Læringsmateriale



Ukom



NÅR HELHETEN GLIPPER – MANGLENDE KONTINUITET I PREOPERATIVE FORLØP

Læringsmateriale

Publisert 16. juni 2026

ISBN 978-82-8465-047-0

Dette kapitlet inneholder spørsmål som virksomheter kan bruke som utgangspunkt for refleksjon rundt egen praksis og eget forbedringsarbeid. Spørsmålene bygger på våre anbefalinger og er formulert slik at de er relevante både for helsepersonell som jobber klinisk og for ledere på ulike nivåer i sykehusene.

På ukom.no finner du forslag til presentasjoner i PowerPoint-format og PDF-format for de ulike temaene. Disse forslagene kan tilpasses og justeres etter lokale behov.

- Se læringsmateriell

Helhetlig og systematisk vurdering av pasientens helsetilstand før og under behandling

I Bjørn og Ingrids forløp ble beslutninger om behandling tatt på et ufullstendig grunnlag. Viktige tegn på redusert fysiologisk reserve ble ikke fanget opp, og det var ikke etablert et godt nok system ved sykehuset for å kunne gjøre en helhetlig vurdering.

Ukom anbefaler at sykehusene legger til rette for at helsepersonell kan gjøre en helhetlig og systematisk vurdering av pasientens helsetilstand før og under behandling.

Spørsmål til refleksjon:

- Hvilken informasjon om pasientens helsetilstand ligger til grunn for anbefalingene vi gjør i MDT-møter, og hvilken annen informasjon bør vi ha med?

- Utenom pasienten, er det andre vi bør involvere før behandlingsvalg?

- Hvordan involverer vi leger som har møtt pasienten tidligere i MDT-møtet eller når det seinere i forløpet skal tas behandlingsvalg?
- Hva gjør vi når informasjon om pasienten peker i ulike retninger?
- På hvilke tidspunkt i forløpet kan det være risiko for at vurderingene våre bygger på informasjon som ikke lenger er oppdatert?
- Hva gjør vi dersom tilstanden til pasienten peker mot at planen burde justeres - og i hvilke situasjoner kan vi likevel ende opp med å følge planen?
- Hvordan har vi sikret at det er noen som har ansvar for å ta initiativ til ny vurdering når forløpet endrer seg eller trekker ut i tid?

Skrøpelighet

Både Bjørn og Ingrid hadde tegn på skrøpelighet, men det ble ikke gjennomført noen systematiske skrøpelighetsvurderinger.

Metodeboken *Kreft hos eldre* anbefaler screening av pasienter fra 70–75 år før behandlingsvalg tas. To mye brukte verktøy er Clinical Frailty Scale (CFS) og G8-skjemaet, som er tilgjengelige i metodeboken (20). Flere norske sykehus har innført systematisk skrøpelighetsvurdering. For eksempel har Oslo universitetssykehus innført CFS for alle pasienter over 70 år i 2026, og Universitetssykehuset Nord-Norge har nylig innført screening av alle over 65 år (54, 55).

Strukturerte verktøy for å måle skrøpelighet kan gi et bredere utgangspunkt enn observasjon alene, men forutsetter at resultatene faktisk inngår i vurderingsgrunnlaget når behandlingsvalg skal tas. Det må også være avklart hvem som har ansvaret for oppfølging dersom vurderingen tilsier behov for å justere planlagt behandling.

Spørsmål til refleksjon:

- Hvordan blir tegn på skrøpelighet fanget opp hos oss i dag, og når i forløpet skjer det?
- I hvilke situasjoner kan det være aktuelt å revurdere skrøpelighet underveis i lengre forløp?
- Hvordan sørger vi for at en skrøpelighetsvurdering faktisk får konsekvenser for behandlingsplanen?
- Hvordan påvirker pakkeforløpsfrister hvordan vi håndterer pasienter som vi mistenker kan være skrøpelige?
- Hva legger vi i begrepet aldersdiskriminering hos oss?
- Når kan ønsket om å unngå aldersdiskriminering føre til at vi tilbyr en behandling pasienten ikke har forutsetninger for å tåle?
- Når kan alder, uten kartlegging av faktisk helsetilstand, føre til at vi anbefaler mindre intensiv behandling enn pasienten kunne hatt nytte av?

Pårørende som informasjonskilde

I Bjørns forløp formidlet pårørende informasjon om hans helsetilstand som ikke ble fulgt opp. I Ingrids forløp registrerte hjemmetjeneste, fastlege og familievenn et tydelig funksjonsfall, mens hennes egne opplysninger til helsepersonell på sykehus pekte i en annen retning. Denne diskrepansen var et gjennomgående trekk i begge forløpene, og kan for eksempel oppstå når pasienten overvurderer eget funksjonsnivå. Pårørende kan bidra til å motvirke dette ved å gi observasjoner fra pasientens hverdag som ikke alltid kommer fram i kontaktpunktene helsepersonell har med pasienten.

Helsedirektoratets pårørendeveileder beskriver hvordan virksomheter kan etablere rutiner for systematisk pårørendeinvolvering, og slår fast at det er ledelsens ansvar å sikre systemer og rutiner for informasjon og dialog med pårørende (25).

Spørsmål til refleksjon:

- Hva betyr det i praksis hos oss når vi innhenter informasjon fra pårørende?
- Hvilke spørsmål kan vi stille pårørende for å få nødvendig informasjon om pasientens tilstand?
- Når er det behov for å involvere pårørende aktivt, for eksempel hvis pasienten kommer alene og virker å være i god helsetilstand?
- Hvordan kan vi håndtere situasjoner hvor pasientens egne opplysninger og pårørendes observasjoner ikke er sammenfallende?
- Hvordan kan vi håndtere situasjoner der pasienten motsetter seg å involvere pårørende?
- Hvordan dokumenterer vi pårørendeinformasjon?

Samvalg

I forløpene til Bjørn og Ingrid ble det ikke gjennomført samvalgssamtaler.

Helsenorge.no tilbyr samvalgsverktøy for noen kreftdiagnoser (56). Helse Sør-Østs rapport om innføring av samvalg beskriver samtaleteknikker og implementeringserfaringer fra norske sykehus, og Samvalgssenteret ved Universitetssykehuset Nord-Norge har utgitt en veileder for produksjon av samvalgsverktøy (28, 57).

Samvalg forutsetter at både pasient og helsepersonell har et realistisk bilde av pasientens tilstand og hva behandlingen innebærer, og kan bli svekket dersom skrøpelighet eller andre sårbarheter ikke er kartlagt.

Spørsmål til refleksjon:

- Hvordan sørger vi for at pasienter forstår at det kan finnes ulike behandlingsalternativer å velge mellom?
- Hvordan, og når bruker vi samvalg i dag?
- Når er det behov for at pårørende blir involvert i samvalg?
- Hva gjør vi når pasienten bare ønsker at helsepersonell skal ta beslutningen for dem?

- I hvilke situasjoner kan det være vanskelig å gjennomføre samvalg med pasienten?

Styrking av pasienten

Vurdering av styrking kan gjennomføres før det tas en beslutning om behandling, og på denne måten bli en del av vurderingsgrunnlaget for hvilke behandlinger pasienten kan tåle (58). Når behandlingsvalget er tatt, kan målrettede tiltak for å styrke pasienten, ofte kalt prehabilitering, øke pasientens tåleevne (59). Sykehusene er fra 2026 pålagt å gi tilbud om prehabilitering som ledd i kreftbehandling, og flere sykehus har etablert slike tilbud (60, 61). Eksempler på prehabiliteringstiltak er ernæringsoptimalisering ved vekttap eller dårlig matlyst, tilpasset fysisk aktivitet og røykeslutt (62).

Spørsmål til refleksjon:

- Hvordan inngår vurdering av styrking i beslutningsprosessen om behandling av pasienter hos oss?
- Hvem har ansvar for å vurdere om en pasient kan styrkes før det blir tatt behandlingsvalg?
- Hvilken praksis har vi for prehabilitering av pasienter etter at det har blitt tatt et behandlingsvalg?
- Hvordan håndterer vi situasjoner der vi ønsker å styrke pasienten når vi samtidig har føringer som tilsier at vi må komme raskt i gang med behandling?

Preoperative rutiner for å oppdage endringer i pasientens tilstand

I forløpene til Bjørn og Ingrid var det flere planlagte preoperative stopp-punkt som kunne gitt oppdatert informasjon om deres tilstand og mulighet til å endre den opprinnelige behandlingsplanen. Det ble lagt til grunn at tilstanden deres allerede var avklart i tidligere faser. Dermed ble det ikke vurdert om de tålte den planlagte behandlingen når de kom til sykehuset for operasjon.

Ukom anbefaler at sykehusene utformer preoperative rutiner slik at helsepersonell kan oppdage endringer i pasientens tilstand og justere behandlingsplanen.

Spørsmål til refleksjon:

- Hvilke stopp-punkt har vi som kan føre til at behandlingsplanen kan endres, og hvordan fungerer de i praksis?
- Hvor seint i forløpet er det fortsatt rom for å endre behandlingsplanen?
- Hva skjer hos oss når en pasient ikke møter til planlagt preoperativ undersøkelse?
- Hvem kan stille spørsmål om avlysning når pasienten allerede er innlagt, klargjort eller på operasjonsstuen?
- Når er det for seint å avlyse en operasjon?
- Hvilke forhold bør føre til avlysning?



Foto: Shutterstock

Felles forståelse for når det er behov for å tilegne seg journalopplysninger

I forløpene til Bjørn og Ingrid var informasjon om deres tilstand tilgjengelig, men denne ble ikke brukt som en del av grunnlaget da beslutninger ble tatt.

Tekniske og kulturelle barrierer, som tungrodd journaltilgang og ulike oppfatninger om når en har et rettmessig behov for å tilegne seg journalopplysninger, bidro til at relevant og nødvendig informasjon om pasientenes tilstand ikke ble innhentet.

Helsepersonelloven § 45 pålegger helsepersonell å gi relevante og nødvendige helseopplysninger til andre som skal yte helsehjelp til pasienten, mens § 21a forbyr tilegnelse av pasientinformasjon som ikke er begrunnet i helsehjelp (63). Helsedirektoratets veileder om regelverk for deling av helseopplysninger beskriver hvordan virksomheter kan organisere tilgang i tråd med lovkravene (64).

Ukom anbefaler at sykehus sikrer at helsepersonell har en felles forståelse for når det er behov for å tilegne seg journalopplysninger.

Spørsmål til refleksjon:

- Hvordan er vår praksis for når og hvordan vi skal innhente journalopplysninger?
- Hva vanskeliggjør tilegnelse av journalopplysninger hos oss?
- Hvordan påvirker mistanke om snoking hvordan vi tilegner oss journalopplysninger?
- Hvordan kan vi forbedre journalen som et praktisk arbeidsverktøy hos oss?

- Hvordan kan vi redusere omfanget av duplisering i journal?

Tydelig ansvarsplassering i forløp som involverer flere behandlingssteder

Undersøkelsen viser at geografisk avstand og funksjonsfordeling ikke bare var praktiske utfordringer, men strukturelle forhold som påvirket kontinuiteten i pasientforløpet til Ingrid. 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. Den helhetlige tilstanden hennes ble ikke vurdert i denne perioden.

Spesialisthelsetjenesteloven § 2-5a stiller krav om koordinator for pasienter med behov for komplekse eller langvarige tjenester. Etter lovens § 2-5c skal det oppnevnes en kontaktlege for pasienter med alvorlig sykdom som har behov for behandling eller oppfølging av en viss varighet (52). Helsedirektoratets veileder om kontaktlege i spesialisthelsetjenesten beskriver hva ansvaret skal innebære (65).

Ukom anbefaler i rapporten at helseforetak og regionale helseforetak må sørge for tydelig ansvarsplassering i forløp som involverer flere behandlingssteder.

Spørsmål til refleksjon:

- Hvordan sikrer vi kontinuitet og ansvar for helheten, når en pasient er i et langt forløp med flere behandlingsfaser?
- Hvilke risikoer ser vi når behandlingen flyttes mellom avdelinger eller behandlingssteder?
- Hvordan praktiserer vi kontaktlegeordningen hos oss og hvor godt fungerer dette?
- Hvordan sørger vi for at pasient og pårørende vet hvem som har ansvaret for, eller koordinerer forløpet deres, og hvem de kan kontakte?
- Hvordan blir viktige opplysninger om endringer i pasientens tilstand formidlet til behandlingsansvarlig lege, og hvordan blir dette dokumentert?
- Hvilke mekanismer er etablert for å sikre kontinuitet, og hvordan vet vi at de virker, når funksjonsfordelingen innebærer at pasienter må forholde seg til flere sykehus?
- Hvordan blir kontaktlege- og koordinatorordningene praktisert i forløp som involverer flere behandlingssteder?

Forbedringstiltak som støtter helsepersonells ansvar for å utøve klinisk skjønn

Undersøkelsen viser hvordan to konkrete forbedringstiltak, begge faglig velbegrunnede og innført med gode intensjoner, påvirket handlingsrommet til helsepersonellet i forløpene til Bjørn og Ingrid. Rutinen for å redusere unødvendige blodprøver og arbeidet med å begrense strykninger er eksempler på tiltak som fungerer etter hensikten for flertallet av pasienter, men kan få utilsiktede konsekvenser for enkeltpasienter.

Ukom anbefaler at forbedringstiltak blir utformet slik at de støtter, og ikke svekker helsepersonells ansvar for å utøve klinisk skjønn.

Spørsmål til refleksjon:

- Hvilke pasientgrupper eller situasjoner kan kreve individuelle vurderinger når vi innfører nye rutiner?
- Hvordan blir vår kliniske praksis påvirket av rapporteringsstrukturene rundt indikatorer som strykninger?
- Hvordan sikrer vi at vi ser på hele pasientforløpet når vi gjennomgår årsakene til strykninger?
- Hvordan følger vi med på hvordan forbedringstiltak virker i praksis?
- I hvilke situasjoner kan vi oppleve at det kliniske skjønnet kommer i konflikt med rutiner eller styringssignaler?

Statens undersøkelseskommisjon
for helse-og omsorgstjenesten

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