Geografi og funksjonsfordeling



Ukom



Geografi og funksjonsfordeling

Publisert 16. juni 2026

ISBN 978-82-8465-047-0

Det er et mål å tilby likeverdige helse- og omsorgstjenester til hele befolkningen (26, 52). Undersøkelsen viser at bosted og reisevei påvirket hvilken oppfølging Bjørn og Ingrid fikk. Geografisk avstand var en faktor som gjorde det krevende å få en samlet oversikt over situasjonen.

Geografi og funksjonsfordeling kan påvirke kontinuitet

Når pasienter må bevege seg mellom flere sykehus og ulike nivåer i helsetjenesten, øker risikoen for at vurderingene blir fragmenterte. I Ingrids forløp innebar funksjonsfordelingen mellom behandlingsstedene at hvert fagmiljø så en liten del av sykdomsbildet hennes. Dermed var det vanskelig for den enkelte aktør å vurdere om behandlingsplanen samsvarte med pasientens tilstand.

Funksjonsfordelingen innebærer at universitetssykehuset hadde ansvaret for kreftbehandlingen. Da Ingrid fikk alvorlige bivirkninger som følge av den neoadjuvante behandlingen, ble hun innlagt ved sitt lokalsykehus, som ikke hadde egen kreftavdeling. Dette førte til at vurderinger av komplikasjonene ble gjort i fagmiljøer som verken kjente pasienten eller hadde samme tilgang til onkologisk kompetanse. I Ingrids tilfelle påvirket dette muligheten til å vurdere de alvorlige bivirkningene opp mot det planlagte behandlingsopplegget.

Informanter fortalte at dersom Ingrid hadde vært bosatt i universitetssykehusets nærområde, ville hun i stedet blitt lagt inn på deres kreftavdeling. En slik innleggelse kunne ha sikret en mer helhetlig oppfølging av komplikasjonene.

> “*Hadde hun blitt dårlig av cellegiften her, hadde hun kommet direkte til en kreftlege her, hvis hun bodde i nærområdet. Hadde det skjedd her, hadde hun mest sannsynlig blitt innlagt på kreftavdelingen.*”
> - Leder

Avstanden påvirket også oppfølgingen etter utskrivelsen fra lokalsykehuset. Lokalsykehuset kalte ikke Ingrid inn til kontroll. I undersøkelsen fikk vi informasjon om at en slik kontroll ville blitt gjennomført dersom hun hadde vært bosatt nærmere lokalsykehuset. Dette betyr at et annet bosted kunne gitt Ingrid en annen oppfølging i de ukene hun var hjemme og ventet på operasjon.

Som beskrevet tidligere hadde helsepersonellet i spesialisthelsetjenesten tilgang til relevant journaldokumentasjon. Separate journalløsninger og ulik praksis for å hente fram journalopplysninger bidro til at nødvendig informasjon ikke ble fanget opp. For legene på universitetssykehuset ble det derfor krevende å få oversikt over hva som faktisk hadde skjedd med Ingrid under og etter behandlingen ved lokalsykehuset.



Foto: Shutterstock

> “*Hadde hun vært bosatt i denne byen og vært inn og ut av kreftavdelingen her, så hadde vi sett det i journalen og kunne begynt å nøste i det.*”
> - Leder

Oppsummering

Funnene i dette kapitlet viser at geografisk avstand og funksjonsfordeling ikke bare var praktiske utfordringer, men strukturelle forhold som påvirket kontinuiteten i pasientforløpet. For Ingrid innebar avstanden at oppfølgingen ble fordelt på flere enheter som hadde ulik kompetanse, varierende tilgang til informasjon og forskjellig forståelse av det videre forløpet. I enkelte pasientforløp kan funksjonsfordeling være en risiko som kan føre til manglende kontinuitet og begrenset informasjonsdeling.

Innen sikkerhetsfaget er det kjent at pasientsikkerhet ikke avhenger av enkeltpersonell, men av systemets evne til å opprettholde en helhetlig oversikt i møte med kompleksitet (53). Når pasientforløp er organisert på tvers av flere behandlingssteder uten at systemet legger til rette for at noen sikrer kontinuitet og oversikt, kan geografisk avstand bli mer enn en praktisk utfordring. Da kan avstand bli en systemfaktor som øker sannsynligheten for at forverring ikke blir fanget opp.

Statens undersøkelseskommisjon
for helse-og omsorgstjenesten

Postboks 225 Skøyen
0213 Oslo
E-post: post@ukom.no
Org nr: 921018924