Preoperative rutiner



Ukom



NÅR HELHETEN GLIPPER – MANGLENDE KONTINUITET I PREOPERATIVE FORLØP

Preoperative rutiner

Publisert 16. juni 2026

ISBN 978-82-8465-047-0

De siste ukene før en operasjon gir mulighet til å forberede pasienten på inngrepet og vurdere om det er forhold som bør følges opp før operasjonen. Preoperative rutiner har som formål å gi helsepersonell et oppdatert grunnlag før et planlagt kirurgisk inngrep.

Nasjonale og internasjonale standarder angir hva som er god praksis, men hvordan det enkelte sykehus utformer de preoperative rutinene vil variere (44). Rutinene vil oftest innebære systematiske vurderinger av pasientens helsetilstand, medikamentbruk og andre sykdommer og risikofaktorer som kan påvirke selve operasjonen.

Funnene viser at det i liten grad ble vurdert om behandlingsplanen burde justeres etter at Bjørn og Ingrid ankom universitetssykehuset. Det ble ikke gjort en samlet vurdering av om de var ferdig utredet og klarerte for operasjon. I begge forløpene lå det inne flere planlagte stopp-punkt som kunne gitt oppdatert informasjon om pasientenes tilstand.

Preoperative undersøkelser

Preoperative undersøkelser utgjør en sentral sikkerhetsbarriere i kirurgiske pasientforløp. De skal bekrefte at pasienten tåler den planlagte operasjonen og avdekke risiko som kan gjøre det nødvendig å justere eller utsette. Undersøkelsene innebærer en systematisk gjennomgang av pasientens aktuelle helsetilstand og eventuelle endringer siden forrige vurdering. Slik får helsepersonellet et tydelig stopp-punkt der de kan vurdere om inngrepet bør gjennomføres. Preoperative undersøkelser gir også en mulighet til å endre operasjonsplanen uten at det påvirker sykehusets logistikk.

Begge de aktuelle avdelingene ved universitetssykehuset hadde en etablert rutine for preoperativ undersøkelse før planlagt kirurgi. I forbindelse med disse undersøkelsene var det vanlig å ta opp

innkomstjournal, ta blodprøver og andre nødvendige undersøkelser og å ha samtale med operatør og anestesipersonell.

Bjørn ble innlagt tidligere enn planlagt slik at vurderinger som vanligvis blir gjort ved en preoperativ undersøkelse kunne gjennomføres ved innleggelsen. For Ingrid er det ikke journalført noe om den avlyste undersøkelsen. Begge møtte altså til innleggelse uten at den preoperative undersøkelsen var eller ble utført.

> "*Hun skulle vært kalt inn til preoperativ undersøkelse. Slik vi gjør med alle andre.*"
> - Leder



Foto: Shutterstock

En konsekvens av at verken Bjørn eller Ingrid møtte til preoperativ undersøkelse, var at de ikke fikk samtale med anestesipersonell. Anestesileger hadde gjort en journalgjennomgang og vurdert at ingen av dem trengte fysisk tilsyn av anestesipersonell før operasjonen.

Da vi intervjuet helsepersonellet som var involvert i behandlingen, ble vi fortalt at de aller fleste pasientene ble innkalt til preoperativ undersøkelse. Likevel hendte det at noen av ulike grunner ikke fikk til å møte, men sykehuset hadde ikke et system for å fange opp disse. Flere informanter mente at det var grunn til å utsette operasjonen hvis pasienten ikke møtte til preoperativ undersøkelse, fordi risikoen ble for stor.

Innkomstvurderinger

Da Bjørn og Ingrid møtte til innleggelse på universitetssykehuset, ble det skrevet innkomstjournal. Denne skal etter intensjonen fungere som en statusoppdatering som bekrefter at pasienten er klar for den planlagte behandlingen. Innkomstjournalen må derfor inneholde informasjon både om det som har skjedd siden forrige kontakt, og om forhold som har betydning for det videre forløpet (44).

På avdelingene der Bjørn og Ingrid ble innlagt, var det nyutdannede leger (LIS1) som skrev innkomstjournaler. Begge legene hadde nettopp begynt i jobb på sykehuset, og legen som tok opp journal på Bjørn var så ny på avdelingen at vedkommende ikke hadde fått opplæring. Legen som skrev journal på Ingrid, jobbet egentlig på en annen sengepost med andre pasientgrupper, men hadde fått beskjed om å «ta en kjapp innkomst» av Ingrid. Dette var første gang en lege ved universitetssykehuset så henne fysisk etter at den neoadjuvante behandlingen ble igangsatt.

Flere informanter påpekte at det oftest er uerfarne leger som skriver innkomstjournal, og at de kan stå alene i de siste viktige vurderingene som kan avdekke risiko før en operasjon. Dersom det ikke er en overlege å konferere med, øker muligheten for at tegn på funksjonssvikt eller endringer i helsetilstanden ikke blir fanget opp.

Innkomstjournalen til Bjørn er detaljert. Det blir flere steder nevnt at han har Bekhterevs sykdom og beskrevet hvordan han er fysisk preget av denne. Det blir ikke omtalt at han ikke hadde vært til preoperativ undersøkelse. Ut fra det som ble dokumentert, møtte Bjørn også assisterende operatør, en erfaren lege i spesialisering, under journalopptaket.

> “*Stor kyfose. Klarer ikke å ligge helt flatt.*”
> - Fra journal

Ingrid gjennomførte først en preoperativ samtale med kirurgen som skulle assistere under operasjonen. Hun kom i rullestol til samtalen, og det er journalført at hun beskrev seg selv som stort sett tidligere frisk. Mye av teksten i journalen bygger på opplysninger fra innleggelsen to måneder tidligere. Det står at den neoadjuvante behandlingen måtte avbrytes på grunn av komplikasjoner, men ikke at hun hadde vært innlagt på lokalsykehus eller at hun fortsatt fikk steroidbehandling. Overlegen beskrev at Ingrid «*har kommet seg noe, men er fortsatt litt tungpusten*».

På avdelingen der Ingrid ble behandlet, var det rutine at det også ble skrevet sykepleiejournal ved innkomst. Det ble da journalført at Ingrid forklarte at hun hadde «*svært dårlig matlyst for tiden*» og ønsket å bli henvist til ernæringsfysiolog. Til tross for dette ble hun ikke veid, men vekten fra forrige innleggelse på universitetssykehuset to måneder tidligere ble lagt til grunn. Vekten som angis i journalen er derfor ti kilo høyere enn den hjemmetjenesten registrerte kort tid før innleggelsen.

På grunn av en ny rutine på avdelingen som innebar at det bare skulle tas blodprøver av inneliggende pasienter ved spesielle forhold, ble det ikke tatt blodprøver av Ingrid. Etter operasjonen ble det målt en kreatinin på 905, noe som kan tyde på at hun hadde alvorlig nyresvikt. Tidligere kreatininmålinger hadde vært normale; den siste ble tatt en måned tidligere.

Det at Ingrid var i så dårlig form at hun ikke klarte å gjennomføre reisen alene, var også et forhold som kunne medført spørsmål ved hennes helsetilstand. Det står ikke noe i innkomstjournalen om at Ingrid hadde behov for ledsager for å komme seg til sykehuset.

Ved innleggelsen til både Bjørn og Ingrid virket det som om helsepersonellet antok at de allerede var klarerte for operasjon. Når verken samtaler eller fysiske undersøkelser fanget opp deres reelle helsetilstand, blodprøver ble utelatt og gamle vektmålinger gjenbrukt, mistet sykehuset muligheten til å oppdage at den faktiske tilstanden ikke lenger samsvarte med grunnlaget for behandlingsplanen.

> "*Sykepleiere på sengepost vil nok tenke at kirurger har vurdert pasientene, og det er derfor ikke naturlig at de løfter problemstillinger til oss.*"
> - Kirurg

Bjørn var på sykehuset i cirka to døgn og Ingrid var én natt på sengepost før operasjonen. På sengepost kan helsepersonell fange opp forhold som blant annet allmenntilstand, kognitivt funksjonsnivå og ernæring. I tillegg vil det være mulig å gjennomføre en vurdering av skrøpelighet. I Bjørn og Ingrids tilfelle ble det ikke stilt spørsmål ved om de fortsatt var egnet for operasjon.

Når endringer i helsetilstanden ikke blir fanget opp ved innleggelse, begrenses også de siste mulighetene til å oppdage risiko før operasjon. Dette ble tydelig på operasjonsstuen.

Risikovurderinger på operasjonsstuen

I forkant av en planlagt operasjon skal kirurg og anestesilege fylle ut en operasjonsmelding som bekrefter at pasienten er klarert for operasjon. Vanligvis skjer dette noen dager før operasjonen. Flere av informantene fortalte oss at det er uvanlig at denne blir endret.

WHO sin sjekkliste for trygg kirurgi skal sikre kommunikasjon og sikkerhetsrutiner før, under og etter operasjon. Sjekklisten for trygg kirurgi ble registrert brukt både hos Bjørn og Ingrid, men deres risikofaktorer ble likevel ikke fanget opp (44).

Anestesipersonellet som sørget for narkose og pasientovervåkning under operasjonen, vurderte Bjørn og Ingrid som ferdig klarerte da de kom til operasjonsslusen. I intervjuer kom det fram at anestesileger sjelden stopper planlagte operasjoner i denne delen av forløpet.

> "*Anestesilegene sier sjelden nei, de klarer å bedøve de fleste. Det påhviler oss som beslutningstakere innen kirurgien å vurdere all risiko rundt operasjoner.*"
> - Kirurg

Bjørn skulle opereres med robotassistert kirurgi, og på den aktuelle avdelingen er det vanligvis kirurgene som avgjør hvordan pasienten skal leires (posisjoneres for kirurgi). Da hovedoperatør kom inn på operasjonsstuen etter at Bjørn hadde fått narkose, ble vedkommende overrasket over tilstanden hans. Men den alvorlige diagnosen talte for at det var viktig å få operert ham nå, og det ble derfor besluttet å starte operasjonen.

> “*Hvis jeg hadde sett pasienten selv før operasjonen, hadde jeg konkludert med at dette går ikke. Du er ikke operabel. Så måtte vi funnet andre løsninger for å dempe det som måtte komme av plagsomme symptomer.*”
> - Kirurg

Da Ingrid skulle opereres, reagerte anestesilegen på at det ikke var tatt blodprøver av henne ved innkomst. Legen prøvde å kompensere for dette ved å gjøre en blodgassanalyse for å sjekke om det var tilrådelig å starte narkosen. En blodgassanalyse gir bare et øyeblikksbilde og kan ikke erstatte innkomstblodprøver, der for eksempel kreatinin inngår.

> “*Er vi kommet til operasjonsstuen skal det veldig mye til, da er terskelen veldig høy for å si nei.*”
> - Leder

Funnene viser at vurderingene tidligere i forløpet ikke ga helsepersonellet på operasjonsstuen et felles og oppdatert bilde av pasientenes tilstand. Dermed hadde også dette siste stopppunktet begrensede muligheter til å fange opp endringer.



Foto: Shutterstock

Oppsummering

Funnene i dette kapitlet viser at de preoperative rutinene ikke fungerte som sikkerhetsbarrierer for Bjørn og Ingrid. I stedet for å være selvstendige kontrollpunkter, la helsepersonellet til grunn at tilstanden var avklart i tidligere faser. Dermed ble det ikke vurdert om de tålte den planlagte behandlingen.

Dette viser hvordan styringssignaler kan bli forstått og praktisert forskjellig på ulike nivåer i en organisasjon. I komplekse og travle tjenester vil det variere hvordan arbeidet blir utført. Når systemet mangler mekanismer som fanger opp slike endringer, kan variasjonene over tid framstå som en naturlig del av praksis. Slik kan rutiner miste effekt, uten at noen aktivt har besluttet å endre dem (10, 44).

Dette er et kjent fenomen i sikkerhetsforskningen og beskrives som en «drift»; en gradvis forskyvning i praksis som ikke fanges opp fordi ingen aktivt beslutter å endre rutinen (44). Når de preoperative stopp-punktene gradvis mister sin funksjon, kan det føre til at forhold ved pasientene som taler mot operasjon, ikke blir fanget opp.

Statens undersøkelseskommisjon
for helse-og omsorgstjenesten

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