helsepersonell kom med i fokusgruppen. Først og fremst indirekte ved å snakke om tilsvarende tematikk med informantene, for så mer direkte ved å stille spørsmål rundt de fem temaene som dukket opp i fokusgruppe-workshop og de spesifikke hypotesene.

¹ Schneider, J., Stickdorn, M., Bisset, F., Andrews, K., & Lawrence, A. (2012). This is service design thinking: basics, tools, cases

OVERSIKT OVER INTERVJUOBJEKTENE

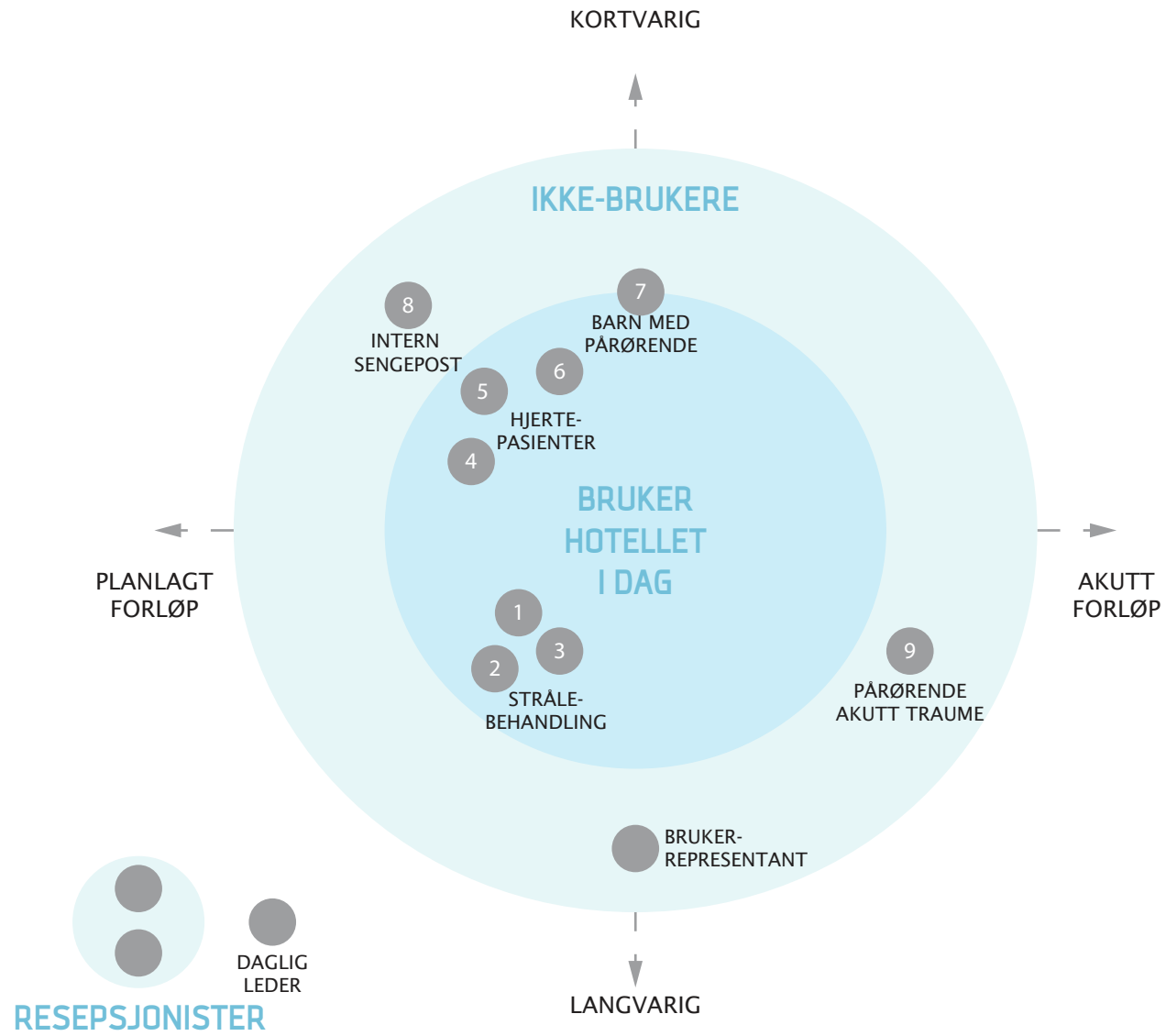
REKRUTTERING

For å få et godt bilde av den generelle pasientopplevelsen innenfor en relativt liten prosjektramme, ønsket vi et strategisk utvalg av informanter. Vi tok derfor kontakt med avdelinger på sykehuset som benytter seg av pasienthotellet i dag, disse var behjelpelig med å sette oss i kontakt med noen relevante kandidater. Vi supplerte også med et par vi møtte på pasienthotellet.

Alt i alt har vi 13 intervju. 3 intervjuer fra ansatte ved pasienthotellet, 2 pårørende, 7 pasienter og 1 brukerrepresentant. Detaljer fra de 9 intervjuene med pasienter og pårørende finnes i del 3. Resterende intervju er brukt for å supplere teksten.

I forkant tenkte vi at det kunne være interessante forskjeller basert på varigheten av oppholdet på sykehuset, og i hvilken grad det var akutte eller planlagte forløp. Vi ønsket å ha fokus på de som brukte hotellet i dag, men at det også kunne være interessant å snakke med «ikke-brukere» som potensielt kunne vært på hotellet. Vi har her snakket med en pasient som var inneliggende på det interne pasienthotellet på Ortopeden, og en pasient som selv valgte å reise fram og tilbake istedet for å bli på hotellet.

Av de vi har snakket med er det en stor overvekt av såkalte planlagte forløp, altså der pasienten og pårørende visste om reisen på forhånd. Vi har ikke møtt noen pasienter som har vært på hotellet etter et akutt traume, noe vi tenker er naturlig basert på at det nettopp er akutt traume. Vi har derimot snakket med pårørende i et slikt forløp som har erfaring med overnatting på hotellet.



Del 2 - Fem tema

Her gis en innføring av fem ulike tema som synes å være felles for de vi har snakket med. De fire første er sammenfallende med tema fra workshop med helsepersonell. Det siste tema omfatter pårørendeperspektivet.

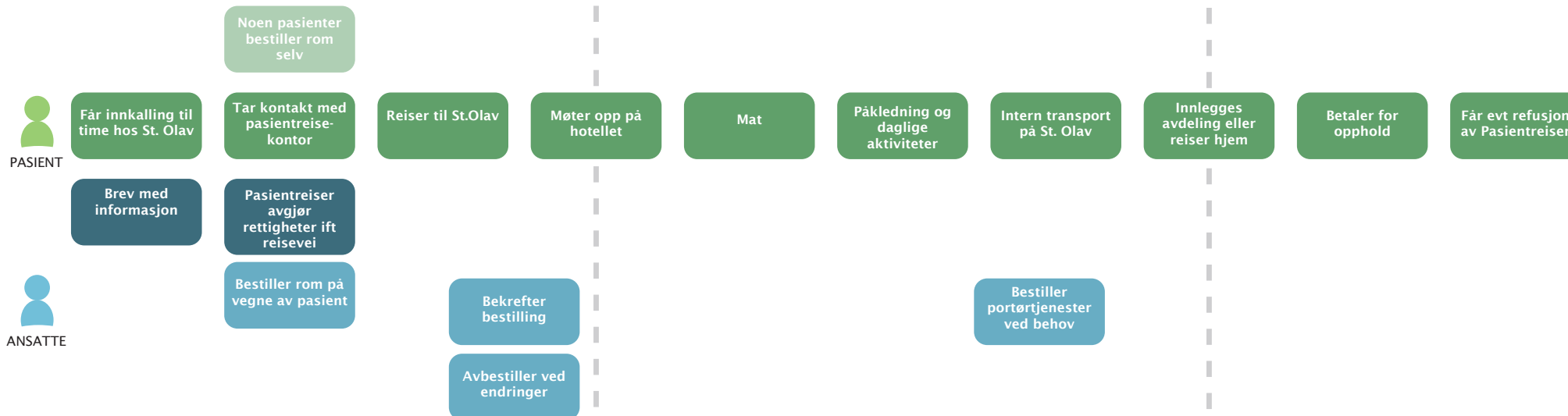
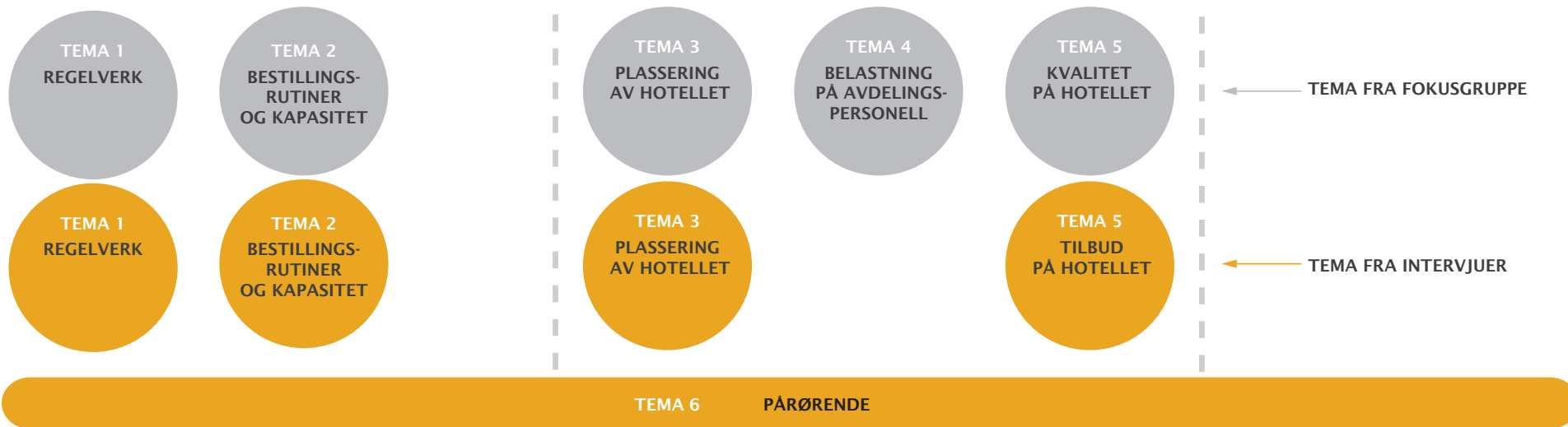
KOBLING MELLOM FORLØP OG TEMA

Illustrasjonen på side 13 viser et eksempel på en brukerreise. Med dette tenker vi på de ulike stegene som pasienten tar fra han får innkallingsbrev til han er vel hjemme igjen. Basert på informasjonen fra intervjuene har vi identifisert fem tema som synes å være felles for de vi har intervjuet. Mye av dette sammenfaller med det som kom fram i workshop med helsepersonell, de fem temaene som ble funnet der vises som grå sirkler. Tema 4 har kun vært relevant for helsepersonell, og omtales i denne rapporten. Detaljert informasjon og innsamlet materiale finnes i del 3.

FØR

UNDER

ETTER



TEMA 1 - REGELVERK

HYPOTESE: Vanskelig å sette seg inn i for pasientene. Pasientene forstår ikke hva som dekkes eller ikke, og ville helst visst dette i forkant.
For pasientene merkes regelverket mest som ulikheter i finansiering og bestillingsansvar.

ØKONOMI

Av de vi snakket med var det en blanding av de som måtte betale selv, og der noen andre hadde ordnet betaling på forhånd. Det var en merkbar forskjell mellom disse to kategoriene. For de som kun skulle være her 1-3 netter virket dette mindre viktig, mens for de som skulle være her over lang tid (opptil 2-3 måneder) hadde det økonomiske perspektivet mye å si.

Ei eldre dame fra Sunnmøre skulle motta strålebehandling ved St.Olav i overkant av to måneder. De økonomiske bekymringene var store. Hun ante ikke noe om hvor dyrt det ble, eller hvor mye hun kom til å få igjen. Hun sa at hun vurderte hvorvidt hun burde gjennomgå behandling i det hele tatt på grunn av dette. Dette er også utsagn hotellet har hørt fra flere gjester.

Hotellet opplever at det har vært en del endringer i forhold til hvorvidt pasienten skal betale hotellopphold eller ikke. For deres del er rekvisisjonen et viktig element. De leter daglig etter rekvisisjoner, dette resulterer i at de må ringe sykehuset og få de til å fylle inn nye rekvisisjoner.

«Jeg vurderte å la være å ta behandling fordi det blir så dyrt. Jeg bruker opp hele sparekontoen på dette og jeg vet ikke engang om det kommer til å gå bra.»

“ «Noe av det verste er egentlig at det oppleves så urettferdig. Jeg traff på en annen her som bare skulle være her noen dager, og han fikk dekket alt. Mens jeg må betale selv, i flere måneder.»

“ «De glemmer at ikkje alle bor rett uttafor stuedøra deia»

LITE FORUTSIGBARHET

Et interessant funn er at ingen av de vi snakket med som hadde fått bestilling ordnet av andre, var helt sikker på om de kom til å få noen regning i etterkant eller ikke. Ingen visste hvor stor regningen ble til slutt. De forsto ingenting av reglementet til pasientreiser og hvor mye de eventuelt kunne fått refundert. Flere opplever at de sitter der med enorme regninger, og vet ikke hvordan de skal få det til å gå rundt. De har ingen anelse om hvor mye regninga kommer på, eller hvor mye som dekkes i etterkant. Dette gir store bekymringer.

En pasient hadde valgt å overnatte natten før oppmøtetidspunkt pga lang reisevei. Hun visste ikke om det var mulighet for å få dekt dette av pasientreiser, men regnet med at det ikke gikk. Hun hadde dårlige erfaringer med å skulle søke om noe derifra fra tidligere. «Det ekje verdt energien. Du bruker mer energi på det enn pengene du får igjen». Noen kostnader dekkes av forsikring, noen av Pasientreiser og noe må pasientene dekke selv.

“ «E har ikkje peiling på hva regninga kommer på»

“ «Hadde e visst kor mye e fikk igjen, så hadde det betydd all verden for bekymringane mine»

“ «E sendte inn for forrige runde for lenge sia, og har ikkje hørt nokke sia»

Mulig konsept - Reisekalkulator

BEHOVET:

FORSTÅ HVA SOM DEKKES OG HVOR MYE DE FÅR IGJEN

"AKKURAT NÅ SÅ ANER JEG IKKE.."



REISEKALKULATOR

Noe som etterlyses i intervjuene er forutsigbarhet til å forstå hvor mye som dekkes av utgiftene man har i forbindelse med sykehusoppholdet. Regelverket beskrives, til tross for en nylig forenklingsprosess, som vanskelig å forstå. Det gjennomføres årlig 4,6 millioner pasientreiser uten rekvisisjon, og 4 millioner reiser med rekvisisjon ifølge Helse Midt-Norge. Så omfanget er potensielt stort.

På pasientreiser.no opplyses det at Pasientreiser er i gang med å digitalisere refusjonsskjemaet. Noe som sikkert vil senke terskelen for å søke om refusjon. Uten at vi vet hva dette prosjektet innebærer, så opplever vi at behovet også er stort i forkant av reisen. Pasientene ønsker på en enkel måte å kunne forutsi hva som dekkes, og om det er "verdt å bruke tid på å få igjen noe" som de sier selv.

En mulig løsning som foreslås av en pasient er en digital reisekalkulator som gir deg et beløp når du skriver inn nøkkelfaktorer. Noe å la det bankene har for å gi sine brukere en forståelse av hva de kan få i lån. Med en slik løsning trenger ikke pasienten/brukeren å forstå regelverket, men får direkte tolkning i form av beløp.

HVOR MYE FÅR JEG REFUNDERT?

HJEMKOMMUNE

ÅLESUND

SYKEHUS DU SKAL TIL

ST OLAVS HOSPITAL

REISER HJEMMEFRA

18.12.2015

KL

08:00

SKAL REISE MED



BIL



BUSS



FLY



DU VIL FÅ DEKT

3600,-

TEMA 2 - ULIKE BESTILLINGSRUTINER

HYPOTESE: Opplevs urettferdig og følges ulikt.

ULIK PRAKSIS

Inntrykket vi sitter igjen med etter pasientintervjuene, er at det er mye ulike praksis på hvem som er ansvarlig for bestilling av hotell. Ansvarsfordelingen mellom fastleger, Pasientreiser, avdelingene og pasienten selv synes å variere mellom hvert enkelt tilfelle. En konsekvens av dette kan være pasienter som møter opp og tror alt er på plass uten at en booking er gjort. En annen konsekvens er ledige hotellrom på grunn av pasienter som ikke vet en booking er gjort, men som ikke ønsker det.

Noe av dette kan forstås utifra det vi nå kjenner av regelverket. Noen av de vi har snakket med er per definisjon «innlagt», andre er til poliklinisk behandling og bor på hotellet. Noen har med pårørende, og må derfor bestille selv. Men for pasientene selv oppleves dette ikke logisk. De av pasientene vi har snakket med hvor avdelingene eller fastlegene hadde ordnet med hotell, hadde ikke tenkt så mye over dette, og var veldig fornøyd. Mens i de tilfellene hvor pasienten selv måtte organisere opphold og reise var det flere utfordringer.

Ulikhetene i ansvar for bestilling og betaling omtales som «urettferdig». Dette er noe pasientene selv snakker om når de møtes. Noen får fikset alt av andre, og alt er på stell. De ser aldri noe til regningen, og har god forutsigbarhet i hele forløpet. Andre sitter der med enorme regninger og vet ikke hvordan de skal få det til å gå rundt. For de det gjelder oppleves dette ekstremt urettferdig.

«Fastlegen min fikset alt. Alt var på stell»

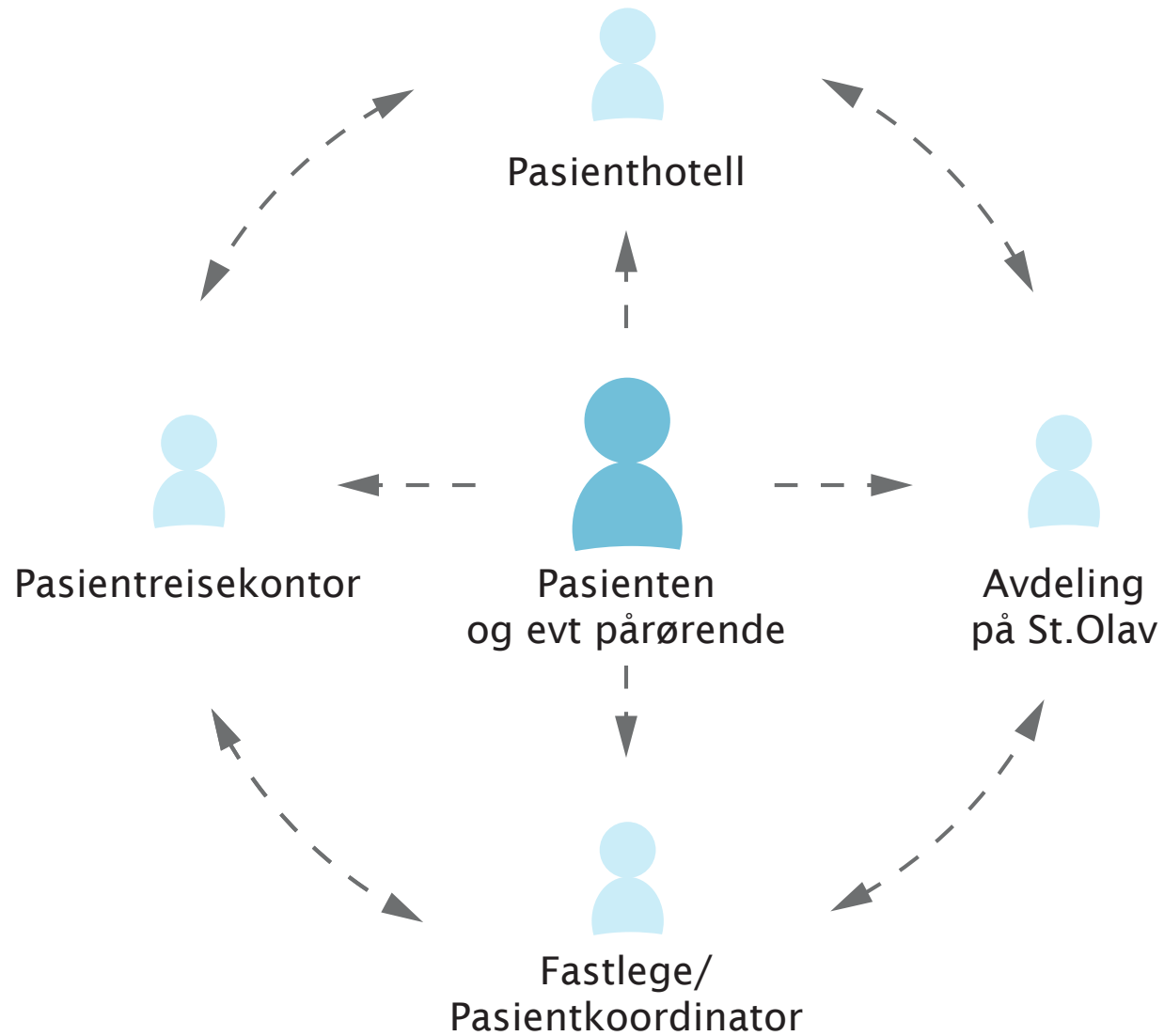
«Sist gang ordnet sykehuset alt. Men ikke denne gangen. Jeg skjønner ikke hva som er forskjellen».

«Jeg møtte på hotellet, men der var det ingen reservasjon på meg. Jeg trodde det var ordnet av sykehuset siden de sendte innkallelsesbrev og sa at jeg skulle bo på hotellet. Jeg visste ikke at jeg måtte bestille dette selv».

En gjennomgang av regelverket og tilpasning til pasientgruppene og praksis.

Mer forutsigbarhet for pasientene. Noen må ha ansvar for at overnatting er på plass for alle som skal hit.

Tydliggjøring på hvem som har ansvar for hotellbooking.



Hvem har ansvar når? Illustrasjon over ulike aktører i et vanlig forløp.



PASIENTEN

TRENGER ROM

TRENGER IKKE ROM

HAR BOOKET



FORNØYD PASIENT



NO
SHOW


AVDELINGEN

HAR IKKE BOOKET



MANGLENDE
BOOKING



FORNØYD PASIENT

KONSEKVENNS - MANGLENDE BOOKINGER

En av pasientene vi intervjuet forteller om en kamerat fra samme bygd som møtte på hotellet og trodde at alt var i orden, siden han var innkalt til St. Olav og fikk beskjed om at han skulle bo på pasienthotellet. Når han kom dit var det ingen reservasjon på han, og hotellet var fullbooket. Han sto da helt uten plass å bo, flere mil hjemmefra.

Ifølge hotellet er dette ikke uvanlig, men de finner som oftest en løsning på det. De sier også at den daglige telefonsamtalen med avdelingene ofte forhindrer slike hendelser, fordi man da kan sammenligne hvilke pasienter som skal komme, og hvilke det er bestilt hotell for.

“ «Fastlegen min fiksa alt
- sånn burde det være for alle - jamnt over heile
kåmmen»

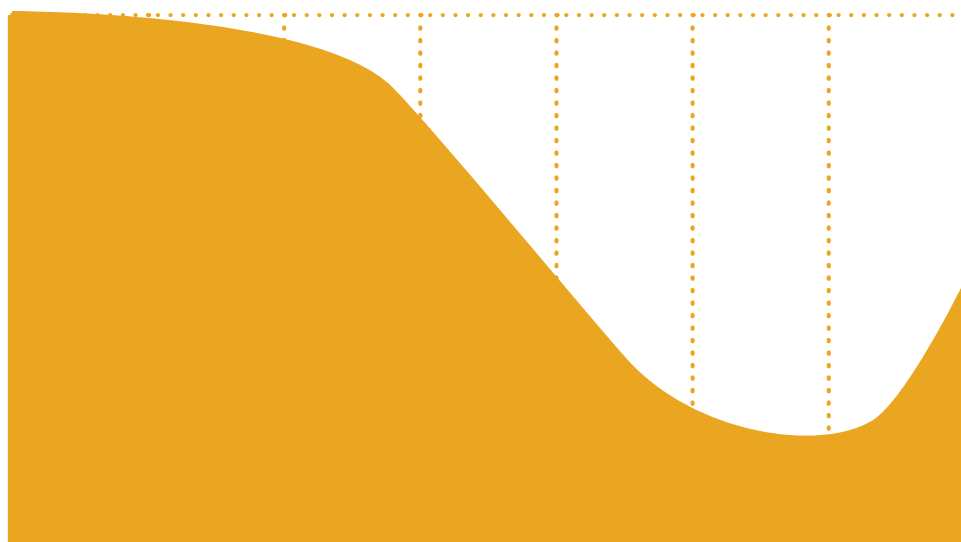
KONSEKVENNS - NO SHOW

Ifølge resepsjonistene på hotellet skjer det daglig at det er pasienter som ikke møter. Dette kan føre til at rom står tomme, selv om det ofte står pårørende på venteliste. Hotellet har laget et system for å forhindre at dette skal skje. De ringer til pasienter på ettermiddagene i 5-6 tida for å høre om de kommer hvis de ikke har møtt til da. Ofte har sykehuset glemt å avbestille, eller pasienten ikke gitt beskjed til sykehuset om at de ikke skal bo der. Hvis de får avkreftet bestillingen kan de gi rommet videre til folk på venteliste.

Hvis det er ledige rom kl 12 gies disse til polikliniske pasienter som trenger overnatting på grunn av reisevei. Klokken 15 går fristen ut for å avbestille rom som er forhåndsbestilt av avdelingen.



SMS som ønsker velkommen 12 timer før? Som på fly.



MANDAG TIRSDAG ONSDAG TORSDAG FREDAG LØRDAG SØNDAG



«Det er ingen hemmelighet at det er plassmangel, og sånn har det alltid vært. Det er veldig dumt at vi ikke har mer enn nok rom».

- ansatt på pasienthotellet

KAPASITET - PLASSMANGEL

De første dagene i uken er kapasiteten til hotellet helt fylt opp. Dette er stort sett pasienter med planlagte behandlinger, og antas å ha en sammenheng med koordinering av operasjoner og behandling ellers på St. Olav.

Potensielle brukere av hotellet er prioritert i forhold til en liste.:

1. Inneliggende pasienter ved St. Olavs Hospital. Pårørende til barn under 18 år, eller andre som sykehuset dekker oppholdet for og ønsker å prioritere.
2. Dagpasienter (Inne til behandling om dagen. Ligger så til observasjon om ettermiddagen, og må ha en overnatting påfølgende natt. Nært sykehuset).
3. Polikliniske pasienter (Pasienter som er til kontroll).
4. Øvrige selvbetalende pårørende.
5. Andre gjester internt eller eksternt.

Gjester som ikke får plass på pasienthotellet videresendes til samarbeidende hotell. Dette er fortrinnsvis Comfort Hotel Park og Scandic Lerkendal.

På rekvisisjonsskjema er det et mulig avkryssningsfelt hvor det står «kan flyttes», men dette er svært sjeldent brukt. Mer bruk av dette kunne gjort det enklere for hotellet å kunne prioritere hvem som kan flyttes,

Dette går særlig utover pårørende. Mer detaljer om dette er under tema 5 - pårørende.

KOMMUNIKASJON MELLOM HOTELL OG AVDELINGENE

Det går med mye tid til booking, også for hotellet. Men hotellet opplever at bookingen går bedre nå enn før. Det er mye logistikk. Håndtering av ventelister. Rekvisisjonen fakses, og må legges manuelt inn i bookingsystemet. Endringer fra sykehusets side, som kan oppstå hvis pasienter blir dårligere. Både pasienter og noen avdelinger ringer for å booke hotell. Rekvisisjonene kan også bli sendt med pasientene, eller leveres av avdelingspersonell. Hotellet har derfor kontinuerlig kontakt med både avdelinger og pasienter.

De fleste avdelingene har faste kontaktpersoner opp mot hotellet. Dette fungerer godt. Noen avdelinger har full kontroll på hvem som skal bo hvor (Klinikk for hjertemedisin nevnes som eksempel). Andre har mindre kontroll.

Hotellet ønsker gjerne å komme tidlig inn i informasjonsflyten, som i forbindelse med endring av pasientforløp. Dette får en del konsekvenser også for hotellet, og tidlig informasjon gjør det mulig å forberede seg på dette.

Hotellet kunne ønsket seg tilgang til St. Olavs intranett. Det har det vært snakk om tidligere, men ikke blitt gjennomført. For å kunne få tilgang til intranett må pasienthotellet være tilkoblet samme lokale nettverk som sykehuset. Det finnes kabling som ligger klar, men dette er ikke fikset per nå. Med tilgang til intranett ville det være enklere å få tak i riktig person på avdelingen. Samt å finne aktiviteter, tilbud og informasjon til pasientene.

«Ankomstlisten er uendelig lang, og endrer seg mye»

«Vi skulle gjerne hatt tilgang til intranettet til St. Olav. Da hadde det vært mye lettere å få tak i kontaktinfo til folk, og å kunne finne aktiviteter og tilbud til gjestene våre.»

Tilgang til intranett for pasienthotellet ville gjort det enklere å finne kontaktinfo, og informasjon til pasienter

Faste kontaktpersoner på avdelingene.

Digitalt bookingsystem, med muligheter for å gjøre endringer og hvor rekvisisjon er innbakt i systemet

INFORMASJONSBREVET - VIKTIG!

Informasjonsbrevet som sendes fra St. Olav før de skal komme spiller en viktig rolle. Noen opplever brevet «som veldig enkelt å forstå», mens andre synes at brevene ikke sier noe som helst. «Det står det samme i alle brevene jeg får, og jeg forstår ingenting». Det virker som at de som har en del erfaringer med sykehusverden fra før klarer å navigere seg i denne informasjonen, mens de som ikke har vært i kontakt med sykehuset før har vanskeligere for å forstå språket og innholdet.

I møtet med ansatte fra hotellet nevnes også dette brevet. Det er ofte «langt og tettskrevet», og det er ikke alltid pasientene får med seg setningen om at de selv skal booke hotell.

“ «Samme som stende i alle brev, så det er det ikkje vits it».

💡 En gjennomgang av infobrev for å sikre god informasjonsflyt til pasienter,.

LIKER Å FORBEREDE SEG

Flere nevner viktigheten av å forberede seg før de kommer. De liker å vite hvilket bygg de skal til, og hvordan de skal finne fram dit. Noen sier at de sitter på nett og prøver å finne fram, og andre går en prøvetur dagen før hvis de kommer tidlig. Dette gjelder sikkert også pasienter som er på poliklinisk behandling. Og det er derfor viktig at god informasjon rundt dette er tilgjengelig på nett, eller i evt innkallelsesbrev.

“ «Vi gikk her kvelden i forveien. Skulle møte kl08 om morgenen - Fint å vite på forhånd om du rekker det».

💡 Det er viktig at informasjon om hvordan man finner fram er lett tilgjengelig på nett. Dette gjelder også hvordan man finner fram inne i de ulike byggene. Hvordan man finner fram på togstasjonen, og praktisk informasjon om parkering på St. Olav.

REISE, TRANSPORT OG PARKERING

Å komme seg til St. Olav er for mange en del av opplevelsen. Siden mange har lang reisevei, og ikke alle er like vant til å reise, kan reisen i seg selv bli en terskel for noen.

Flere av de vi har snakket med kommer med bil. Parkering på St. Olav nevnes som et viktig punkt når man kommer kjørende. Hotellet har noen parkeringsplasser til 125,- kr døgnet. Utenom dette blir det noe dyrere. Noen av de vi intervjuet hadde ikke selv lov til å kjøre bil på grunn av undersøkelsen de hadde vært gjennom og var avhengig av pårørende som kunne kjøre, eller rutetransport.

Flere andre nevner toget som en god måte å komme seg til St. Olav. Lokaltoget går ofte fra Marienborg, og for de som skulle sør-øst gikk toget fra Sentralstasjonen. For noen kan dette by på en utfordring.

“ «Eg veit ikkje korleis eg skal koma meg heim»

For de som kommer fra Sunnmøre var det fly som var reisemåte. Den ene fra Sunnmøre kontakt Pasientreiser som ordnet flybillett, og hvor han fikk billetten på SMS. Dette synes han fungerte utmerket. Den andre pasienten fra Sunnmøre måtte selv ordne alt av transport. Denne damen var i 80-årene og ikke vant til å reise. Hun fikk hjelp av pårørende til å bestille flybillett opp, men satt nå og ikke visste hvordan hun skulle komme seg hjem til jul.

Noen av de vi snakker med sier at avdelingene har tilpasset oppmøtetidspunkt slik at de rekker transport på morgenen. Som første morgenfly eller helseekspressen. Dette minsker behovet for overnatting på grunn av tidlig oppmøte på avdelingene.

💡 Oppmøtetidspunkt som gjør det mulig å komme seg til sykehuset på morgenen gjør at noen unngår å måtte overnatte en ekstra natt på hotellet. Disse nettene er ofte ikke dekt av Pasientreiser.

TEMA 3 - PLASSERING AV HOTELLET

HYPOTESE: Fysisk nærhet til St. Olav er viktig, og avstanden er utfordrende for noen pasienter - selv om hotellet er på området.

BEHOV FOR NÆRHET TIL SYKEHUSET

Alle pasienter og pårørende vi snakket med ga uttrykk for at nærhet til sykehuset var viktig. For noen gjaldt dette rent praktiske forhold. Vonde knær eller rullestol gjør avstandene store selv innad på sykehusområdet. Ved tidlige møtetidspunkt om morgenen var det kjekt å vite at man rakk fram i tide. For pårørende var det viktig å vite at de var nært hvis de skulle få en telefon om å komme på kort varsel. Noen pasienter hadde også mer sporadiske avtaler i løpet av dagen, og det var da kjekt å kunne gå fram og tilbake.

Av de vi snakket med var det ingen som ga uttrykk for at de opplevde et behov for nærhet på grunn av medisinsk trygghet. Dette kan være av flere årsaker, som i hvilke årsaker de var på St. Olav, flere av de vi snakket med opplevde ikke seg selv som syke og det kan også være med å påvirke.



Å FINNEVEI

Nesten alle vi snakket med omtalte St. Olav som stort og utfordrende å finne fram de første gangene de var her. For de mer rutinerne var ikke dette et problem, og de opplevde det som greit å finne fram til en ny plass. De fleste nevnte at de hadde hatt utfordringer med å finne fram første dagen, men hadde løst dette ved hjelp av kart og å spørre seg fram. Mange opplever det som viktig å være godt forberedt før de skal møte. En hadde sammen med pårørende prøvegått veien til avdelingen kvelden i forveien.

De fleste vi snakket med satt pris på at de kunne gå innendørs rundt om på sykehuset. Spesielt nå vinterstid (desember). Flere synes at det var mer utfordrende å navigere innendørs enn utendørs. Det var vanskeligere å se hvor man går når man ikke kan navigere. Andre satte pris på å gå utendørs. De likte seg best utendørs. Og så på å finne fram rundt om på St. Olav også som en liten «trimtur».

PORTØRTJENESTER

Kun en av de vi snakket med hadde benyttet seg av portørtjenester. Ytterligere en hadde fått tilbud om det første dag, men takket nei. Men både ansatte på hotellet, og helsepersonell sier at portørtjenester er en del benyttet mellom hotell og avdeling.

Hotellet har noen gang behov for å bestille portørtjenester. Eller å sjekke hvis gjesten er usikker på om det er bestilt portørtjenester. Dette krever noe organisering fra deres side siden de må ringe avdelingene, og komme i kontakt med riktig person for å skaffe rekvisisjon for bestilling av portørtjenester. De kunne gjerne tenkt seg å kunne bestille portørtjenester selv, såfremt dette var klarert ift regelverk og at det var ok å belaste avdelingene.

 Kan resepsjonen til hotellet få adgang til å bestille portørtjenester ved behov?

TEMA 5 - TILBUD PÅ HOTELLET

HYPOTESE: De som må betale selv kunne ønsket seg et rimeligere alternativ. De som bor på hotellet over lengre tid har noen andre behov enn de som er der for en kortere periode.

OVERORDNET INNTRYKK

Når vi snakker med både pasienter og pårørende virker de aller fleste veldig fornøyd med kvaliteten på det hotellet som møter de i dag. «Kjempeflott», «Fantastisk» og «Veldig hyggelige folk som jobber der» er uttrykk som går igjen.

Som gruppe virker ikke pasienter veldig kravstore, de opplever detaljer som manglende bacon til frokost som relativt irrelevant i den situasjonen de er i. Samtidig så er det en del ting man kan gjøre for å forbedre situasjonen. Flere nevner at de ville vært mer kravstore om de betalte selv. Spesielt for de som må bo på hotellet i lengre tid kan tilbudet på hotellet være viktig. Dette kan dreie seg om opptil 2-3 måneder. Med 20 min behandling om dagen, så blir det mye ventetid.

MAT OG DIETT

Når det kommer til maten på hotellet så har vi fått litt blanda tilbakemeldinger. Av de vi har snakket med er matlysten veldig varierende, og dette sier de selv påvirker hvordan de betrakter maten. Mange sier at den er så god at de må passe på så de ikke legger på seg for mye mens de er her. Andre sier at det godt kunne vært mer variasjon. Eller at de ville hatt andre forventninger hvis de hadde betalt for det selv. Restauranten beskrives som «litt kantineaktig», med «pinnestoler som ikke akkurat er behagelig i lengden».

Hotellet er behjelpelig med å lage diettmat eller ønskekost. Bekymring om mangel på dette kom fram i workshopen med helsepersonell. Det forutsetter at pasienten eller avdelingene sier ifra om dette på forhånd. Vårt inntrykk er at gjesten ofte lar være å be om ting som ikke er der, men at de også da delvis vet at de kunne spurt om det hvis de «maste litt». Terskelen for «å mase», et uttrykk pasientene selv brukte, virket generelt høy.

Av de vi intervjuet var det én med diabetes. Han så på det som sitt ansvar å finne alternativ i buffeten som passet til hans behov, dette mente han gikk fint når han hadde flere alternativ å velge imellom. Han mente også at han burde holde seg unna dessertbordet, og kanskje heller unne seg en vanlig dessert i ny og ne hvis han var flink med kostholdet ellers. Samtidig, så hadde det vært hyggelig med en sukkerfri dessert noen ganger. Det hadde han ikke funnet.



“ To meddaga om da`n - vinn nesten itj å bli sulten igjen

- 💡 Kan gjesten selv «bestille» diett når han/hun sjekker inn på hotellet?
- 💡 Bedre orientering til gjester og avdelingene på hvilke dietter som tilbys

HJELP PÅ HOTELLET

Pasienter som bor på hotellet skal klare å gå til mathallen og stelle seg selv. De aller fleste er selvstendige, men kan trenge hjelp til å bære ting, vise hvordan de skal bruke nøkler o.l.

Pasienthotellet har noe muligheter til å bistå med medisinsk hjelp i dag. Det som oftest oppstår er blødninger og slikt som «kan skje uansett», som hjertestans eller akutt alvorlig sykdom. De har sykepleier tilstede. Hvis det er noe alvorlig som oppstår, ringer de 113 og ambulansen er veldig raskt tilstede.

Hjelpemuligheter hotellet beskriver de har i dag:

- Det er alarm på rommene.
- De har kontakt med avdelingene.
- Sprøyter
- Kompetanse på hjertestans
- Nærhet til hotellet hvis det skjer noe - spesielt viktig for dagkirurgi

MANGLENDE INFO OM HJELPENIVÅ PÅ HOTELLET?

Det hender at resepsjonistene opplever at det er gjort noen dårlige vurderinger på tilstanden til pasientene. De tenker at det kan ha noe med plassmangel på avdelingene, og at det kan være noe manglende info om at hotellet ikke driver med pleie.

Noen ganger kan også avdelingene mangle informasjon om tilstanden til pasienten. En eldre dame resepsjonistene hadde hatt erfaring med hadde sagt: «det går sikkert greit å bo på hotellet», men hun visste ikke hva hotellet var, og antok at det var en lettpost. Den ene resepsjonisten vi snakket med opplevde at mange tror at hotellet er en lettpost.

En av resepsjonistene sa det slik: «Vi har kompetanse i å hjelpe medisinsk + støttestrømper og lignende, men ikke ressurser».

I workshopen med helsepersonell ble det diskutert hvorvidt det var en mulighet for at man kunne gi f.eks IV-behandling på hotellet. Basert på de intervjuene vi har hatt med hotellet, er ikke det noe de ser på som umulig, så lenge rutiner og ansvarskontroll er på plass.

AKTIVITETER

Rusleturer i Trondheim og omegn nevnes av mange som et viktig tidsfordriv. Det å holde seg i aktivitet føles viktig. Flere av de vi har snakket med har lite kjennskap til byen Trondheim før de kom. De vet ikke helt hva som finnes av muligheter, og hvor langt unna ting er, men ser på situasjonen som en mulighet for å «være litt turist når de først er her».

Selv om resepsjonen på hotellet er veldig behjelpelig med informasjon, er det for mange en stor terskel å «spørre om hjelp». Så kanskje kunne en fin brosjyre på rommene være en mulighet? I resepsjonen finnes det en del informasjon på skjerm, som for eksempel rutetider til buss o.l, men inntrykket er at målgruppen ikke helt er vant til å innhente informasjon på denne måten og ikke forstår at de kan finne den der. Flere er heller ikke vant til å søke på internett for å finne det de trenger av informasjon og foretrekker å få den skriftlig og i hendene.

“ Fint å trim og få se litt mosjon.



God informasjon om dette på nett og på rommet



SOSIALT

Arenaer for å kunne møte andre i samme situasjon, og gjerne uten å snakke om sykdommen, nevner alle vi har snakket med som viktig. Spisesaler og TV i resepsjonen skaper et utfordrende lydbilde for de med dårlig hørsel eller høreapparat. Per i dag finnes det ingen plass å være sosial på hotellet utenom disse. Samtidig er det å samles foran en storskjerm under en landskamp noe mange sier de setter pris på. En peisestue uten en summende TV i bakgrunnen, med noen myke sittegrupper kunne vært en løsning. Eller en bibliotekrok med «stille område» hvor man kan se andre uten at man nødvendigvis må snakke med de.

Noen trenger også et lite «påskudd» til å ta kontakt med andre, selv om de fleste gjør dette på eget initiativ under måltid eller lignende. Vardesenteret har allerede en del tilbud, men dette omfatter bare kreftpasienter. Kanskje er det rom for å arrangere noen treffpunkt utenom dette, uavhengig av diagnoser.



*Eg traff ei veldig hyggelig dame her i går
- eg håper eg treff ho igjen idag*

Trefft my` trivelige folk her ja



Bildekilde: Pasienthotell St. Olav sine sider på [hotels.com](https://www.hotels.com)

KOMFORT PÅ ROMMET

TVen på rommet er viktig for mange, men flere av de vi har snakket med sier at det er radioen de er vant til å høre på. Spesielt på dagtid. Så kanskje er dette et lite tiltak som kunne vært noe for mange.

«Gode senger», «stort bad» og «rent og fint» går også igjen hos de fleste. Et par av de vi har snakket med synes det er merkelig at sengene er så smale (75cm), når det uansett bare skal være én seng på rommet. Og et par savner en godstol de kan krype opp i for å lese en god bok på kveldstid. Flere av de vi snakket med likte å lese bøker når de skulle slappe av. De hadde ikke kjennskap til at sykehuset har eget bibliotek.

“ Sjør berre nyheter på TV'n! Mest radion
æ e vant t - my bra program der

“ «Jeg trenger litt ekstra plass nå som
jeg begynner å bli litt gammel og stiv og
støl»



Økt komfort på rommene. Brederer
senger, og gode lenestoler



Radio!

HOTELL VERSUS SENGEPOST

Om hotellet oppleves som «sykehus» eller «hotell» får vi blandede tilbakemeldinger.

Med et såpass lite utvalg er det vanskelig å kunne si at noe er en trend, men det virker som at de yngre vi har intervjuet betrakter hotellet som mer sykehusaktig enn de eldre. «Det var mye verre før» sa en eldre kar vi snakket med, som hadde vært innlagt på sykehuset som barn. «Æ ska no barra såvva» sa en annen, som ikke synes det var så farlig om denne sengen var på sykehuset eller på hotellet. En yngre mann syntes at hotellet virket som en forlengning av sykehuset, og at han ville valgt et annet alternativ hvis han selv skulle betalt. Han kunne tenkt seg at det så mer ut som et hotell, og at han fikk bacon til frokost.

Så og si alle vi har snakket med foretrekker hotellet framfor å skulle være på en sengepost. «Man e no meir sæ sjøl», «meir sjølstyrt» og «føler meg ikke syk». Hotellet opplevdes også som «stille og rolig» i forhold til i avdelingene, nevnte de som hadde overnattet begge plasser. De resterende var de som «ikke synes det var så farlig», «om jeg sover her eller der spiller ingen rolle sånn sett». De to dette gjaldt var vel og merke bare på hotellet i korte opphold. Langttidsbeboerne var veldig tydelige på at de foretrakk hotellet.

KONTAKT MED AVDELINGENE

Kontaktpunktene pasientene har med avdelingene blir desto viktigere. Ei hadde fått oppgitt fem telefonnummer til ulike kontaktpersoner på avdelinga. Men hun hadde prøvd å ringe disse ved et par anledninger, og fikk først ikke svar, og fikk ved en senere anledning beskjed om at de skulle ringe opp igjen senere. Dette skjedde aldri. «Da gir man fort opp. Ikkje vits i å få noken nummer om dei ikkje funka». Hun hadde en alvorlig sykdom, og hadde en del spørsmål og bekymringer rundt dette. Spesielt på kveldstid. Dette var det ikke alltid rom for å huske på, eller plass til, i de tjue minuttene hun møtte avdelingen hver dag. Det er viktig å nevne at hun synes at de hun traff på avdelinga var «utrolig dyktige og fine folk å snakke med», men ved å bo på hotellet, så mistet hun den nærheten hun kanskje hadde behov for i en sårbar situasjon.

Kanskje er det også vanskelig for helsepersonell å se hvor stort dette behovet er for enkelte personer når de ikke er tett nok på. Hun sa selv at «hun var god til å ta seg sammen». For de fleste andre vi snakket med var ikke dette behovet like stort. De opplevde ikke at de hadde spørsmål de ikke kunne ta i de møtene de hadde hver dag, men sa at skriftlig informasjon om sykdom og behandling, og plass til å stille spørsmål i møtepunktene er viktig.

Utreisebrev med informasjon om hva som skjer videre, ble også nevnt av mange som et viktig dokument. Her kunne de finne igjen detalj-informasjon om hva som skjedde videre, og hva som var viktig å huske på. Flere nevnte at de som oftest ikke husket noe av den muntlige informasjonen de fikk i samtaler med leger o.l., og at de som oftest hadde spørsmål i etterkant som de ikke kom på når de hadde anledning til å stille disse.

“ Ikkje vits i å få noken nummer om dei ikkje funka

TEMA 6 - PÅRØRENDE

HYPOTESE: Det er stor mangel på overnattingsmuligheter for pårørende på St. Olav. Pårørende trenger også informasjon om hvilke muligheter de har på overnatting og mat når de er her over tid.

INGEN TILBUD?

Vårt inntrykk er at det mangler et tilbud for pårørende på St. Olav. Hotellet opplever at de stadig vekk må si nei til pårørende som sårt trenger et overnattingstilbud i nærheten av sykehuset. Selv om man prøver å finne muligheter så langt det lar seg gjøre, kan dette være pårørende som er inne i en dramatisk livssituasjon, og hvor det viktigste er å være nært pasienten. Det er derfor ikke bare enkelt å skulle være på et hotell lenger unna enn strengt nødvendig.

“ De sover heller i en korridor enn å dra til et annet hotell.

“ De vet ikke om de får bo her eller ikke, og det må være helt forferdelig».

“ «Sykehuset har ikke noe godt tilbud til de pårørende».

VENTELISTE

Pårørende er ikke øverst på prioriteringslisten. Når hotellet er fullbooket, noe det er i første delen av uken står det en del pårørende igjen uten rom. Dette resulterer i at pårørende videresendes til andre hotell, står på nye ventelister daglig, og får plass sent på kveld. Ved alvorlig sykdom er dette ekstra vanskelig. Hotellet prioriterer barn og pårørende til barn, og prøver å finne løsninger for disse så langt det lar seg gjøre. Allikevel er det på grunn av plassmangel mulighet for at dette ikke lar seg løse.

Hvis pasient og pårørende har bodd sammen, og pasienten blir innlagt, da blir den pårørende «kastet ut» og satt på venteliste.

“ Det er jo ganske krevende å være en pårørende. Skulle ønske vi hadde mer plass til dem.

ØKONOMISK KOMPLISERT

Pårørende har få eller ingen rettigheter til økonomisk kompensasjon, med mindre de er med som «ledsagere». Utgiftene ved langvarig hotellopphold kan være store, og oppleves som en ekstra byrde. Allikevel er det mange som til tross for dette vil være i nærheten av pasienten mest mulig.

“ Man har ikke rett på noe som helst, og det kan man likegodt få informasjon om med en gang. I stedet for å skulle lete etter det.

“ Det blir ganske dyrt, spesielt om man har med pårørende. Hotellet - 3-400 ekstra for hotell, mat, 100 i parkering hvert døgn. Det må jo bli veldig dyrt hvis du har kreft og må være her lenge

BEHOV:
**PRAKTISK
 INFORMASJON
 FOR PÅRØRENDE**

BEHOV:
**NÆRT PASIENTEN
 + SENG + DUSJ
 + VANNKOKER
 + TØRRMAT**

“Vi var litt i sjokktilstand begge to”

“Man trenger egentlig noen til å ta hand om seg”

“Hvordan skal jeg oppføre meg på avdelingen?”

“Ikkeno luksus som jeg er ute etter”

HENDELSE:
**AKUTT
 TRAUME**



KONTAKT FØR ANKOMST	TRANSPORT	ANKOMST ST. OLAV	SOVER I EN STOL PÅ ROMMET	PÅ AVDELINGEN PÅ DAGENE	SOVER PÅ HOTELLET	REISER FRAM OG TILBAKE MELLOM HJEMSTED OG ST. OLAVS
<p>N.N blir kontaktet om at ektefellen har vært i et alvorlig traume (ulykke), og får beskjed om å komme til lokalsykehuset så snart som mulig. Avreise til Trondheim om senest 1 time.</p> <p>“Rasker sammen det hun tenker er nødvendig”.</p>	<p>Hun reiser sammen med pasienten via ambulanse - ambulansedyr og ambulansesjåfør. Alt ordnes underveis.</p>	<p>Kommer til St. Olavs sent på kvelden. Har glemt et par vesentlige ting, som mobil og lader. Noe som er viktig for å kunne ha kontakt med resten av familien hjemme.</p> <p>Vet ikke helt hvor hun kan gå for å finne mat eller lignende. Ikke kjent på St. Olavs i det hele tatt. Synes selv at pasienten selvfølgelig er det viktigste, og vil ikke ta fokuset vekk fra det. Men pårørende trenger også noe.</p>	<p>Sov i en stol på rommet hele natta. Fikk vite i etterkant at dette ikke var helt lovlig. Men der sov hun godt, og det var der hun ville være.</p> <p>Hun forstår ikke helt hvorfor dette skal være et problem for brannforskriftene. Hun kan til og med bidra hvis det skulle være en evakuering.</p>	<p>Tilbringer mest mulig tid på avdelingen om dagen. Vil være i nærheten. Hjelper til med stell og lignende. Er usikker på hva som er god “etikette” som pårørende.</p> <p>“Hvordan skal jeg oppføre meg på avdelingen?” “Synes de at det blir for mye av meg? Hvor kan jeg finne mat?”</p> <p>Har jeg noen rettigheter? Hva kan jeg forvente meg?</p>	<p>Andre natten får hun rom på pasienthotellet. Rommene er forbeholdt pasientene. “Naturlig nok”. Hun står derfor på venteliste hver dag, og ble oppringt en kveld 2130. Ny venteliste hver dag. Veldig uforutsigbart.</p> <p>“Hotellet er kjempefint! Ingenting og klage på, men du betaler for tjenester du føler er helt unødvendig. jeg kommer kl 22, sover, spiser frokost og drar igjen”</p>	<p>Kostnadene ved å bo på hotell blir ganske store etterhvert. Hun reiser derfor fram og tilbake til hjemstedet. Egentlig kunne de begge tenkt seg (pasient og pårørende) at hun kunne være der hele tiden.</p>

EN PÅRØRENDE-HISTORIE

For å illustrere problematikken er historien til den ene pårørende vi intervjuet vist på side 38. Denne pårørende er kommet sammen med pasienten til St. Olav etter et alvorlig akutt traume. Det er uvisst hvor lenge dette oppholdet vil bli, men har foreløpig vart i overkant av en måned. Siden de er fra en kommune 300 km fra St. Olav er hun avhengig av overnattingsmuligheter for å kunne være nær pasienten. Med de mulighetene hun har i dag velger hun å reise fram og tilbake i perioder. Noen netter har hun sovet på hotellet, noen netter i en stol på rommet.



RØDKLØVERHUSET

I samtale med brukerrepresentant blir vi gjort oppmerksom på Rødkløverhuset i Namsos, et rimeligere alternativ til pasienthotell. Dette er for både pasienter og pårørende.

Pasient: kr 400 per døgn

Ledsager: kr 400 per døgn

Pårørende: kr 250 per døgn

Barn som pårørende: kr 100 per døgn

For mer informasjon - se link under bildet

<http://www.hnt.no/no/Pasient/Pasient-og-paerende-i-Helse-Nord-Trondelag/Overnatting-i-Rodkloverhuset-Namsos/123655/>

Mulig konsept - Rimeligere alternativ

BEHOVET:

**SENG + DUSJ
+ VANNKOKER
+ TØRRMAT**

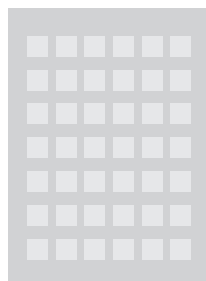
"IKKENO LUKSUS
SOM JEG ER UTE ETTER"



PÅRØRENDE

?

Hvor mange pårørende er det som trenger overnatting i Trondheim?



RIMELIGERE ALTERNATIV?

En leilighet som kunne disponeres i en måned. Ukespris/månedspris. Flere i familien som kunne komme på besøk.

Forutsigbarhet i å vite at rommet var der. Veldig viktig med nærhet til sykehuset. Får dekt behovet til en mye lavere pris, og muliggjør at pårørende og familie kan komme på besøk.



SOVESAL

Er en sovesal med en seng og en felles kjøkkenkrok en mulighet?

Finansiering til rydding/vasking av egenandel hos de overnattende.



MIDLERTIDIG SENG PÅ PASIENTROM

Hvilke muligheter har man til å endre brannforeskrifter for pasientrom? Pårørende beskriver behovet for å være nært pasienten som stort. Og ville ofte foretrukket å være på rommet.

Kunne pårørende også spist på avdelingene hvis de betalte en egenandel for måltidene?

INFORMASJONSBEHOV

Pårørende som kommer til St. Olav har ofte liten erfaring med sykehusområdet fra før. De som kommer langveisfra har ofte heller ingen erfaring med byen Trondheim. De trenger derfor praktisk informasjon underveis.

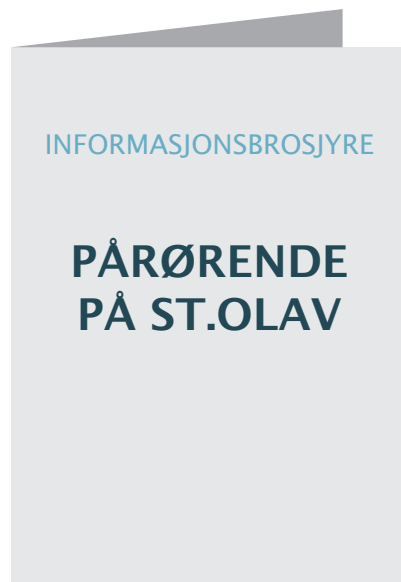
Pårørende som vi har intervjuet kom til St. Olav grunnet et akutt traume, og var derfor på ingen måte forberedt. Dette innebærer at det er lett å glemme toalettsaker, mobillader osv. Hun synes også det var vanskelig å finne ut hva hun hadde av overnattingsmuligheter, og hvor hun kunne finne mat. Selv om de ansatte på avdelingene var hyggelige og hjelpsomme, hadde de varierende kunnskap om dette.

Det illustrerte konseptet på side 43 viser noen av de temaene hun tenkte kunne være interessant å ha med i en brosjyre for pårørende.

“ «Vi var litt i sjokktilstand begge to»

Mulig konsept - Informasjonsbrosjyre til pårørende

BEHOVET:
**PRAKTISK
INFORMASJON
FOR PÅRØRENDE**



- FORUTSIGBARHET**
Hvilke rettigheter har jeg?
Hva kan jeg forvente?
- BASALE BEHOV**
Hvordan kan jeg fikse overnatting?
Hvor finner jeg mat?
Hvor er butikken?
- NORMER OG REGLER**
Hva er god etikette på sykehusavdelingen?
Er jeg i veien? Når kan jeg besøke?
Er det greit at jeg stiller spørsmål?
- VENTETID**
Er det en plass jeg kan være mens jeg venter?
Er det noe å finne på mens jeg venter?
- ORIENTERE SEG**
Hvordan finner jeg fram på St. Olav?
- SNAKKE MED/KONTAKT**
Er det noen jeg kan snakke med?
Ta kontakt med hvis jeg har spm?

del 3 - Råmateriale

Digitalisert utgave av informasjon
som ble samlet inn

SAMMENDRAG AV INTERVJU

FORKLARING TIL ILLUSTRASJONER

Illustrasjonene viser utdrag/sammendrag av intervjuene med pasienter og pårørende. Høyre side gir oversikt over «malen» som ligger til grunn. Reisen tar for seg aktiviteter og forløp fra innkallingsbrev, til ankomst på hotell, kontakt med avdeling, og hjemreise.

Den fargede stiplede linjen indikerer «følelsesreisen» til gjesten. Farget areal over midtlinjen indikerer at gjesten er stortsett fornøyd. Større areal indikerer en mer fornøyd gjest. Farget areal under midtlinjen indikerer punkt for forbedringspotensiale.

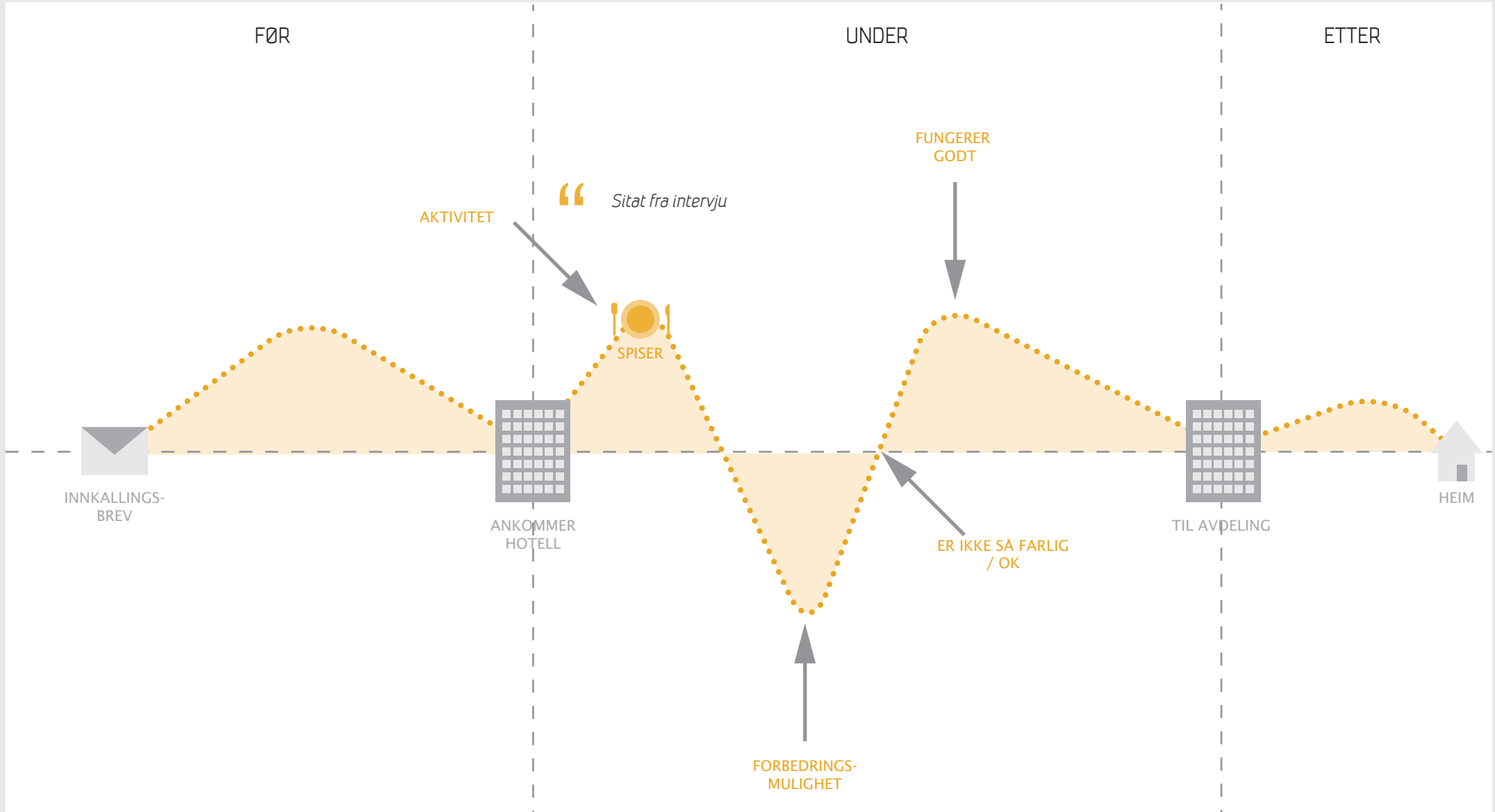
De viktigste aktivitetene for gjesten er indikert med symboler. Og relevante sitat er i tilknytning til dette.

AKUTT/PLANLAGT - VARIGHET

Tekst som beskriver situasjonen til pasienten.



AVDELING/BEHANDLING
KJØNN - ALDER
REISEVEI
HYPPIGHET AV BEHANDLING



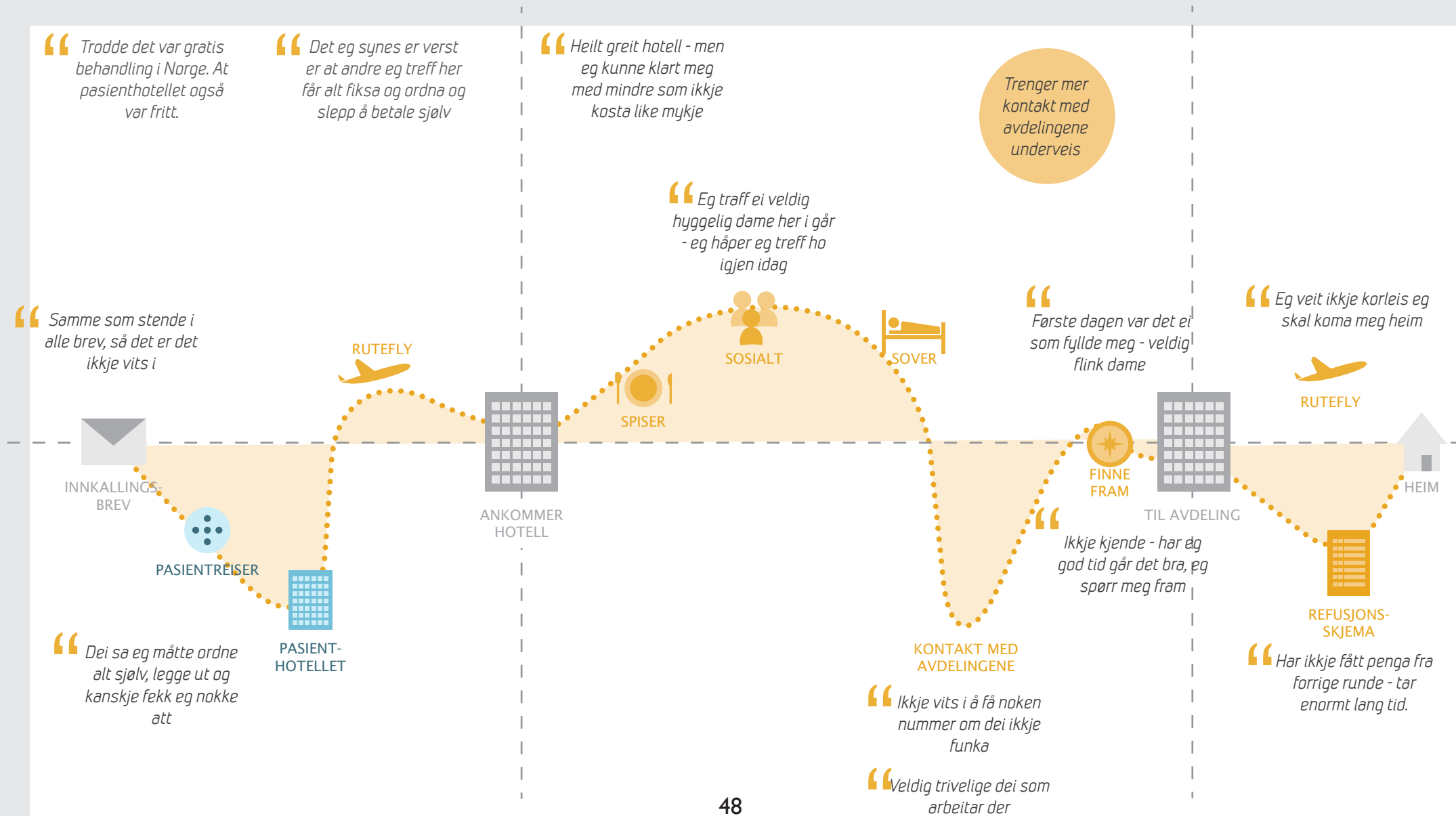
PLANLAGT - 2MND OPPHOLD



KREFT - STRÅLEBEHANDLING
DAME 80
REISEVEI: CA 300KM
TIL BEHANDLING 1 GANG PER DAG

Eldre dame med svært alvorlig sykdom. Har tidligere vært på St. Olav én gang, og dette er første runde med strålebehandling.

Det hun opplever som de største utfordringene er at hun må legge ut store summer selv, og hun aner ikke hvor mye av dette som dekkes i etterkant. Hun har også en del praktiske utfordringer ift å skulle bestille flybilletter på nett, og å finne fram her i Trondheim. Hun kunne tenkt seg et rimeligere alternativ og . Hun har også en del spørsmål utenom behandlingstid, og selv om hun har fått telefonnummer til avdelingen har hun ikke nådd igjennom der. Det viktigste for henne i hotelltilbudet er å treffe andre, men helst uten å snakke om sykdom.

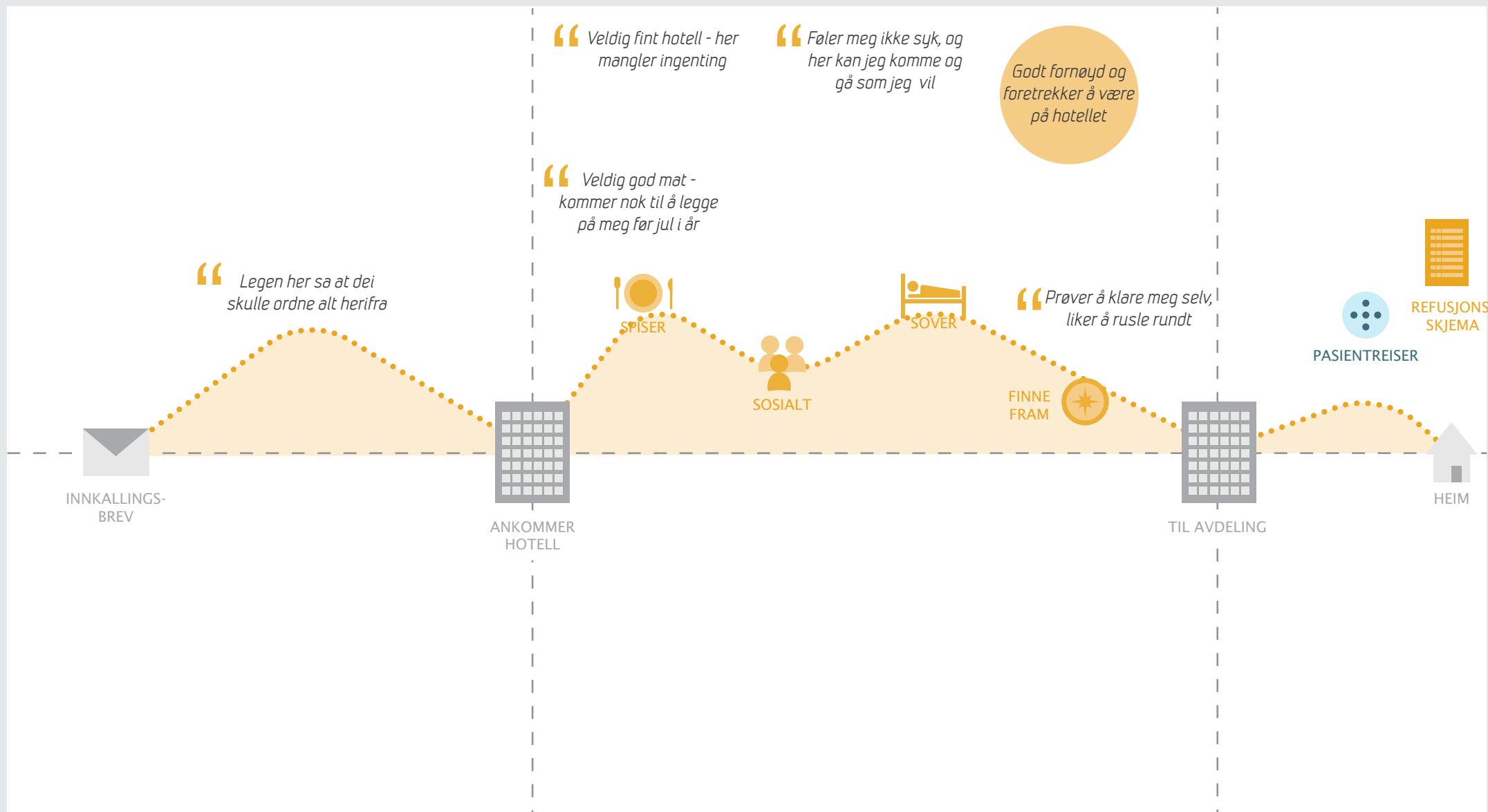


PLANLAGT - 2MND OPPHOLD



KREFT - STRÅLEBEHANDLING
DAME 50
REISEVEI: CA 180 KM
TIL BEHANDLING 1 GANG PER DAG

Dame i 50-årene. Har tidligere vært operert, og er nå inneliggende pga strålebehandling. Opplever ikke seg selv som syk, og setter stor pris på friheten på hotellet. Ventetiden var hun forberedt på, og bruker den aktivt til å gå turer og ordne julegaver o.l. Hun gir uttrykk for å ha lite bekymringer vedrørende sykdom som hun ikke kan ta i de eksisterende kontaktpunktene med avdelingen. Har heller ikke særlige behov for å ta kontakt med



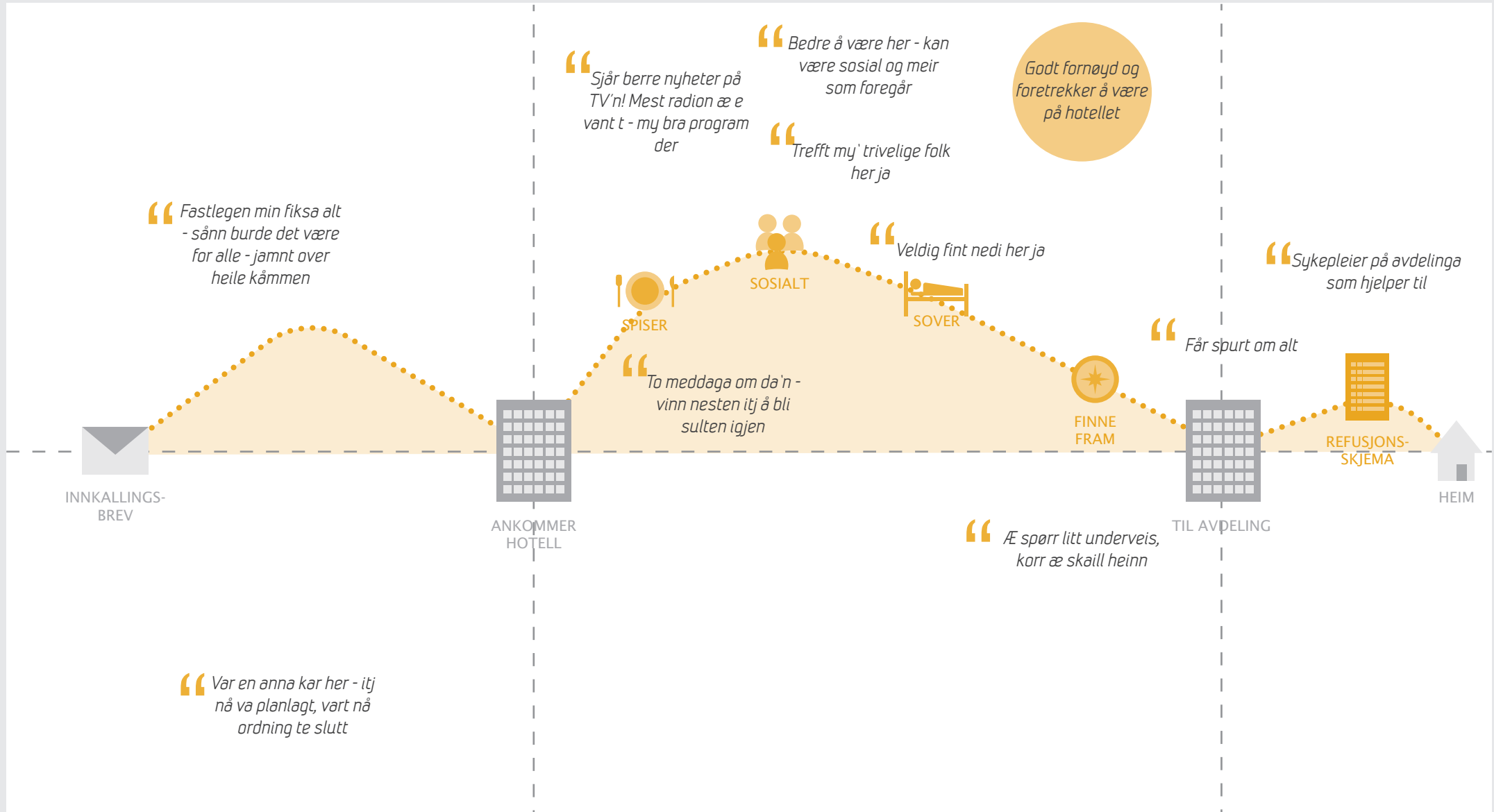
PLANLAGT - 2MND OPPHOLD



KREFT - STRÅLEBEHANDLING
MANN 70
REISEVEI: CA 180 KM
TIL BEHANDLING 1 GANG PER DAG

Mann i 70-årene som er på planlagt opphold i 2 mnd. Har hittil vært her i overkant av en uke, og er på daglige 20 minutters strålebehandlinger. Ellers er det mye fritid som han først og fremst bruker på å være sosial, kose seg med gode måltid og å trimme litt. Det viktigste for han er det sosiale, og han har blitt kjent med flere i løpet av oppholdet. Dette er folk han kommer i kontakt med under måltid og i resepsjonsområdet. Synes selv at han har fått ypperlig hjelp gjennom hele forløpet og er godt fornøyd med hotellet, men har truffet andre hvor ingenting virket planlagt.

Mannen har behov for diabetesmat, og mener det er greit å finne innenfor den buffeten som er der, men kunne tenkt seg noen gode sukkerfrie desserter innimellom, noe som han ikke har funnet.

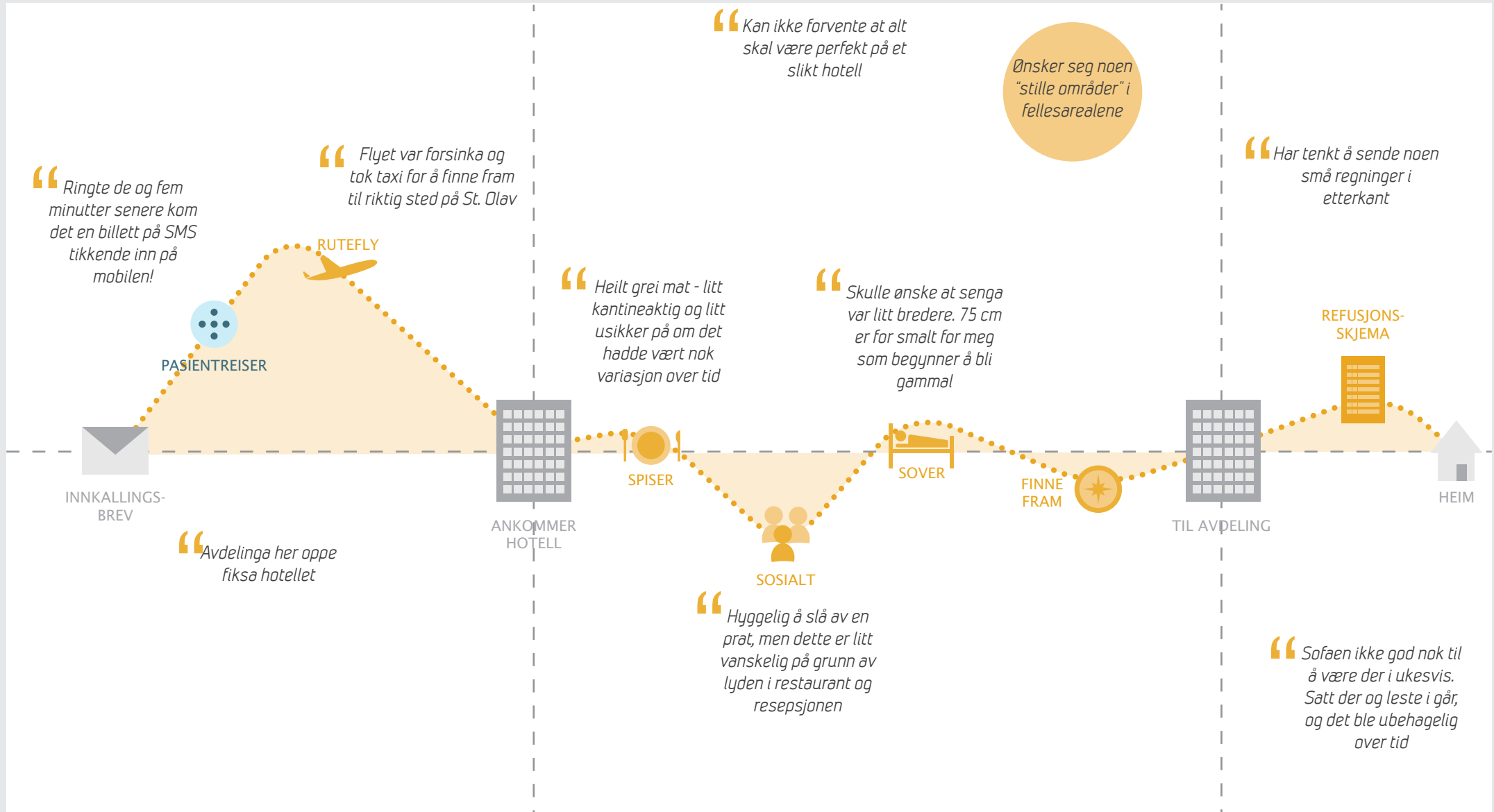


PLANLAGT - 2 DAGERS OPPHOLD



HJERTE
MANN 70
REISEVEI: CA 300 KM
UNDERSØKELSER OG BEHANDLING

Mann i 70-årene som er inne for en planlagt behandling på hjerteavdelingen. Bor på hotellet. Synes hotellet er helt greit, ok mat, men at det mangler noe komfort hvis han skulle vært der over lengre tid. Spesielt kunne han tenkt seg et mer stille område å "være sosial på". På grunn av høreapparat hør han problemer med å være i lokalene som finnes per i dag. Synes også seng og stol på rommet er for lite komfortabel til å lese bøker i, som han gjerne liker å gjøre i ledige stunder.

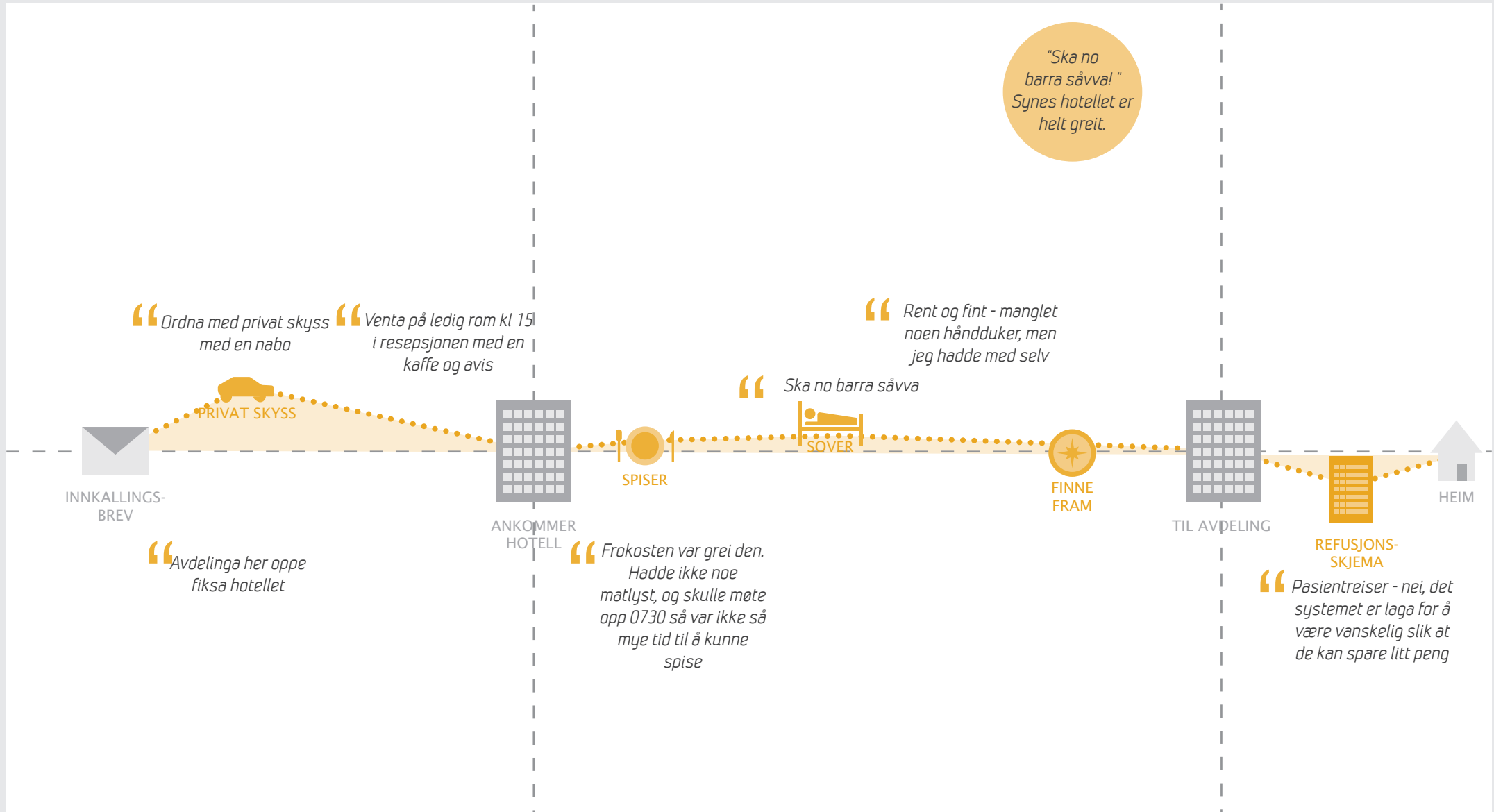


PLANLAGT - 2 DØGNS OPPHOLD

Mann i 60-70 årene som er inne for en behandling hos hjerteavdelingen. Er ikke så opptatt av hvordan hotellet er, det viktigste for han er å ha en seng å sove i. Det spiller mindre rolle om den sengen er på hotellet eller på sengeposten.



HJERTE
MANN 70
REISEVEI: CA 180 KM
TIL UNDERSØKELSE/BEHANDLING

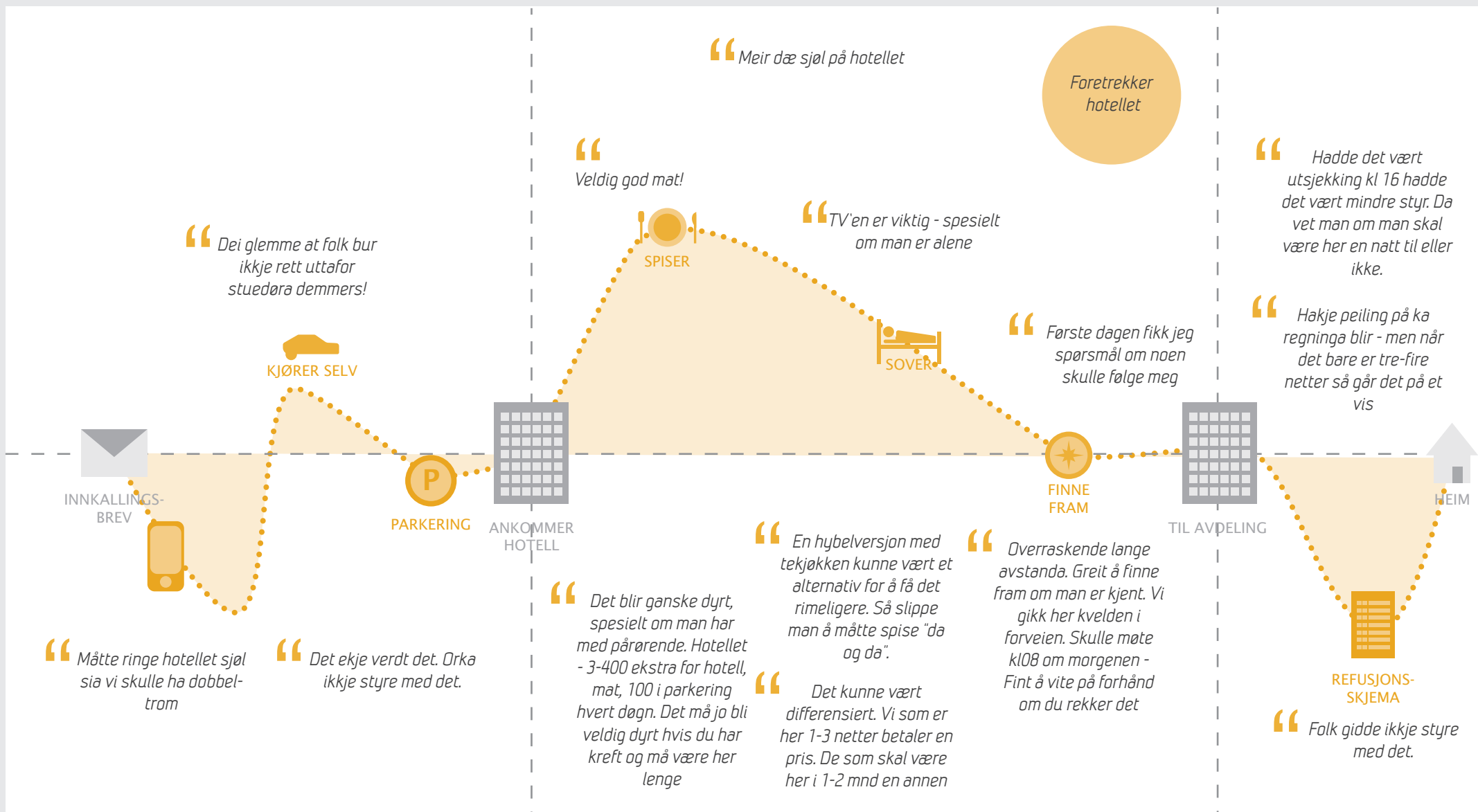


PLANLAGT - 3 DØGNS OPPHOLD



HJERTEAVDELINGEN
KVINNE 50 - MED PÅRØRENDE
REISEVEI: CA 200 KM
KOM KVELDEN FØR

Kvinne i 50-årene som er inne for rutineundersøkelse/inngrep. Har med pårørende. Dette utgjør en del ekstra kostnader, og hun aner ikke hva sluttregningen blir på. Hverken for seg selv eller med pårørende. Har dårlig erfaring med pasientreiser fra tidligere, og mener at det er mer styr å få noe dekt enn det er verdt det på det du får igjen. Siden dette bare er for noen dager er ikke dette krise, men hun synes det er problematisk for de som må være her over lengre tid - noe hun har hatt erfaring med fra tidligere med sykdom i nær familie. Hun ser for seg at man kunne differensiert på pris om man må være her over tid, eller at man kunne hatt et rimeligere alternativ. Når vi snakker med henne er hun ikke sikker på hvor lenge hun skal være. Hvis hun blir innlagt og de må være lenger blir pårørende kastet ut av hotellet kl 12, og settes på venteliste.



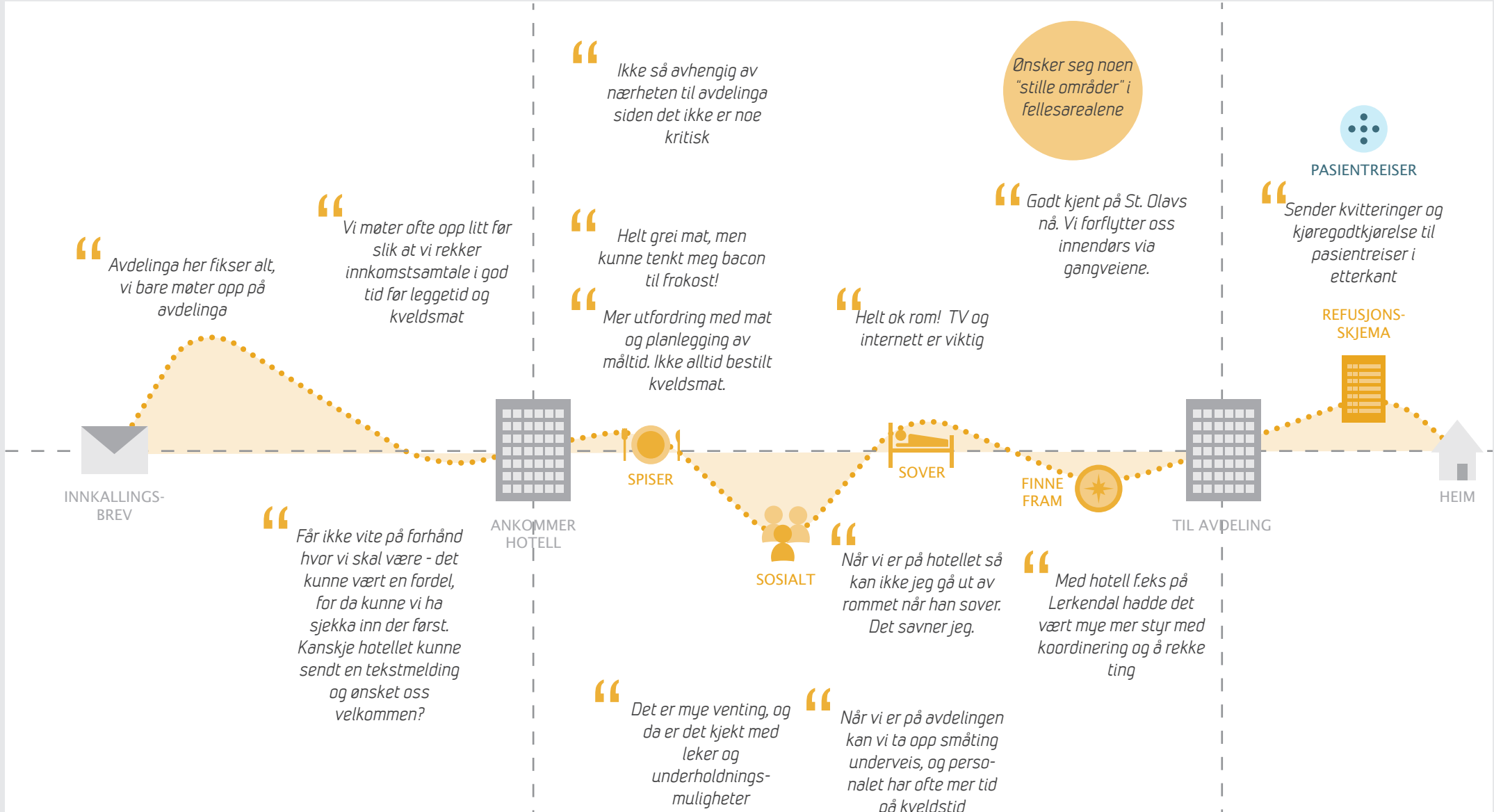
PLANLAGT - 1 NATTS OPPHOLD



BARNE- OG UNGDOMSAVDELING
BARN MED PÅRØRENDE
REISEVEI: CA 180 KM
OVERNATTER NATT TIL BEHANDLING

Mann i 30-årene med barn, de er innlagt på barneavdelingen, men har bodd på pasienthotellet en natt før de kom til sengeposten. De er jevnlig innom St. Olav, og noen ganger bor de på hotellet, og andre ganger på avdelingen. Han har inntrykk av at det avhenger av hvor fullt det er på avdelingen. Både han og barnet synes at dette er ok, men at det rent praktisk kunne vært en fordel å vite det på forhånd.

Han synes hotellet er ok, men ville valgt et annet hotell om han skulle betalt selv. På hotellet er det mindre muligheter for barnet å være sosial med andre barn, men de tilbringer uansett dagen på avdelingen. Leggingen tar lengre tid på hotellet siden han må være på rommet, på sengeposten kan han vente utenfor og snakke med andre foreldre.



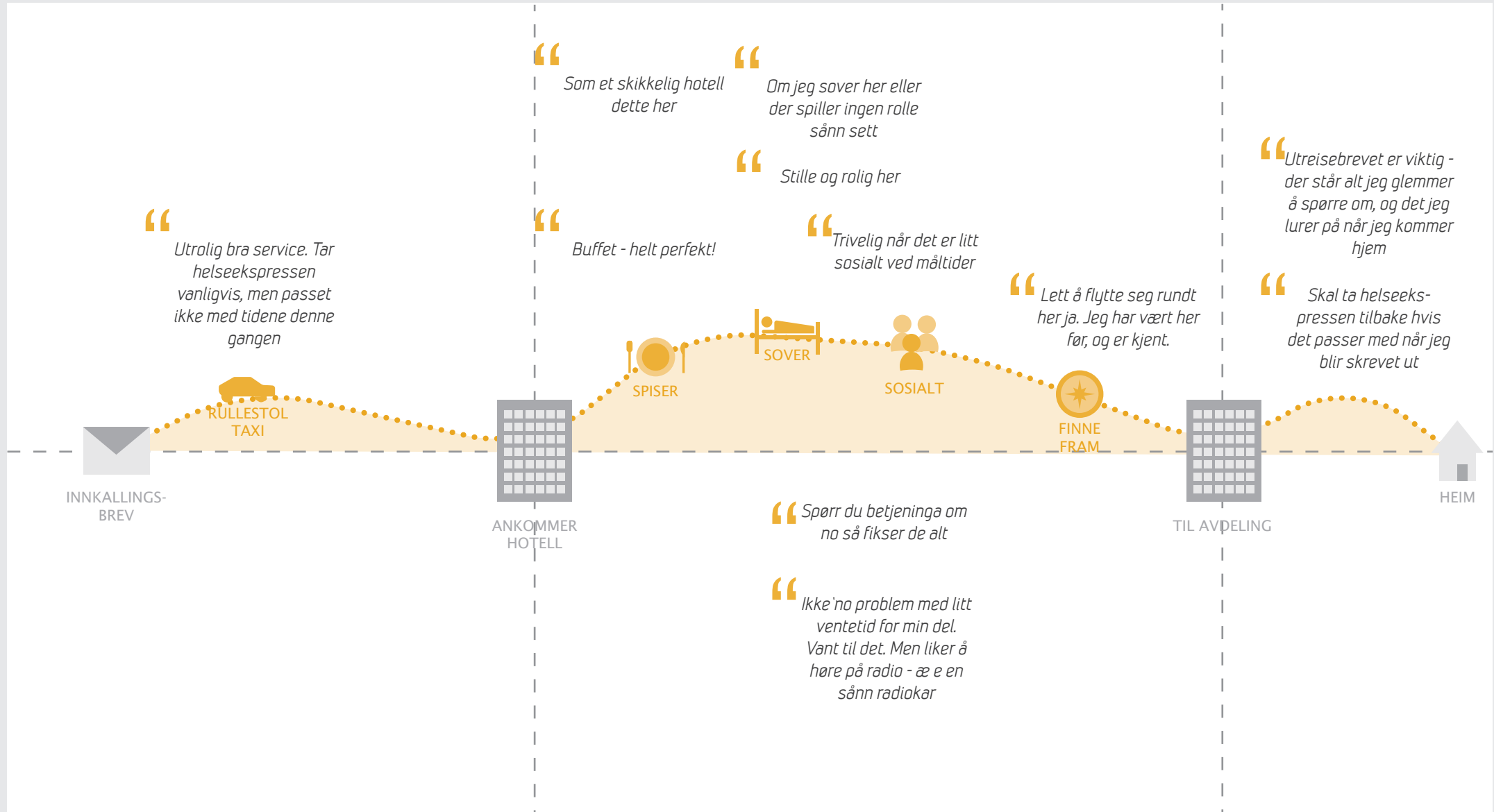
PLANLAGT - 2 DØGNS OPPHOLD



ORTOPEDEN INTERNT PASIENTHOTELL
MANN 70
REISEVEI: CA 180 KM
RUTINEOPPFØLGING OG BEHANDLING

Mann i 70-årene innlagt på det interne pasienthotellet på Ortopeden. Er regelmessig på St. Olav og er godt kjent. Virker å være godt fornøyd med å kunne bo på det pasienthotellet. Har også bodd på det ordinære pasienthotellet tidligere, og var også fornøyd med det. Synes ikke det er så stor forskjell om "han sover her eller der".

Setter pris på at det er mulig å være sosial ved måltider, og buffeten. Noe det er både på internt pasienthotell og vanlig pasienthotell. Betjeningen er super på begge plasser.



AKUTT - PÅRØRENDE



PÅRØRENDE TIL AKUTT TRAUME
KVINNE 60
REISEVEI: CA 300 KM
PASIENT VÆRT HER 1 MND

Kvinne i 60-årene som er pårørende til en inneliggende pasient. Hun var utsatt for et akutt traume, og har vært her i overkant av en måned. Hun kom sammen med pasientene fra skadestedet, og har vært her i perioder siden da.

Hun etterlyser mer informasjon til pårørende. Denne kan gjerne gies på en måte som ikke krever ressurser som skal være hos pasienten, som en brosjyre på rommene.

Det er få overnattingsmuligheter ved St. Olav. Aller helst vil hun sove på rommet, og være i nærheten mest mulig. Når hun får plass har hun sovet på pasienthotellet. Hun synes hotellet er kjempeflott, men nødvendig for hennes del. Behovet er mindre, og med en rimeligere løsning kunne hun hatt mulighet til være her i lengre perioder.

Trenger praktisk informasjon for pårørende

“ Vi var litt i sjokktilstand begge to

“ Vi kom hit sent på kvelden - og jeg hadde ikke tenkt på at jeg burde sjekke ut overnatting eller noe.

“ Man har ikke rett på noe som helst, og det kan man likegodt få informasjon om med en gang. I stedet for å skulle lete etter det.

“ Hotellet er kjempeflott, men helt nødvendig for min del. Det jeg har behov for er en seng, en dusj av og til, og tilgang på vannkoker og tørrmat

Ønsker et enklere og rimeligere alternativ til overnatting

“ Hvis vi hadde hatt tilgang på en leilighet så kunne resten av familien også kommet på besøk

“ Ikkeno luksus som jeg er ute etter

“ Han vil helst at jeg hjelper han med å stelle seg. Barbering og vaske seg. De må jo stelle såret og sånn, men jeg kan jo hjelpe til mye også

“ Det er som oftest ikke plass på hotellet. Jeg blir satt på venteliste. En kveld ble jeg oppringt kl 22.

“ Hvor finner man mat på St. Olav?

INNKALLINGS-BREV

“ Du trenger egentlig noen til å ta hånd om deg

“ Det er klart at det er pasienten som er nummer 1. Jeg vil ikke ta opp plassen til pasienten, men jeg trenger litt informasjon jeg også

ANKOMMER HOTELL

SPISER

SOSIALT

“ Det er best å kunne være på rommet - og gå en plass ved undersøkelser

“ Hvordan skal jeg oppføre meg på avdelingen? Synes de det er for mye av meg?

SOVER

“ Aller helst ville jeg sove på rommet. De sier jeg ikke kan det på grunn av brannsikkerhet, men jeg forstår ikke helt hva som er problemet

FINNE FRAM

TIL AVDELING

“ Det blir fort 7-8000 på ei uke. Og det er mye penger. Vi vet jo ikke hvor lenge han blir her. Og vi vil vel helst begge at jeg er her, men det er mye penger å bruke på det. Så jeg reiser hjem igjen og kommer tilbake innimellom.

HEIM

