



Når helheten glipper – manglende kontinuitet i preoperative forløp

Innhold

1. Sammendrag	4
2. Bakgrunn	6
3. Pasienthistoriene	8
Pasienthistorien til Bjørn	8
Pasienthistorien til Ingrid	9
4. Vurdering av pasientenes helsetilstand før og under behandling	15
Pasienter kan bli oppfattet å være i bedre form enn de faktisk er	15
Samvalg som en del av beslutningsgrunnlaget	17
Bekymring for å diskriminere på alder kan påvirke behandlingsvalg	18
Grunnlag for MDT-anbefalinger	18
Oppsummering	36
5. Ansvar og informasjonsflyt i sammensatte behandlingsforløp	21
Antakelser om at andre følger opp kan påvirke behandlingen	22
Bruk av tilgjengelig journaldokumentasjon	22
Oppsummering	36
6. Preoperative rutiner	26
Preoperative undersøkelser	26
Innkomstvurderinger	27
Risikovurderinger på operasjonsstuen	29
Oppsummering	36
7. Forbedringstiltak	31
Forbedringstiltak kan skape blindsoner	31
Høy terskel for å stryke pasienter	32
Oppsummering	36
8. Geografi og funksjonsfordeling	35
Geografi og funksjonsfordeling kan påvirke kontinuitet	35
Oppsummering	36
9. anbefalinger	37
10. Læringsmateriale	39
Helhetlig og systematisk vurdering av pasientens helsetilstand før og under behandling .	39
Preoperative rutiner for å oppdage endringer i pasientens tilstand	42
Felles forståelse for når det er behov for å tilegne seg journalopplysninger	43
Tydelig ansvars plassering i forløp som involverer flere behandlingssteder	44
Forbedringstiltak som støtter helsepersonells ansvar for å utøve klinisk skjønn	44
11. Framgangsmåte	46
Datainnsamling	46
Strukturering og analyse av data	46
Forankring	46
Bruk av kunstig intelligens i rapportskrivningen	47
12. Ukoms oppdrag	48
13. Summary report in English	49
About this report	49
Background	49
The patient stories	49
Findings	50
Recommendations	51
14. Referanser	52

1 Sammendrag

Publisert 16. juni 2026 Sist oppdatert 16. juni 2026

Rapporten tar utgangspunkt i pasienthistoriene til Bjørn og Ingrid, som begge ble operert mens de var under kreftbehandling. Historiene viser utfordringer som kan oppstå når pasienter skal gjennomgå planlagt kirurgi der flere aktører, nivåer og behandlingssteder er involvert.

Både Bjørn og Ingrid ble vurdert å være klarerte for operasjon, men sykehuset hadde ikke god nok oversikt over deres generelle helsetilstand, verken da beslutningen om operasjon ble tatt eller på tidspunktet for kreftoperasjonen. Den ene pasienten døde, og den andre fikk en alvorlig skade.

Formålet med undersøkelsen er å forstå hvilke forhold som påvirker helsepersonellens mulighet til å oppdage risiko før planlagte operasjoner og dermed sikre trygg behandling.

Vi har undersøkt rammene helsepersonellet arbeider innenfor, som ansvarsfordeling, informasjonsflyt og organisering av tjenestene.

Undersøkelsen viser at utredning av pasienter før behandlingsvalg og preoperative rutiner før operasjon ikke fungerte som de sikkerhetsbarrierene de er ment å være. Våre hovedfunn knytter seg til:

- vurdering av pasientens helsetilstand før behandlingsstart
- ansvar og informasjonsflyt i sammensatte behandlingsforløp
- preoperative rutiner
- forbedringstiltak
- geografi og funksjonsfordeling

Funnene gir et bilde av hvordan prosesser på flere nivåer – fra kliniske vurderinger til overordnede rammer – påvirket mulighetene til å fange opp risiko og sikre trygg behandling.

På bakgrunn av disse funnene anbefaler Ukom at:

- sykehus legger til rette for at helsepersonell kan gjøre en helhetlig og systematisk vurdering av pasientens helsetilstand før og under behandling
- sykehus utformer preoperative rutiner slik at helsepersonell kan oppdage endringer i pasientens tilstand og justere behandlingsplanen
- sykehus sikrer at helsepersonell har en felles forståelse for når det er behov for å tilegne seg journalopplysninger
- helseforetak og regionale helseforetak må sørge for tydelig ansvars plassering i forløp som involverer flere behandlingssteder
- forbedringstiltak blir utformet slik at de støtter, og ikke svekker helsepersonells ansvar for å utøve klinisk skjønn

Rapporten vil være relevant for alle som har ansvar for forløpene til pasienter som skal gjennomgå planlagte operasjoner.

Oppbygging av rapporten

I kapittel 2 forklarer vi bakgrunnen for at vi valgte å undersøke disse hendelsene. Kapittel 3 inneholder Bjørn og Ingrids pasienthistorier.

Kapitlene 4-8 handler om funnene vi gjorde i undersøkelsen.

Kapittel 4 beskriver forhold som påvirket hvordan helsepersonell forsto pasientenes tilstand. Dette handler om beslutningsgrunnlag og kliniske vurderinger i møte med pasienten.

Kapittel 5 handler om informasjonsflyt og samhandling mellom enheter og nivåer. Her beskriver vi hvordan ansvar, oppgavefordeling og bruk av journaldokumentasjon reduserte muligheten til å se pasientens utvikling i sammenheng.

Kapittel 6 belyser sikkerhetsbarrierer i den preoperative fasen og hvordan planlagte stopp-punkt ikke avdekket risiko.

I kapittel 7 ser vi nærmere på hvordan forbedringstiltak og styringssignaler påvirket handlingsrommet i tjenesten.

Kapittel 8 beskriver hvordan strukturelle forhold i helsetjenestens organisering, geografi og funksjonsfordeling forsterket risikoen og gjorde helhetlig oppfølging vanskeligere.

Anbefalingene beskrives i kapittel 9. Disse handler om faktorer som kan bidra til å oppdage og håndtere risiko hos pasienter, og de kan være utgangspunkt for refleksjon i forbedringsarbeid, som vist i kapittel 10.

2 Bakgrunn

Publisert 16. juni 2026 Sist oppdatert 16. juni 2026

Ukom har undersøkt to alvorlige hendelser som fant sted ved et sykehus i 2024. Disse ble varslet i melde.no til Statens helsetilsyn og Ukom. Begge hendelsene gjelder eldre kreftpasienter som skulle gjennomgå planlagte operasjoner.

Sykehuset har i etterkant av hendelsene gjennomført hendelsesgjennomganger av forløpene og på bakgrunn av disse iverksatt ulike forbedringstiltak.

Vi har brukt hendelsene som utgangspunkt for å undersøke hva som skjer i tiden fra henvisning og diagnostikk til en pasient etter planen skal bli operert. I denne fasen er det viktig å sikre at pasienten er best mulig rustet for behandlingen. Forberedelsene bør starte allerede i utredningsfasen, når pasienten blir undersøkt og vurdert for kirurgi. Beslutningene som blir tatt her, legger grunnlaget for den videre behandlingen.

Når pasientforløp ikke går som planlagt, blir oppmerksomheten ofte rettet mot den siste handlingen, fordi det er der konsekvensene blir synlige. Med en slik tankegang kunne det vært nærliggende å rette oppmerksomheten mot helsepersonellet som var involvert i de to operasjonene, fordi disse hadde den siste kontakten med pasientene før den alvorlige hendelsen. Den siste handlingen er imidlertid bare det siste leddet i en kjede av beslutninger og tilpasninger ([1](#)).

I undersøkelsen har vi funnet at pasientene hadde risikofaktorer som kunne vært avdekket på flere tidspunkt i forløpene. Samtidig var det ikke noe spesielt ved disse to pasientene, eller noe uvanlig som skjedde på sykehuset, som kan forklare hvorfor tilstanden til akkurat disse pasientene ikke ble fanget opp. Vi har derfor brukt hendelsene til å undersøke systemene rundt denne typen pasientforløp, og hva som påvirker vurderingene som ble gjort. Eldre pasienter kan være skrøpelige og ha ulike sårbarheter som påvirker valget av behandling. For å kunne tilby denne pasientgruppen et godt og tilpasset behandlingstilbud, trenger tjenestene tilstrekkelig kunnskap om deres helsetilstand. Dette forutsetter kliniske undersøkelser som gir et godt grunnlag for å vurdere pasientens behov og risiko. Dersom slike vurderinger uteblir, kan det føre til både over- og underbehandling.

Over- og underbehandling

Overbehandling betyr at en pasient får mer behandling enn det som gir nytte, eller som gir mer skade enn hjelp. Overbehandling øker ressursbruk uten å gi helsegevinst og kan innebære tiltak med høyere risiko for komplikasjoner. For kreftpasienter kan dette føre til alvorlige bivirkninger, redusert funksjon eller dårligere livskvalitet underveis i behandlingsforløpet.

Hos eldre og skrøpelige pasienter kan overbehandling bli svært belastende, fordi de har mindre å gå på. Ofte kan det være aktuelt med en mer tilpasset behandling.

Underbehandling betyr at en pasient ikke får den helsehjelpen som er faglig nødvendig eller som vedkommende kunne hatt nytte av. Pasienten kan for eksempel framstå skrøpelig, men kunne gjennomført mer avansert behandling enn foreslått, dersom helsetilstanden var bedre kartlagt. For kreftpasienter kan underbehandling føre til dårligere behandlingseffekt, og dermed sykdomsprogresjon og forkortet levetid (2,3).

For å lære av alvorlige hendelser må vi forstå helheten – hvordan informasjon flyter, hvordan ansvar blir fordelt, og hvordan ulike deler av tjenesten påvirker hverandre (4–6). Dette er forhold som det enkelte helsepersonell i liten grad kan påvirke (7). Vi må derfor finne de medvirkende faktorene i systemene som gjør at alvorlige hendelser kan oppstå (8).

Komplekse systemer

Pasientbehandling i sykehus skjer i et komplekst samspill av systemer der mange faktorer må virke sammen (9). Hvordan disse faktorene fungerer sammen, påvirker kvaliteten på behandlingen:

- menneskene som jobber i helsetjenesten med ulike roller, kompetanse og ansvar
- teknologien og utstyret som brukes til undersøkelser, operasjoner og dokumentasjon
- arbeidsprosesser og rutiner som styrer hvordan oppgaver blir utført
- organiseringen av tjenesten – hvem gjør hva, og hvordan samarbeidet skjer
- omgivelser – fysiske og sosiale

Helsepersonell må tilpasse seg raskt skiftende situasjoner for å få arbeidsdagen til å fungere. Når arbeidsdagen er uforutsigbar, samtidig som kravene til pasientbehandlingen er faste, kan slike tilpasninger bli vanlige og nødvendige. Beslutninger som blir tatt underveis i pasientforløp kan framstå som det beste alternativet der og da, gitt den informasjonen og de mulighetene som er tilgjengelige. Over tid kan slike tilpasninger påvirke hvordan risiko oppfattes og håndteres. Slik kan en midlertidig praksis gradvis bli del av en ny normal, og systemene kan bli mer sårbare (1, 10).

I de neste kapitlene beskriver vi først forløpene til Bjørn og Ingrid slik de framgår av journaldokumentasjon og intervjuer, før vi analyserer hvilke forhold i tjenesten som påvirket muligheten til å oppdage risiko tidligere. Slik ønsker vi å synliggjøre hvordan enkeltobservasjoner og beslutninger inngår i større mønstre og rammer som styrer hva helsepersonell kan gjøre.

3 Pasienthistoriene

Publisert 16. juni 2026 Sist oppdatert 16. juni 2026

I dette kapitlet presenterer vi forløpene til Bjørn og Ingrid. Ingrid's sykehistorie involverer flere aktører og nivåer og gir dermed et mer omfattende materiale for analysen. Bjørns forløp er kortere, men er like sentralt for undersøkelsen, fordi det viser hvordan de samme mekanismene også kan forekomme i mindre komplekse forløp.

Pasienthistorien til Bjørn

Bjørn var i midten av 70-årene. Han bodde i enebolig sammen med sin pleietrengende kone, og hadde sine voksne barn bosatt i nærområdet. Bjørn hadde Bekhterevs sykdom, og som følge av sykdommen hadde han utviklet en uttalt framoverkrumning av øvre del av ryggen (kyfose) og kunne ikke ligge flatt. I tillegg hadde han beinmargskreft (myelomatose), som svekker skjelettet og øker risikoen for brudd. Han hadde hatt flere kompresjonsfrakturer i ryggvirvlene, noe som ga ryggsmarter og redusert bevegelse.

Våren 2023 opplevde Bjørn rygg- og magesmerter og ble undersøkt på lokalsykehuset. CT-undersøkelse viste utvidet nyrebekken og urinleder (hydronefrose) på grunn av en forsnævring av urinlederen. Funnene ga mistanke om kreft, og Bjørn ble henvist til universitetssykehuset. Undersøkelsene der viste ingen tegn til kreft, men det ble planlagt ny kontroll med CT på lokalsykehuset om ett år.

Våren 2024 bekreftet nye undersøkelser at det forelå kreft i venstre nyrebekken. Bjørn ble henvist til universitetssykehuset, og behandlingen ble diskutert i et tverrfaglig møte (MDT-møte) i juni. I møtet ble legene enige om å fjerne nyren og urinlederen ved hjelp av robotassistert kirurgi. Bjørn ble informert om anbefalingen per telefon et par dager senere.

“Vi hadde hatt to telefonsamtaler med sykehuset før han ble lagt inn. Det var ikke snakk om noen komplikasjoner, det var en enkel prosedyre, dette her.”

- Pårørende

Multidisiplinære team (MDT)

Som en sentral del av pakkeforløpene for kreft er det etablert multidisciplinære team (MDT), for å sikre at beslutninger om kreftbehandling tas på et best mulig tverrfaglig grunnlag. Teamet består av relevante legespesialister, som i egne møter vurderer diagnose, stadium og behandlingsalternativer basert på de undersøkelsene som er gjort i utredningsfasen. MDT-møtet kommer fram til en anbefaling om konkret behandling for hver enkelt pasient.

Det følger av pakkeforløpene at en ansvarlig lege i etterkant skal drøfte denne anbefalingen med pasienten, slik at de sammen kan bli enige om det videre forløpet ([11,12](#)). Det skal også avklares hvem som har hovedansvaret for forløpet ([11](#)).

I starten av juli var Bjørn innkalt til preoperativ undersøkelse. Han hadde lang reisevei og behov for å ha med datter som ledsager, men begge ble syke og undersøkelsen ble derfor avlyst. De avtalte at den i stedet skulle gjennomføres når han ble innlagt to dager før operasjonen. Men da han møtte til innleggelse, ble den preoperative undersøkelsen likevel ikke utført. Det ble tatt innkomstjournal, og han ble samtidig tilsett av kirurgen som skulle assistere under operasjonen.

Bjørn lå i narkose på operasjonsbordet da kirurgen, som skulle være hovedoperatør, så ham for første gang og oppdaget den tydelige krumningen av ryggen. Kirurgen ble usikker på om inngrepet var teknisk mulig å gjennomføre. Bjørn ble plassert i sideleie, og det var marginal plass til portene til robotarmene. Operasjonen ble gjennomført under vanskelige forhold, med begrenset tilgang og oversikt og med større blødning enn forventet.

“Jeg så han for første gang da han lå ferdig intubert og i narkose på operasjonsbordet og ble nokså betenkt. Hvordan skal vi klare dette?”
- Kirurg

Etter operasjonen klarte ikke Bjørn å løfte venstre bein og hadde redusert bevegelse i det høyre. CT-undersøkelse viste brudd i en ryggvirvel i korsryggen. Universitetssykehuset konkluderte med at bruddet oppstod som følge av hvordan han ble plassert på operasjonsbordet. For Bjørn ble dette starten på en kompleks behandlings- og rehabiliteringsfase med betydelig funksjonstap.

Pasienthistorien til Ingrid

Ingrid var i midten av 80-årene, var aktiv og bodde alene i en enebolig. Hun ble behandlet for høyt blodtrykk, lavt stoffskifte og hadde varierende leddsmerter. Hennes nærmeste familie bodde i en annen del av landet.

Seinsommeren 2024 oppsøkte Ingrid fastlegen fordi hun hadde oppdaget en kul som hadde vokst raskt i høyre bryst. Ingrid fortalte også at hun følte seg trøtt og slapp. Fastlegen henviste henne til pakkeforløp for brystkreft på universitetssykehuset og ordnet med ledsager på reisen dit. Undersøkelsene viste at hun hadde en stor, ondartet svulst i høyre bryst med spredning til minst tre lymfeknuter i armhulen. Kreftsvulsten var såkalt trippel-negativ brystkreft, som er en aggressiv undergruppe av brystkreft.

Uken etter oppsøkte Ingrid fastlegen og opplyste at hun hadde smerter i beina, var tungpustet og hadde problemer med å gå.

To dager etter at Ingrid var hos fastlegen, ble planen for behandling skissert på et MDT-møte. På grunn av Ingrids høye alder ble det anbefalt en modifisert og mindre intensiv neoadjuvant behandling som inkluderte én type cellegift i kombinasjon med immunterapi. Denne behandlingen skulle Ingrid få i opptil tre måneder, før operasjon med fjerning av bryst og lymfeknuter. En kreftlege ringte Ingrid og informerte om behandlingsopplegget og sa at de tok sikte på kurativ behandling. Hun var motivert for å prøve dette.

Neoadjuvant behandling

Neoadjuvant behandling er all kreftbehandling som gis før hovedbehandlingen – som vanligvis er kirurgi eller strålebehandling. Hensikten med neoadjuvant behandling er å redusere risikoen for tilbakefall og øke overlevelsen ([13](#)).

Det finnes flere ulike kreftbehandlinger som kan gis i neoadjuvant øyemed, for eksempel cellegift, antihormonell behandling, stråling og immunterapi. Cellegift er den vanligste formen for neoadjuvant behandling ved brystkreft. For pasienter med trippel-negativ brystkreft har cellegift i kombinasjon med immunterapi vist seg å gi bedre resultater ([13](#)).

Ingrid reiste til universitetssykehuset for å starte kreftbehandlingen i midten av september. Hun hadde samme ledsager som sist. Ved innkomst oppga Ingrid at hun var i grei form. Vekten viste 57 kg og hun var 152 cm høy. Blodprøver viste at hun hadde moderat hyponatremi (natriumverdi på 126 mmol/L). Legen bestilte urinprøver for å undersøke nærmere, og vurderte at Ingrid kunne starte kreftbehandling. Neste dag fikk hun første dose cellegift (paklitaksel) og immunterapi (pembrolizumab).

Hyponatremi

Hyponatremi er en tilstand med for lavt natrium i blodet og kan skyldes underliggende medisinske tilstander som hjertesvikt, leversvikt, alvorlige infeksjoner og kreftsykdom. Hyponatremi kan indikere underliggende sårbarhet med redusert fysiologisk reserve. Normalområdet for natrium hos voksne er 137–145 mmol/l ([14](#)).

Den videre planen var cellegiftkurer én gang i uken og immunterapi hver tredje uke i opptil 12 uker. Hun skulle få behandlingen på en spesialistpoliklinikk i hjembyen, og hun skulle tilbake til evaluering på universitetssykehuset etter fem ukers behandling.

Ved hjemreise fikk Ingrid skriftlig informasjon fra legen ved kreftavdelingen om at behandlingen kunne gi bivirkninger, og at hun måtte kontakte lege ved feber eller uvante symptomer. Hun fikk også beskjed om at hun kunne prøve saltrik mat for å øke natriumnivået, og at blodprøver skulle kontrolleres på den lokale poliklinikken før cellegiftkurene.

Noen dager etter hjemkomst kontaktet Ingrid kreftkoordinator i kommunen og sa at hun ønsket tilsyn fra hjemmesykepleien. Hun følte seg i dårlig form etter behandlingen.

Da Ingrid fikk andre dose cellegift, var hun mer trøtt, slapp og tungpustet. Videre hadde hun ubehag i høyre bein og følte seg ustø. Overlegen ved spesialistpoliklinikken vurderte at Ingrid var i «passelig grei form», og dosen ble gitt etter å ha konferert med kreftlege på universitetssykehuset.

Ved tredje dose cellegift oppga Ingrid at hun var i god form, men ble tungpustet når hun gikk tur. Dagen før hadde hun fortalt fastlegen at hun lå mye i sengen og ikke kom seg ut. Blodprøvene viste at hun nå hadde alvorlig hyponatremi (123 mmol/L). Etter ny konferering med kreftlege fikk hun tredje dose cellegift.

“Etter den tredje kuren var hun ikke i stand til å gå til postkassen.”

- Pårørende



Foto: Shutterstock

Da Ingrid skulle få fjerde dose cellegift og andre dose immunterapi, oppga hun å være i grei form, men hun ble tungpustet ved aktivitet og var synlig hoven i hender og føtter. Natriumverdien hadde falt ytterligere (121 mmol/L). Etter konferering med kreftlege på universitetssykehuset ble behandlingen utsatt, og Ingrid ble innlagt på lokalsykehuset.

Bivirkninger av immunterapi

Immunterapi er en form for kreftbehandling som aktiverer kroppens eget immunforsvar mot kreftcellene. Denne behandlingsformen har gitt bedre prognose for mange kreftpasienter, men medfører andre typer bivirkninger enn tradisjonell medikamentell kreftbehandling (cellegift).

Én av de alvorlige bivirkningene av immunterapi er lungebetennelse, såkalt pneumonitt. Uten rask behandling kan tilstanden utvikle seg til lungesvikt og i verste fall være dødelig. Alvorligheten av bivirkninger ved immunbehandling graderes fra 1 til 5, der grad 3 eller høyere regnes som alvorlig. Slike bivirkninger krever sykehusinnleggelse og fører oftest til at immunbehandlingen blir avsluttet. Flere sykehus har føringer om at slike pasienter skal legges inn på sykehus med tilgang til onkologisk kompetanse ([15](#),[16](#)).

Ved innkomst hadde hun tung pust og uttalte hevelser i over- og underekstremiteter. Ingrid ble lagt på intensivavdeling og fikk diagnosen pneumonitt grad 3. Hun utviklet respirasjonssvikt og trengte pustestøtte (CPAP), og det ble startet betennelsesdempende behandling i form av høydose steroider. Under oppholdet økte natriumverdien noe, mens vekten falt fra 58 til 48 kg. Hun var innlagt i tre uker, og ved utskrivelse skulle steroiddoseringen trappes gradvis ned over to måneder.

Mens Ingrid var innlagt på lokalsykehuset, ble kreftlegene på universitetssykehuset informert om utviklingen. De valgte å avslutte den neoadjuvante behandlingen og meldte henne til MDT for ny vurdering. Det ble besluttet å framskynde operasjonen og utføre denne en måned seinere, i slutten av november.

I ukene før operasjonen bodde Ingrid hjemme og hadde hjemmetjenester. I denne perioden var det flere tegn på at formen ble dårligere – hun var bekymret og ba om mer hjelp. Hun fikk vansker med å gå i trapper og komme seg ut. Hun hadde dårlig matlyst, spiste svært lite og trengte hjelp til stell. Hun ba stadig hjemmetjenesten om å komme for ting de oppfattet som bagateller, og hun ble fortvilet når de ikke kunne prioritere hennes ønsker. En familievenn som hjalp med innkjøp la merke til at Ingrid gradvis ble svakere og ikke klarte å forholde seg til alt som skjedde med, og rundt henne.

“Jeg så henne ved kjøkkenbordet der hun alltid pleier å sitte, og jeg så jo at hun hadde hatt tøffe tak. Jeg opplevde henne som redd.”

- Familievenn



Foto: Shutterstock

To uker før den planlagte operasjonen ble Ingrid satt opp til en preoperativ undersøkelse på universitetssykehuset. Hun følte seg for syk til å reise, og kontrollen ble avlyst. Hun ble derfor innlagt én dag i forkant av operasjonen.

“Den siste helgen før hun dro til sykehuset var grusom. Føttene var så hovne, hun satt og ristet hele tiden.”

- Familievenn

En uke før operasjonen kom datteren på besøk. Hun ble sjokkert over hvor svak og tynn moren var blitt, og hvor lite hun spiste. Ingrid veide nå 47 kg. Datteren ba fastlegen komme på hjemmebesøk, hun var bekymret for at moren skulle opereres når hun var i så dårlig form. Ingrid fortalte imidlertid fastlegen at hun hadde god appetitt. Fastlegen vurderte situasjonen som stabil og sa at universitetssykehuset måtte vurdere den videre kreftbehandlingen.

“Hun var redd for operasjonen. Og narkosen. Da sier jeg: De vil aldri operere deg hvis det ikke er forsvarlig. Det var noe av det siste jeg sa til henne. Og jeg sa det flere ganger.”

- Pårørende

Før innleggelsen på universitetssykehuset gjennomførte en anestesilege en rutinemessig vurdering av mulige risikofaktorer hos Ingrid i forbindelse med den planlagte narkosen. Vurderingen ble basert på journalopplysninger. Ingrid ble ansett å være i såpass god form at hun ikke trengte fysisk tilsyn av anestesipersonell før operasjonen, og at det ikke var behov for spesielle tiltak i forbindelse med narkosen.

I slutten av november kom Ingrid til universitetssykehuset med ledsager. Kirurgen som skulle assistere under operasjonen informerte Ingrid om inngrepet og mulige komplikasjoner.

Dagen etter innleggelsen ble Ingrid operert. Anestesilegen som skulle gi narkose reagerte på at det ikke var tatt noen blodprøver, gitt Ingrids tilstand og nylige sykdomsforløp. Men en gjennomførte operasjonen, og både svulst og lymfeknuter ble fjernet.

Dagen etter operasjonen var Ingrid ved godt mot, men hadde lav urinproduksjon. Neste dag fikk hun påvist svært høy kreatinin (900 mmol/l), forenlig med akutt nyresvikt, og urinproduksjonen hadde opphørt. Det ble anlagt dialysekatter og startet dialyse, men denne måtte avlyses etter kort tid på grunn av blodtrykksfall. Tilstanden ble gradvis verre og i samråd med pårørende ble det besluttet å gå over til lindrende behandling. Åtte dager etter operasjonen døde Ingrid.

4 Vurdering av pasientenes helsetilstand før og under behandling

Publisert 16. juni 2026 Sist oppdatert 16. juni 2026

Høyere levealder i befolkningen gjør at stadig flere får en kreftdiagnose. Med økende alder blir de individuelle forskjellene i helsetilstand tydeligere, og kronologisk alder alene sier lite om pasientens faktiske toleranse for behandling. Dette gjør det særlig viktig å identifisere sårbarhetsfaktorer tidlig i forløpet ([17](#)).

Valgene som blir tatt før behandlingsstart, styrer resten av forløpet. Overlevelse ved kreft påvirkes i stor grad av selve kreftsykdommens karakteristika, og pasientens helsetilstand har stor betydning for hvilken behandlingsbelastning som tåles ([11](#)).

I dette kapitlet beskriver vi flere forhold som påvirket hvordan Bjørn og Ingrid ble vurdert før behandlingsvalg ble tatt.

Pasienter kan bli oppfattet å være i bedre form enn de faktisk er

Pasientens muntlige opplysninger gir ikke det fulle bildet av helsetilstanden og må vurderes opp mot annen relevant informasjon. Pasienter kan overdrive eget funksjonsnivå, enten av frykt for å miste behandlingsmuligheter dersom de framstår som reduserte, eller fordi de mangler innsikt i sin nåværende helsetilstand ([17–19](#)).

I forløpet til Ingrid finner vi et gjennomgående mønster der hun beskriver seg selv som kvikk, samtidig som både objektive funn og observasjoner fra helsepersonell, fastlege, venner og pårørende viser et tydelig funksjonsfall.

Ved behandlingsstart viste blodprøvene moderat til alvorlig hyponatremi, men Ingrid framstod som upåvirket og oppga at hun var i god form.

Etter hvert som behandlingen fortsatte, ble hun mer slapp, tungpustet og svekket, men hun formidlet likevel til behandlere at hun “fikk seg noen turer ut” og var i “rimelig grei form”. Dette står i kontrast til at hun fortalte fastlegen at hun lå mest i sengen, og at hjemmetjenesten og pårørende observerte dårlig matlyst, betydelig endring i funksjon og økende hjelpebehov.

Dette mønsteret fortsatte helt fram til Ingrid ble innlagt til operasjon. Da hun kom til sykehuset, beskrev hun seg fortsatt som stort sett frisk, mens både ledsager og enkelte helsepersonell så en svak og betydelig redusert pasient.

For å få en oversikt over pasientens helsetilstand er det nødvendig at helsepersonell kartlegger relevante sårbarhetsfaktorer ([17](#)). Det er særlig tre tiltak som er sentrale for å kunne fastslå faktisk funksjonsnivå og risiko: systematiske vurderinger av skrøpelighet, systematisk bruk av samvalg og innhenting av informasjon fra pårørende.

En skrøpelighetsvurdering gir informasjon om pasientens samlede fysiologiske reserve og tåleevne og kan derfor være et viktig supplement til pasientens egenrapportering. Systematiske

verktøy for screening av pasienters skrøpelighet kan bidra til at helsepersonell får et riktigere bilde av pasientens helsetilstand. Slike tester kan også være et utgangspunkt for en mer utfyllende geriatrik kartlegging. Metodeboken Kreft hos eldre anbefaler screening av pasienter over 70–75 år som blir vurdert for kreftbehandling ([17](#), [20](#)).

Skrøpelighet

Skrøpelighet innebærer redusert reservekapasitet i flere fysiologiske funksjoner. Skrøpelighet innebærer en økt sårbarhet som gjør at selv små belastninger kan føre til et uforholdsmessig stort fall i helsetilstanden. Selv om skrøpelighet blir vanligere med økende alder, er det ikke alle gamle som er skrøpelige.

I klinisk praksis blir skrøpelighet vurdert gjennom kartlegging av en rekke risikofaktorer, som ernæringsstatus, vekttap, komorbiditet, medikamentbruk, fysisk funksjon og kognitiv kapasitet. Skrøpelighet er en risikofaktor som gir økt fare for komplikasjoner, sykehusinnleggelse og død ([21–23](#)).

Systematiske, individuelle vurderinger av skrøpelighet kan gi grunnlag for å identifisere tiltak som styrker pasienten før behandling starter, noe som kan gi flere behandlingsalternativer for skrøpelige pasienter ([24](#)). Ved avdelingene der Bjørn og Ingrid var innlagt, var det ikke etablert praksis å gjennomføre skrøpelighetsvurderinger. Derfor la helsepersonellet til grunn egne observasjoner og det pasientene selv opplyste. For Bjørn og Ingrid kan dette ha ført til at sentrale tegn på redusert fysiologisk reserve ikke ble fanget opp i vurderingen av behandlingsvalg.

Pårørende kan være en viktig kilde til informasjon om endringer i pasientens funksjonsnivå, og de kan ha en viktig rolle i å støtte pasienten når det skal tas beslutninger knyttet til behandling. Selv om det er opp til pasienten å bestemme om pårørende skal være involvert, kan helsepersonell aktivt utforske muligheten for å ta kontakt, også i tilfeller der pasienten framstår som oppegående ([11](#), [25](#)).

I Bjørn og Ingrids journaler finner vi ikke noen planer om å involvere pårørende da behandlingen ble besluttet. Bjørns pårørende var til stede på sykehuset og formidlet opplysninger om Bjørns helsetilstand, men disse ble ikke dokumentert.

Samlet viser disse funnene at vurderingene av Bjørn og Ingrid bygget på et smalt informasjonsgrunnlag, der for eksempel Ingrids muntlige opplysninger fikk stor betydning.



Foto: Shutterstock

Samvalg som en del av beslutningsgrunnlaget

Pasienters rett til å medvirke i valg av behandling er en lovfestet rettighet i pasient- og brukerrettighetsloven (26). Samvalg er en prosess der helsepersonell går gjennom behandlingsalternativene sammen med pasienten og forklarer på en persontilpasset og forståelig måte hvilke fordeler og ulemper behandlingen kan gi (27). Samvalg forutsetter at pasienten forstår at det faktisk foreligger et valg og settes i stand til å vurdere hva som er riktig for seg. Uten samvalg kan pasienter ta valg som ikke samsvarer med deres egne verdier og ønsker (28).

De fleste pasientene ønsker at legene aktivt etterspør deres preferanser (28). Noen velger å avstå fra en type behandling når de forstår hva den innebærer av risiko og belastning (28, 29). For eldre, skrøpelige pasienter kan dette være særlig avgjørende, fordi forskjellen mellom det som har størst medisinsk effekt og det som er best for pasienten kan være stor (29). For gamle pasienter kan livskvaliteten telle mer enn flere leveår.

Bjørn og Ingrid fikk beskjed per telefon om anbefalingene fra MDT-møtet. I journalen står det ikke om de fikk informasjon om forventet behandlingseffekt, behandlingsalternativer eller mulige komplikasjoner og bivirkninger. Deres egne verdier og ønsker ble heller ikke etterspurt.

“Det har vært systematiske forsøk på implementering av samvalg. Hvor godt det har satt seg, er jeg usikker på.”

- Leder

Det er kjent at pasienter i for liten grad blir involvert i behandlingsbeslutninger, så dette er ikke et særtrekk ved forløpene til Bjørn og Ingrid (30–33). Pasientene aksepterer i stor grad behandlingen som blir tilbudt, og det er ikke vanlig å stille spørsmål til anbefalingene (28, 34).

Vi vet ikke om Bjørn og Ingrid ville valgt annerledes dersom de hadde fått presentert andre behandlingsalternativer. Undersøkelsen viser at skrøpeligheitsvurdering eller innspill fra pårørende ikke inngikk i beslutningsgrunnlaget, og at dette begrenset mulighetene for en samvalsprosess.

Bekymring for å diskriminere på alder kan påvirke behandlingsvalg

Likeverdig behandling innebærer at alle pasienter skal få like muligheter og at behandlingen skal tilpasses den enkeltes forutsetninger, men ikke at alle skal få samme behandling. Da vi intervjuet helsepersonell som hadde vært involverte i Ingrids forløp, fortalte flere at de ville unngå at hennes høye alder skulle bli brukt som begrunnelse for å gi henne «dårligere» behandling. De uttrykte bekymring for å diskriminere på alder, og mente at alder ikke skulle ha betydning for valget av behandling.

Dette er i tråd med internasjonal konsensus på kreftområdet. Alder alene skal ikke påvirke behandlingsvalgene ([29](#), [35](#)). Samtidig innebærer likeverdig behandling at behandlingen må være individuelt tilpasset. Når en ser bort fra alder som en selvstendig risikofaktor for å unngå aldersdiskriminering, vil sårbarheter hos pasienten kunne bli oversett, med mulig overbehandling som konsekvens.

I forløpene til Bjørn og Ingrid ser vi at behandlingen i stor grad ble lagt opp etter hva som var mest effektiv kreftbehandling, uten vurdering av om belastningen og komplikasjonsrisikoen sto i forhold til det pasientene faktisk kunne tåle. Forskning viser at dette kan skje når frykten for å underbehandle eldre fører til at alder tones ned i kliniske vurderinger ([3](#)).

Selv om mange gamle kan tåle den samme behandlingen som yngre pasienter får, viser forløpene til Bjørn og Ingrid at det manglet en kartlegging og tilpasning for å finne det best egnede behandlingsalternativet. Systematisk kartlegging kan redusere risikoen for at skrøpelige pasienter overbehandles, ved at de får en behandling som er tilpasset deres reelle tåleevne.

Grunnlag for MDT-anbefalinger

Bjørn og Ingrid fikk den kreftbehandlingen som ble anbefalt i MDT-møter ved universitetssykehuset. Som beskrevet tidligere, var pasientenes funksjon, skrøpelighet og sårbarhet i varierende grad dokumentert og tilgjengelig for deltakerne i MDT-møtet.

Da Bjørn ble meldt opp til MDT, inneholdt ikke henvisningen informasjon om hvor preget han var av Bekhterevs sykdom. Det er ikke journalført at hans anatomi kunne påvirke gjennomføringen av robotassistert kirurgi.

I Ingrids journal er det dokumentert at legene i det første MDT-møtet kom fram til at det var indikasjon for kreftbehandling. MDT-møtet hadde ikke blodprøver av nyere dato, og de lave natriumverdiene ble først kjent senere.

Siden vurderingene av pasientenes funksjon og skrøpelighet var ufullstendige, svekket dette MDT-møtets informasjonsgrunnlag.

For de fleste kreftpasienter er det viktig med rask tverrfaglig vurdering i MDT-møte ([11](#), [12](#)). Samtidig er det ikke uvanlig at vurderinger skjer uten tilstrekkelig kjennskap til pasientenes risikofaktorer ([36](#), [37](#)). Informanter fortalte at henvisninger fra fastleger eller lokalsykehus ofte inneholder lite opplysninger om pasientens helsetilstand. Også når henvisningene er mer informative, kan det forekomme at MDT-møtene konsentrerer seg om kreftdiagnosen. Mens

kreften gjerne beskrives med stor presisjon, kan beskrivelsene av øvrige forhold ved pasientens helsetilstand være mangelfulle eller diffuse ([36–38](#)).

Flere forhold bidrar til dette. Mange pasienter blir vurdert i løpet av et MDT-møte, og det er lite tid til å gå grundig inn i helsetilstanden til enkeltpasienter. I intervju fikk vi høre at det er en forventning om at andre forhold ved pasienten enten er avklart før oppmelding, blir tatt opp av ansvarlig lege i møtet, eller fanges opp ved fysisk konsultasjon med ansvarlig lege i etterkant av MDT-møtet.

“Tidvis har vi variabelt informasjonsgrunnlag om pasientene i MDT. Noen ganger er kun svulsten omtalt, andre ganger får man et mer utfyllende bilde av pasientens funksjon og tilstand.”

- Lege

Deltakerne i MDT-møtet kjenner oftest heller ikke pasientens egne ønsker. I oppmeldingen til MDT-møtene framkom det ikke opplysninger om Bjørn og Ingrids egne mål eller ønsker for behandlingen. Dette medførte at de foreslåtte behandlingssløpene ble basert på hvordan kreftsykdommen mest effektivt kunne behandles – med kurativ hensikt.

Informanter opplyste at vurderingene i MDT-møtet legger premissene for det videre forløpet. Dersom det foreslåtte behandlingsopplegget skal endres, krever det ofte en ny runde i MDT, noe som kan føre til forsinkelser.



Foto: Shutterstock

Oppsummering

Funnene i dette kapitlet viser et mønster der beslutningene om behandling av Bjørn og Ingrid ble tatt på et ufullstendig grunnlag, og bygde i stor grad på journalinformasjon og deres egne muntlige opplysninger. Det ble ikke gjennomført systematisk skrøpeligheitsvurdering eller samvalgsprosess, og en innhentet heller ikke informasjon fra pårørende. Bekymring for å underbehandle på grunn av alder bidro til at risiko ikke ble fanget opp, og MDT-møtene ga anbefalinger om videre behandling basert på et ufullstendig bilde av pasientenes funksjon og sårbarhet.

Innen sikkerhetsfaget beskrives slike situasjoner som lokal rasjonalitet: Helsepersonell handler ut fra det som virker fornuftig der og da, gitt den informasjonen og de mulighetene de faktisk har tilgang til ([1](#), [39](#)). Det handler om hvordan ulike faktorer som ansvars- og funksjonsfordeling, organisatoriske rammer og en travel arbeidshverdag kan påvirke kliniske vurderinger.

Når systemet ikke legger til rette for strukturerte kartlegginger fordi ansvaret for å innhente og sammenstille informasjon er uklart fordelt, vil kliniske vurderinger basere seg på den informasjonen som er lettest tilgjengelig. I forløpene til Bjørn og Ingrid ble ikke viktige tegn på redusert fysiologisk kapasitet fanget opp av helsepersonellet. Det fantes ikke et godt nok system for at de kunne gjøre en helhetlig vurdering.

5 Ansvar og informasjonsflyt i sammensatte behandlingsforløp

Publisert 16. juni 2026 Sist oppdatert 16. juni 2026

Etter at Ingrid hadde fått kreftdiagnosen og startet med neoadjuvant behandling, var hun i kontakt med flere enheter og nivåer både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Hun hadde hjemmetjenester fra kommunen og var i jevnlig kontakt med fastlegen sin. Universitetssykehuset hadde det overordnede behandlingsansvaret for kreftsykdommen, mens en lokal spesialistpoliklinikk ga den ukentlige behandlingen. Sykehus tilbudet der hun bodde er organisert slik at dersom hun fikk behov for sykehusinnleggelse, skulle hun til lokalsykehuset.

En slik organisering av spesialisthelsetjenestetilbudet er vanlig i Norge og er en forutsetning for et desentralisert tjenestetilbud. Det gjør det enklere for pasienten, som slipper lang reisevei i et krevende behandlingsforløp. Men det stiller krav til tydelig ansvars plassering, kontinuitet, kommunikasjon og en helhetlig ivaretagelse av pasienten for å unngå et forløp der ingen har full oversikt over utvikling eller risiko.

I dette kapitlet beskriver vi to forhold som påvirker muligheten til å fange opp endringer i Bjørn og Ingrids helsetilstand.



Foto: Shutterstock

Antakelser om at andre følger opp kan påvirke behandlingen

Undersøkelsen viser at ulike aktører gjorde kliniske observasjoner som kunne gitt grunnlag for nærmere vurdering. Flere informanter fortalte at de reagerte på Ingrids og Bjørns allmenntilstand, og at de opplevde dem som for skrøpelige for den planlagte behandlingen. Når de kliniske observasjonene likevel ikke ble fulgt opp med videre undersøkelser, var det på grunn av en oppfatning om at andre aktører allerede hadde gjort, eller ville gjøre nødvendige vurderinger.

Dermed blir det mindre sannsynlig at enkeltaktører stiller spørsmål ved sine observasjoner, særlig i forløp der mange ulike enheter er involvert. Flere beskrev for eksempel at de forventet at pasienter som legges inn til en planlagt operasjon, skal være klarerte for inngrepet når de ankommer sykehuset.

Hvordan ansvar fordeles og oppfattes i slike forløp blir særlig tydelig når behandlingen blir flyttet mellom ulike avdelinger. Da kreftlegene avsluttet den neoadjuvante behandlingen av Ingrid og overførte henne til kirurgisk avdeling, var hun fortsatt under behandling for bivirkninger relatert til immunterapien. Den kirurgiske avdelingen, som skulle operere Ingrid, overtok det formelle ansvaret, men vurderte ikke hennes helhetlige tilstand i denne perioden. Hvem som hadde ansvar for nedtrappingen av steroider, var uklart.

Dette viser at viktige oppgaver kan ende opp uten en tydelig eier dersom det ikke er etablert en systematisk tilnærming til å videreføre ansvar når pasientens behandling blir endret ([7](#), [40](#)).

Mønsteret der kliniske observasjoner ikke blir tatt videre fordi en antar at andre både har og tar ansvar, går igjen. Vi så for eksempel at Ingrid ble utskrevet med høydose steroider med beskjed om gradvis nedtrapping over 11–12 uker. Selv om fastlege og hjemmetjeneste fikk epikrise med informasjon om nedtrappingen, var det ingen som fikk tydelig ansvar for å følge henne opp. Kirurgisk avdeling hadde ikke kontakt med Ingrid og kjente heller ikke til hvor langt hun var kommet i steroid-nedtrappingen da hun ble lagt inn for operasjon.

Opgaver som blir delegert uten tydelig ansvar, kan altså føre til at ingen følger opp helheten og sikrer kontinuiteten i pasientforløpet. Selv om Ingrid var i bedring ved utskrivelsen fra lokalsykehuset, innebar steroidnedtrapping etter en alvorlig pneumonitt fortsatt en risiko for forverring. Faglige retningslinjer anbefaler tett oppfølging i slike tilfeller, men dette ble ikke gjort ([41](#)). I praksis ble ansvaret for å fange opp eventuell forverring overlatt til Ingrid selv og hennes pårørende.

Dette viser hvordan utydelig oppgave- og ansvarsfordeling kan forsterke hverandre og bidra til at viktige vurderinger uteblir. Det skyldes ikke individuelle feilvurderinger, men er en konsekvens av hvordan systemet påvirker helsepersonellens rolleforståelse, handlingsrom og beslutningsmuligheter underveis i pasientforløpet.

Uklarhet i hvem som hadde ansvar for Ingrid på ulike tidspunkt i forløpet var tett knyttet til hvordan informasjon ble delt og brukt. Dette kommer tydelig fram i neste delkapittel om tilgjengelig journaldokumentasjon.

Bruk av tilgjengelig journaldokumentasjon

Undersøkelsen viser at relevant informasjon om Bjørn og Ingrids helsetilstand var tilgjengelig i journalsystemet, men at det kunne være krevende å få oversikt fordi dokumentasjonen var omfattende og lå på flere steder.

Flere beskrev det som krevende å finne relevant informasjon i pasientjournalen, fordi store deler av journalteksten kan være duplisert og vanskelig å orientere seg i. Når helsepersonell står i situasjoner med høyt arbeidspress og må forholde seg til sammensatte pasientforløp, gjør den utstrakte bruken av kopiering av tidligere journalnotater det vanskeligere å oppdage og vurdere nødvendig informasjon ([42](#), [43](#)).

I elektronisk pasientjournal blir journalnotater, henvisninger, epikriser og prøvesvar lagt under ulike faner, noe som gjør det vanskelig å holde oversikt. På bakgrunn av opplysningene i journalen skal legene ta viktige avgjørelser om behandling, og når informasjonen er fragmentert, bruker de unødig lang tid på å lete etter relevante opplysninger.

“For pasienter som kommer med kortfattede henvisninger, så betyr det at jeg må slå opp i felles journal og tråle sykehistorien og bildehistorikken.”
- Lege

I Bjørns tilfelle ser vi at dokumenterte opplysninger om hans utfordringer med Bekhterevs sykdom, som gjorde det umulig for ham å ligge flatt, ikke ble en del av vurderingene før operasjonen.

Når det gjelder Ingrid, hadde universitetssykehuset, lokalsykehuset og spesialistpoliklinikken samme journalsystem og dermed lesetilgang til hverandres journaler. Men systemet er lagt opp slik at hvert sykehus har sin egen versjon, som krever separat innlogging. Vi hørte fra flere av våre informanter at de opplevde at av- og påloggingen var tungvint.

Flere informanter fortalte at hvor grundig en satte seg inn i pasientens historikk ofte var personavhengig, og påvirket av egne prioriteringer og organiseringen av arbeidsdagen. Mange uttrykte også at de vegret seg for å åpne journaler fra andre sykehus, selv når systemet teknisk ga tilgang. Noen var redde for at dette kunne bli oppfattet som «snoking» og var usikre på hva regelverket tillot dem å gjøre. Denne usikkerheten førte til at journaldokumentasjon som kunne vært relevant for å vurdere pasientens tilstand, ikke ble hentet fram.

“Journalen fra lokalsykehuset kommer ikke opp hos oss automatisk. Man må ha en grunn til å gå inn i den felles journalen. Hvis alt ser bra ut i vår journal, så har man ikke noen grunn til å se i journalen fra et annet sykehus.”
- Leder



Foto: Shutterstock

Våre funn viser at det manglet en tydelig struktur for å etterspørre eller dele oppdaterte opplysninger mellom behandlingsstedene. Dette fikk særlig betydning i Ingrids forløp. Hun var for eksempel innlagt på lokalsykehuset i flere uker, men sykehuset sendte ikke epikrise til universitetssykehuset ved utskrivelse.

Universitetssykehuset etterspurte heller ikke informasjon fra andre aktører under forløpet til Ingrid, selv om flere kjente til at hun hadde fått behandling ved lokalt sykehus på grunn av alvorlige komplikasjoner.

“Det gikk under radaren her hos oss hvor dårlig hun var.”

- Lege

Ved universitetssykehuset stilte ingen spørsmål om hvorfor Ingrid ikke møtte til den planlagte preoperative undersøkelsen. Dette er et eksempel på at systemet for informasjonsdeling ikke fanget opp avvik som kunne hatt stor betydning for behandlingsforløpet hennes.

I noen intervjuer beskrev informantene en praksis der informasjon ofte ble innhentet muntlig. Poliklinikken og lokalsykehuset opplyste at de ringte universitetssykehuset for råd og veiledning. Vakttelefonen var gjerne bemannet av leger i spesialistutdanning som ikke nødvendigvis kjente alle pasientene. I slike situasjoner er det ikke alltid mulig å gå inn i journaldokumentasjonen eller konferere med ansvarlig overlege før beslutninger om videre behandling blir tatt.

Denne typen ustrukturert muntlig kommunikasjon kan fungere godt i noen situasjoner, men innebærer risiko i sammensatte forløp der pasientens tilstand endrer seg raskt. Uten tid til å oppdatere vurderingen med journalopplysninger som allerede foreligger, øker sannsynligheten for at disse faktisk ikke blir brukt.

Journalsystemet ga teknisk tilgang til relevant informasjon. Likevel ble opplysningene ikke brukt systematisk på grunn av kombinasjonen av tidspress og tungvint innlogging. Uskrevne regler for journalbruk og normalisering av muntlige snarveier kan også bidra. Slik ble behandlingsvalg tatt på fragmentert grunnlag, og mulighet til å identifisere risiko og justere behandlingsforløp ble ikke utnyttet.

Oppsummering

Funnene i dette kapitlet viser at ansvars plassering og informasjonsflyt ble forstått og praktisert ulikt i de involverte delene av tjenestene. Uklar oppgavefordeling mellom enheter og nivåer medførte at enkeltaktører antok at andre hadde ansvar for sentrale vurderinger. 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 brukt når behandlingsbeslutninger ble tatt.

Innen sikkerhetsfaget er det godt kjent at trygge pasientforløp forutsetter at helsepersonellet har en felles og oppdatert forståelse av situasjonen – og at noen har ansvar for oversikten ([10](#)). I de beskrevne forløpene var informasjonen om Bjørn og Ingrid's tilstand tilgjengelig, men den ble ikke satt sammen til et helhetlig bilde fordi det manglet et system som la godt nok til rette for dette.

6 Preoperative rutiner

Publisert 16. juni 2026 Sist oppdatert 16. juni 2026

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 inntakstjournal, 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 innkommst. 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 innkommstblodprøver, 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 rutineene 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.

7 Forbedringstiltak

Publisert 16. juni 2026 Sist oppdatert 16. juni 2026

I dette kapitlet beveger vi oss fra de konkrete vurderingene og sikkerhetsbarrierene og ser nærmere på hvordan forbedringstiltak utilsiktet kan påvirke enkelte pasientforløp negativt. I undersøkelsen har vi sett to forhold som kan regnes som forbedringstiltak, og som påvirket forløpene til Bjørn og Ingrid.

Forbedringstiltak kan skape blindsoner

Norske helsemyndigheter slår fast at overdiagnostikk og overbehandling er et kvalitets- og pasientsikkerhetsproblem. De peker på at unødvendige undersøkelser og behandlinger som ikke gir helsegevinst i verste fall kan påføre pasientene skade, og bidrar til sløsing med ressurser og helsepersonells tid, lengre køer og uønsket variasjon i tjenestene. Kampanjer rettet mot helsepersonell, som "Gjør kloke valg", er etter myndighetenes syn et viktig tiltak for å motvirke dette ([45](#), [46](#)).

Flere sykehus innfører derfor rutiner som tar sikte på å redusere overdiagnostikk og overbehandling. Rutinemessige blodprøver er et eksempel på undersøkelser som ikke alltid gir klinisk nyttig informasjon ([47](#)). Fagmiljøene er enige om at blodprøver bør tas på klinisk indikasjon, ikke som en fast rutine for alle pasienter ([48](#), [49](#)).

Avdelingen der Ingrid ble innlagt, hadde innført en rutine for å redusere unødvendige blodprøver. Pasienter som hadde vært på preoperativ undersøkelse med blodprøvetaking 1–2 uker i forveien, trengte ikke å ta nye blodprøver før operasjonen.

Vi har sett i kapittel 3 at det ikke ble tatt blodprøver av Ingrid på sykehuset før operasjonen. Informanter fortalte oss at i henhold til den nye rutinen skulle helsepersonell bruke sitt kliniske skjønn for å vurdere om det var behov for å ta blodprøver.

Undersøkelsen avdekket imidlertid at det var uklart når det var nødvendig å bestille prøver:

- Sykepleieren som gjennomførte inntakssamtalen, hadde oppfattet at det ikke lenger skulle bli tatt blodprøver ved inntak.
- Avdelingsledelsen bekreftet at bare leger kunne bestille øyeblikkelig hjelp-blodprøver dersom det forelå medisinsk indikasjon. Sykepleiere skulle gi beskjed til leger dersom de vurderte at det var behov for blodprøver.
- Øvrige informanter hadde ulik forståelse av om sykepleiere kunne bestille blodprøver, og om de faktisk tok kontakt med leger når de mente det var behov for blodprøve.

Forløpet til Ingrid tyder på at den nye rutinen slik den var innført og praktisert, ikke fanget opp sårbare pasienter. For det første ble det ikke oppdaget at hun ikke hadde tatt blodprøver før innleggelsen. For det andre ble det ikke lagt merke til hvor redusert hun var blitt, og at hun derfor uansett skulle tatt blodprøver.



Foto: Shutterstock

“Og så kan det jo fort svikte, slik som her, hvor kirurgen ikke har tatt stilling til om det skulle bli tatt blodprøve.”

- Leder

Dette hindret oversikt over Ingrids helsetilstand før operasjonen. Senere justerte avdelingen praksisen, slik at pasienter som har fått neoadjuvant behandling skal ta blodprøver ved innleggelse.

Disse funnene viser at forbedringstiltak som er hensiktsmessige for flertallet av pasienter, kan få utilsiktede konsekvenser for enkelte pasientgrupper.

Høy terskel for å stryke pasienter

Som tidligere beskrevet økte terskelen for å avlyse operasjoner jo nærmere pasienten kom operasjonsbordet. Derfor er det naturlig å se nærmere på hvordan arbeidet med å unngå at planlagte operasjoner ble avlyst eller utsatt, kan ha forsterket dette.

Operasjonsvirksomhet krever betydelige ressurser i sykehusene, og det er derfor viktig at aktiviteten blir planlagt og gjennomført slik at ressursene blir godt utnyttet.

Helsedirektoratet har kvalitetsindikatorer som sykehusene rapporterer på ([50](#)). En av disse heter «Utsettelse av planlagte operasjoner», og omtales gjerne som «strykning». En strykning betyr at en planlagt operasjon ikke blir gjennomført den dagen pasienten er satt opp på operasjonsprogrammet. De regionale helseforetakene rapporterer fortløpende data om strykninger. I 2. tertial 2025 lå frekvensen strykninger mellom 5,4 og 7,6 prosent ([50](#)).

Det kan være ulike årsaker til at en pasient får utsatt sin operasjon, som personellmangel, øyeblikkelig hjelp-operasjoner med høy hastegrad, ufullstendig undersøkelse før operasjon eller akutt oppstått sykdom hos pasienten (50).

For pasientene er en utsatt eller avlyst operasjon som regel en belastning. Mange vil ha gjort ulike forberedelser i forkant av operasjonen, og noen vil også ha reist langt. For sykehusene er strykninger også negativt. Det innebærer at operasjonskapasiteten ikke blir utnyttet, og pasientene blir liggende lenger på sykehuset før operasjonen. Det er derfor mange gode grunner til å jobbe med å redusere antallet unødvendige strykninger, og slikt arbeid er i praksis et forbedringstiltak.

Ved universitetssykehuset der Bjørn og Ingrid ble operert var det et mål å unngå strykninger. Antallet strykninger ble målt og fulgt opp på enhets- og avdelingsnivå for å avklare årsakene.



Foto: Shutterstock

“Det er ugunstig med strykninger, det blir mye styr. Vi vil heller planlegge i bedre tid og få booket inn andre pasienter.”

- Leder

“Her er det et veldig fokus på operasjonsstuen, at vi skal operere alle, og at ingen skal strykes. Vi må få det til.”

- Lege

Flere av våre informanter fortalte at arbeidet med å begrense strykninger hadde en innvirkning på muligheten til å utsette operasjoner. Den preoperative undersøkelsen ga en mulighet til å endre en planlagt operasjon uten at det talte som en strykning, mens endringer ved innkomst kunne bli til strykninger.

Forskning har vist at rapportering på kvalitetsindikatorer kan bidra til at klinisk skjønn nedprioriteres til fordel for å nå fastsatte mål ([51](#)). Når helsepersonell opplevde at det var høy terskel for å stryke en pasient, er dette et tegn på at rapporteringssystemet utilsiktet kan ha påvirket deres kliniske vurderinger og beslutninger.

Helsepersonell må kunne stryke en pasient som ikke er klar for operasjon, uten at dette blir opplevd som en belastning eller et avvik de selv er ansvarlige for. Det innebærer at rapporteringssystemet rundt strykninger bør understøtte gode kliniske vurderinger, ikke innsnevre dem.

Oppsummering

Funnene i dette kapitlet 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.

I pressede systemer kan barrierer gradvis miste funksjonen sin, uten at dette nødvendigvis er synlig for dem som utformer og innfører tiltak ([1](#), [10](#)). Det er ikke tilstrekkelig at forbedringstiltak slår ut riktig i gjennomsnittssituasjonen. Slike tiltak må alltid legges til rette for at helsepersonell kan bruke sitt kliniske skjønn.

8 Geografi og funksjonsfordeling

Publisert 16. juni 2026 Sist oppdatert 16. juni 2026

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.

9 Anbefalinger

Publisert 16. juni 2026 Sist oppdatert 16. juni 2026

Ukom har undersøkt to pasienthendelser. Pasientene hadde risikofaktorer som påvirket deres behandlingsforløp. Vi har undersøkt systemene rundt preoperative pasientforløp.

Oppdatert informasjon om pasienters helhetlige helsetilstand har betydning for valg som tas i behandlingsforløp. Undersøkelsen viser viktigheten av at systemene gir helsepersonell rom for å stoppe opp, stille spørsmål og endre plan når risiko avdekkes.

Våre anbefalinger beskriver en retning og et ambisjonsnivå, men ikke konkrete tiltak.

Ukom anbefaler sykehusene å gjennomgå egne systemer rundt preoperative forløp for å vurdere om de oppfyller disse forutsetningene for trygg behandling.

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

Sykehus må ha et system for å gjennomføre en helhetlig vurdering av pasientens helsetilstand, både før behandlingsvalg tas og gjennom hele behandlingsforløpet.

Dette kan innebære:

- strukturerte vurderinger av skrøpelighet hos eldre og sårbare pasienter
- innhenting av supplerende informasjon fra pårørende
- samvalgsprosesser der pasientens egne ønsker inngår i beslutningsgrunnlaget
- styrking av pasienten før behandlingsstart, dersom det er nødvendig

Ved pasientforløp som involverer flere sykehus, er det viktig at systemet sikrer kontinuitet og informasjonsflyt, slik at endringer i pasientens tilstand blir fanget opp og vurdert av leger som kjenner pasienten.

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

Sykehus må ha preoperative rutiner som blir praktisert slik at de fanger opp pasientens risikofaktorer og helsetilstand og fungerer som sikkerhetsbarrierer.

Sykehus må ha systemer som fanger opp pasienter som ikke har gjennomført planlagt preoperative undersøkelser, og sørge for at en samlet vurdering kan gjøres før operasjon.

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

Det er nødvendig å ha tilstrekkelig informasjon om pasienten for å gjøre gode kliniske vurderinger i en behandlingssituasjon. Det må derfor være tydelig for helsepersonell når det er lovlig adgang til å lese journalopplysninger, også fra andre sykehus.

4. Helseforetak og regionale helseforetak må sørge for tydelig ansvars plassering i forløp som involverer flere behandlingssteder

Sykehus må sikre at det er klart hvem som har ansvaret for å fange opp endringer i pasientens tilstand og at nødvendig informasjon blir utvekslet. Regionale helseforetak må tydeliggjøre ansvaret for det videre forløpet overfor det sykehuset som starter behandlingen.

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

Sykehus som innfører tiltak for bedre ressursbruk eller styrer aktivitet gjennom målinger, må sikre at tiltakene ikke påvirker helsepersonells ansvar for å utøve klinisk skjønn, for eksempel i vurderingen av behovet for undersøkelser og prøver.

10 Læringsmateriale

Publisert 16. juni 2026 Sist oppdatert 16. juni 2026

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 læringsmaterie](#)

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?

Skrøpелighet

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

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 skrøpeligheitsvurdering. 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 skrøpeligheit 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 skrøpeligheit fanget opp hos oss i dag, og når i forløpet skjer det?
- I hvilke situasjoner kan det være aktuelt å revurdere skrøpeligheit underveis i lengre forløp?
- Hvordan sørger vi for at en skrøpeligheitsvurdering 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 Ingrid's 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 ansvars plassering 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 kontaktleger i spesialisthelsetjenesten beskriver hva ansvaret skal innebære (65).

Ukom anbefaler i rapporten at helseforetak og regionale helseforetak må sørge for tydelig ansvars plassering 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 stryknings 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 skjønnnet kommer i konflikt med rutiner eller styringssignaler?

11 Framgangsmåte

Publisert 16. juni 2026 Sist oppdatert 16. juni 2026

Vår undersøkelse er gjennomført i tråd med Ukoms rammeverk, og undersøkelsen danner grunnlaget for rapporten med anbefalinger og materiell for læring og refleksjon ([66](#)).

Ukom besluttet i januar 2025 å starte en undersøkelse for å kartlegge forhold som kan påvirke helsepersonellets mulighet til å oppdage risiko og sikre trygg behandling før planlagte operasjoner.

Datainnsamling

Vi innledet undersøkelsen med å innhente og gjennomgå aktuelle pasientjournaler fra spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Vi gjennomførte 56 individuelle intervjuer med ledere på ulike nivå, merkantilt personell, leger, sykepleiere og helsefagarbeidere i tjenestene, som hadde vært involvert i, eller hadde kunnskap om de aktuelle pasientforløpene. Vi hadde også samtaler med pårørende.

Intervjuene bygger på KREATIV-metoden, som benyttes for å innhente relevant og pålitelig informasjon ([67](#)). Vi benyttet en semistrukturert intervjuguide, tok lydopptak av alle intervjuene og systematiserte informasjonen i ettertid. Før publisering av rapporten har informantene fått mulighet til å gjennomgå sitater vi har brukt.

Vi har brukt SEIPS (Systems Engineering Initiative for Patient Safety) som rammeverk for undersøkelsen og til utforming av intervjuguidene ([9](#)). SEIPS er spesielt utviklet til forbedringsarbeid innen helse- og omsorgstjenesten, og bruker en systemtilnærming for å forstå og forbedre pasientsikkerheten.

Strukturering og analyse av data

På et tidlig tidspunkt i analysearbeidet utarbeidet vi et svømmebanediagram for å få oversikt over pasientforløpene og involverte aktører. Et svømmebanediagram viser hvordan en prosess fordeler seg mellom ulike aktører, roller eller systemer, og bidrar til å tydeliggjøre de konkrete funnene vi har gjort i undersøkelsen.

For analyse av data har vi brukt en kombinasjon av Murphy-diagram og AcciMap ([68](#), [69](#)). En variant av Murphydiagram er brukt for å strukturere og sammenstille sammenhenger i hendelsesforløp innenfor definerte pasientsikkerhetsrisikoområder i de to forløpene. AcciMap er brukt for å analysere hvordan faktorer, beslutninger og aktører på ulike nivå i systemet samvirker og påvirker hverandre. AcciMapanalysen gir dermed en helhetlig oversikt over sammenhenger på tvers av klinisk praksis, organisering og styring.

Forankring

Vi har hatt personlige og digitale møter med relevante fagpersoner og fagmiljøer underveis i undersøkelsen.

Vi har hatt dialogmøter med:

- Den norske legeforening
- Norsk anesthesiologisk forening
- Norsk forening for bryst- og endokrinkirurgi
- Norsk onkologisk forening
- Norsk urologisk forening
- Medisinsk fagavdeling i Legeforeningen
- Kreftforeningen
- Norsk sykepleierforbund (NSF)
- Anestesisykepleierne NSF
- Operasjonssykepleierne NSF
- Pasientsikkerhetsforskningsmiljøet i Helse Vest RHF
- Seksjon for gynekologisk onkologi, Stavanger universitetssjukehus

Vi har mot slutten av arbeidet med rapporten også gjennomført forankringsmøter der vi har presentert funn og anbefalinger for pårørende, ledere i sykehus og enkelte av informantene.

Vi har også i løpet av prosessen fått innspill fra Ukoms refleksjonspanel.

Bruk av kunstig intelligens i rapportskrivningen

I denne undersøkelsen er kunstig intelligens (Microsoft Copilot) brukt som et hjelpemiddel til strukturering av tekst og språkvask, og i utarbeidelsen av utkast til det engelske sammendraget. Verktøyet har ikke vært involvert i analyser, vurderinger eller utforming av funn.

12 Ukoms oppdrag

Publisert 16. juni 2026 Sist oppdatert 16. juni 2026

Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) er en statlig, uavhengig virksomhet som har fått i oppdrag å undersøke alvorlige hendelser og andre alvorlige forhold i helse- og omsorgstjenesten i Norge. Ukoms virksomhet er hjemlet i lov om Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten av 16.06.2017 nr. 56 ([70](#)).

Ukom skal utrede hendelsesforløp, årsaksfaktorer og årsakssammenhenger. Hensikten med undersøkelsene er å bedre pasient- og brukersikkerheten gjennom læring og forebygging av alvorlige hendelser.

Ukom tar ikke stilling til sivilrettslig eller strafferettslig skyld og ansvar, og vi etterprøver ikke enkeltstående kliniske beslutninger.

Ukom avgjør selv hvilke alvorlige hendelser eller hvilke alvorlige forhold som skal undersøkes, tidspunktet for og omfanget av undersøkelsen samt hvordan den skal gjennomføres.

Undersøkelsene gjennomføres i dialog med involverte parter, det vil si ansatte i helse- og omsorgstjenesten, pasienter, brukere og pårørende.

Ukom retter oppmerksomheten på hva som skjedde og hvordan det kunne skje, ikke hvor hendelsen skjedde. Rapportene til Ukom er offentlige, og de inneholder ikke referanse til enkeltpersoners navn og adresse. Det vurderes i hver enkelt undersøkelse om det refereres til sted for hendelsen.

13 Summary report in English

Publisert 16. juni 2026 Sist oppdatert 16. juni 2026

About this report

This chapter is an English summary of a more comprehensive report published in Norwegian by the Norwegian Healthcare Investigation Board (Ukom). Ukom is an independent national body that investigates serious adverse events and risk areas in the Norwegian health and care services, with the aim of producing learning for the sector through identifying systemic factors that shape patient safety. Ukom does not assess individual culpability, makes no findings of blame, and has no authority to issue sanctions or take regulatory action. That role sits with the Norwegian Board of Health Supervision (Statens helsetilsyn), which operates separately.

Background

The investigation was prompted by two serious adverse events at a Norwegian hospital in 2024. Both involved older patients undergoing planned surgery within a cancer pathway. One patient died; the other sustained a serious and lasting injury. Rather than focus on the operating theatre, Ukom examined the whole preoperative pathway, from referral through the decision to operate until the day of surgery. The investigation found that, in both cases, opportunities to recognise risk had existed earlier, and that deterioration could have been identified at several points if the system had supported the clinicians involved to do so.

The patient stories

Bjørn

Bjørn was in his mid-70s. He had multiple myeloma and ankylosing spondylitis, with a pronounced forward curvature of the upper spine (kyphosis) that meant he could not lie flat. After cancer of the renal pelvis was confirmed, a multidisciplinary team (MDT) meeting recommended robot-assisted removal of the kidney and ureter at the university hospital. His preoperative assessment was cancelled when he and his accompanying daughter fell ill, was not rescheduled, and he was admitted two days before surgery without it. The lead surgeon first saw him already intubated on the operating table, and became concerned about the severity of his spinal deformity. The operation went ahead in technically difficult conditions, and Bjørn sustained a vertebral fracture caused by his positioning on the table, leaving him with significant and lasting loss of function.

Ingrid

Ingrid was in her mid-80s, active and living alone. She was diagnosed with aggressive (triple-negative) breast cancer with axillary node spread. An MDT recommended a modified neoadjuvant regimen – chemotherapy and immunotherapy before surgery – adapted to her age. At the start of treatment, she already had moderate hyponatraemia. Over the following weeks she deteriorated steadily: breathless, weak and unsteady, with falling blood sodium levels and weight loss. Her own descriptions to clinicians remained reassuring, even as her GP, home care service, family and friends observed a marked decline. After her fourth treatment cycle she was admitted to her local hospital with grade 3 pneumonitis, a serious immunotherapy side effect, and stayed there for three weeks on high-dose steroids. Surgery at the university hospital was brought forward, and she was discharged home on a tapering steroid regime to wait for the operation. Her preoperative assessment was cancelled because she felt too unwell to travel; she was admitted

the day before surgery, with no blood tests taken and a previously recorded weight measurement reused. She was operated on the following day, developed acute renal failure, and died eight days later.

Findings

Ukom grouped its findings under five themes.

Assessment of patients' health before and during treatment

Decisions to operate were taken on a narrow information base. Neither patient had a structured frailty assessment, although clinical guidance recommends screening in these age groups before cancer treatment. Information from relatives – often a critical source for older patients who may overstate their function – was not systematically sought or documented, even though Ingrid's family, GP and home care staff registered a steady decline. Shared decision-making was effectively absent: both patients were told the MDT recommendation by telephone, with no documented discussion of alternatives or their own goals. A genuine concern not to discriminate on grounds of age appeared to push assessments away from explicit consideration of frailty, so that vulnerability carried less weight than it should have. MDT recommendations were made without a complete picture of overall condition, and were rarely revisited as new information emerged.

Responsibility and information flow in complex care pathways

In Ingrid's pathway, a university hospital held formal responsibility for her cancer treatment, while weekly treatment was delivered at a local outpatient clinic. Her acute deterioration was managed at her local hospital. Several clinicians had noticed concerns, but each assumed another team was acting on them. When her cancer team handed her over to the surgical team, no one took clear ownership of her continuing recovery or steroid tapering. Relevant information existed in the electronic record, but was fragmented across separate hospital versions of the same system, each requiring a separate login. Clinicians were also reluctant to open records held by other hospitals, uncertain whether this was permitted and fearful of being seen to "snoop". Information that was technically accessible was therefore, in practice, not used.

Preoperative routines

Preoperative routines are intended to act as safety barriers: independent checkpoints that confirm a patient is fit for the planned operation. In neither case did they function as such. Preoperative assessments were missed without any system flagging the absence. Admission notes were written by junior doctors, in one case by a colleague borrowed from another ward and asked to take "a quick admission" of a patient she did not know. Old measurements were carried forward; the weight in Ingrid's admission note was around ten kilograms higher than what her home care service had recorded shortly before. At each stage, staff assumed the patient had already been cleared earlier in the pathway. By the time both patients reached the operating theatre, the threshold for stopping was very high.

Improvement measures and their unintended effects

Two well-intentioned improvement initiatives contributed to what happened. The first was a move away from routine blood tests, aligned with national efforts against overuse of diagnostic testing. On the ward it had become unclear who was responsible for ordering tests when clinical judgement called for them, and Ingrid was not tested on admission.

The second was a focus on reducing operation cancellations, being a national quality indicator. Cancelling at preoperative assessment did not count; cancelling once the patient was admitted did. The asymmetry made it harder to stop late, even when concerns emerged. Both initiatives worked well for most patients, but each narrowed the room for clinical judgement for the individuals who needed it most.

Geography and division of functions

Distance and the division of functions between hospitals were not only practical issues but structural ones. Because Ingrid lived far from the university hospital that held responsibility for her cancer treatment, her serious complications were managed at a local hospital without an oncology department, while the team that knew her treatment plan was not routinely informed and received no discharge summary. Informants said that, had she lived locally, she would probably have been admitted directly to the cancer department and called back for outpatient review. Geography did not cause harm on its own, however, combined with weak information sharing and unclear responsibility, it meant that no single team held a continuous picture of her condition.

Recommendations

Ukom makes five recommendations. They describe a direction and level of ambition rather than prescribing specific measures.

1. Holistic and systematic assessment. Hospitals should enable healthcare personnel to make holistic and systematic assessments of patients' health before and during treatment – including structured frailty screening, input from relatives, shared decision-making in which the patient's own goals form part of the basis for choice, and prehabilitation where indicated.
2. Preoperative routines that work as safety barriers. Hospitals should design preoperative routines so that clinicians can detect changes in a patient's condition and adjust the plan. Patients who have not completed planned preoperative assessment should be identified by the system so a complete review can take place before surgery.
3. Shared understanding of when to access patient records. Hospitals should ensure clinicians share a common understanding of when accessing health records, including records held by other hospitals, is necessary and lawful, so available information is in fact used.
4. Clear responsibility across sites. Hospitals and regional health authorities must ensure clear allocation of responsibility in pathways involving more than one site, including the continuing role of the hospital that initiates treatment.
5. Improvement measures that support clinical judgement. Improvement measures must support, rather than undermine, healthcare personnel's responsibility to exercise clinical judgement – for example, in deciding when investigations and tests are needed.

14 Referanser

Publisert 16. juni 2026 Sist oppdatert 16. juni 2026

1. Dekker S. Drift Into Failure. From Hunting Broken Components to Understanding Complex Systems. Boca Raton: CRC Press; 2011.
2. Rostoft S. Hvor går grensen for behandling - etikk og behandlingsbegrensninger: Norsk forening for geriatri [oppdatert 7.5.2025; lest 10.2.2026].
Tilgjengelig fra: [https://metodebok.no/emne/kQt9kBdS/hvor-g%C3%A5r-grensen-for-behandling-%E2%80%93-etikk-og-behandlingsbegrensninger/kreft-hos-eldre-\(nfg\)](https://metodebok.no/emne/kQt9kBdS/hvor-g%C3%A5r-grensen-for-behandling-%E2%80%93-etikk-og-behandlingsbegrensninger/kreft-hos-eldre-(nfg))
3. DuMontier C, Loh K, Bain P, Silliman R, Hshieh T, Abel GA, et al. Defining Undertreatment and Overtreatment in Older Adults With Cancer: A Scoping Literature Review. Journal of Clinical Oncology 2020;38(22):2558-69. DOI: 10.1200/jco.19.02809
4. Dekker S. Just Culture. Balancing Safety and Accountability. 1 utg. Boca Raton: CRC Press; 2012.
5. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M, red. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington DC: National Academy Press; 2000.
6. Anand N. Are We Learning From Accidents? A Quandary, a Question and a Way Forward: Novellus; 2024.
7. Hollnagel E. Safety-I and Safety-II: The Past and Future of Safety Management. Surrey; Burlington: Ashgate; 2014.
8. Systemperspektiv i gjennomganger av alvorlige uønskede hendelser. Ukom; 2025.
Tilgjengelig fra: <https://ukom.no/rapporter/systemperspektiv-i-gjennomganger-av-alvorlige-uonskede-hendelser/sammendrag>
9. Carayon P, Schoofs Hundt A, Karsh B, Gurses A, Alvarado C, Smith M, et al. Work system design for patient safety: the SEIPS model. Quality and Safety in Health Care 2006;15 (Suppl 1):i50-8. DOI: 10.1136/qshc.2005.015842
10. Weick K, Sutcliffe K. Managing the Unexpected. New Jersey: John Wiley and Sons; 2015.
11. Pakkeforløp på kreftområdet: Helsedirektoratet [oppdatert 14.10.2016; lest 18.2.].
Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/generell-informasjon-for-alle-pakkeforloepene-for-kreft/pakkeforlop-pa-kreftområdet>
12. Rostoft S. Pakkeforløp kreft og MDT-møtet: Norsk forening for geriatri [oppdatert 30.4.2025; lest 10.3.2026].
Tilgjengelig fra: [https://metodebok.no/emne/kQt9kBdS/hvor-g%C3%A5r-grensen-for-behandling-%E2%80%93-etikk-og-behandlingsbegrensninger/kreft-hos-eldre-\(nfg\)](https://metodebok.no/emne/kQt9kBdS/hvor-g%C3%A5r-grensen-for-behandling-%E2%80%93-etikk-og-behandlingsbegrensninger/kreft-hos-eldre-(nfg))

13. 7.9. Neoadjuvant behandling: Helsedirektoratet [oppdatert 24.9.2025; lest 18.2.].
Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/brystkreft--handlingsprogram/adjuvant-og-neo-adjuvant-systemisk-behandling/neoadjuvant-behandling>
14. Tazmini K. Hyponatremi[oppdatert 17.7.2024; lest 18.2.].
Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/hyponatremi>
15. Vandraas K. Akutte onkologiske tilstander. Indremedisinen 2023.
16. Immunterapi-bivirkninger - akuttmedisinsk prosedyre: Oslo Universitetssykehus HF [lest 18.3].
Tilgjengelig fra: <https://ehandboken.ous-hf.no/document/135421>
17. Berg A, Rostoft S. Sårbarhetsfaktorer hos eldre med kreft. Tidsskrift for Den norske legeforening 2019;139(18). DOI: 10.4045/tidsskr.18.0337
18. Laugsand E, Sprangers M, Bjordal K, Skorpen F, Kaasa S, Klepstad P. Health care providers underestimate symptom intensities of cancer patients: a multicenter European study. Health and Quality of Life Outcomes 2010;8:104. DOI: 10.1186/1477-7525-8-104
19. Kirkhus L, Šaltyt Benth J, Rostoft S, Grønberg BH, Hjermsstad MJ, Selbæk G, et al. Geriatric assessment is superior to oncologists' clinical judgement in identifying frailty. British Journal of Cancer 2017;117(4):470-7. DOI: 10.1038/bjc.2017.202
20. Rostoft S. Screening for skrøpelighet: Norsk forening for geriatri [oppdatert 02.7.2025; lest 10.3.2026].
Tilgjengelig fra: [https://metodebok.no/emne/kQt9kBdS/hvor-g%C3%A5r-grensen-for-behandling-%E2%80%93-etikk-og-behandlingsbegrensninger/kreft-hos-eldre-\(nfg\)](https://metodebok.no/emne/kQt9kBdS/hvor-g%C3%A5r-grensen-for-behandling-%E2%80%93-etikk-og-behandlingsbegrensninger/kreft-hos-eldre-(nfg))
21. Rostoft S. Når eldre blir syke. Tidsskrift for Den norske legeforening 2025;145(4). DOI: 10.4045/tidsskr.25.0151
22. Ihle-Hansen H, Rostoft S, Bakken M, Hamre K, Seredkina N, Egstad E. Skåringsverktøy for vurdering av skrøpelighet. Tidsskrift for Den norske legeforening 2025;145(7). DOI: 10.4045/tidsskr.25.0249
23. Dejgaard M, Rostoft S. Systematisk vurdering av skrøpelighet. Tidsskrift for Den norske legeforening 2021;141(4). DOI: 10.4045/tidsskr.20.0944
24. Falk Eriksen G, Slaaen M. Behandling og oppfølging av eldre pasienter med kreft - nytten av en geriatrisk vurdering. Onknytt 2023;21(2).
25. Pårørendeveileder: Helsedirektoratet [oppdatert 13.3.2024; lest 10.3.2026].
Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/paerorendeveileder>
26. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). LOV-1999-07-02-63. Sist endret i: LOV-2025-06-20-39.
Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
27. Hva er samvalg. Oslo: Helsedirektoratet [lest 10.3]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/samvalg/hva-er-samvalg/>

28. Å innføre samvalg og samvalgsverktøy: Et internasjonalt kunnskapsgrunnlag. Helse Sør-Øst RHF; 2021.
Tilgjengelig fra: https://www.helse-sorost.no/4a709d/contentassets/4c914d8c59e548f6a567a5c6f6849a83/kunnskapsgrunnlag_a-innfore-samvalg-og-samvalgsverktoy_v-1_okt22.pdf
29. Rostoft S, Kvaløy S. Generelt om geriatrisk onkologi: Norsk forening for geriatri [oppdatert 02.5.2025; lest 10.3.2026].
Tilgjengelig fra: [https://metodebok.no/emne/kQt9kBdS/hvor-g%C3%A5r-grensen-for-behandling-%E2%80%93-etikk-og-behandlingsbegrensninger/kreft-hos-eldre-\(nfg\)](https://metodebok.no/emne/kQt9kBdS/hvor-g%C3%A5r-grensen-for-behandling-%E2%80%93-etikk-og-behandlingsbegrensninger/kreft-hos-eldre-(nfg))
30. Kienlin S, Kristiansen M, Ofstad E, Liethmann K, Geiger F, Joranger P, et al. Validation of the Norwegian version of MAPPIN'SDM, an observation-based instrument to measure shared decision-making in clinical encounters. Patient Education and Counseling 2017;100(3):534-41. DOI: 10.1016/j.pec.2016.10.023
31. Haugom EW, Benth J, Stensrud B, Ruud T, Clausen T, Landheim AS. Shared decision making and associated factors among patients with psychotic disorders: a cross-sectional study. BMC Psychiatry 2023;23(1):747. DOI: 10.1186/s12888-023-05257-y
32. Treider M, Kienlin S, Fyhn T, Glomsaker T, Fasting M, Kasper J, et al. Shared decision-making in the treatment of uncomplicated gallstone disease: A cross-sectional pilot study. Scandinavian Journal of Surgery 2026;14574969261419688. DOI: 10.1177/14574969261419688
33. Internrevisjon av pakkeforløp for kreft. Helse Vest RHF; 2025.
Tilgjengelig fra: <https://www.helse-vest.no/4a5cbd/contentassets/7b08f25571d846ffbc9cf40af13cf76a/internrevisjon-av-pakkeforlop-for-kreft.pdf>
34. Pasientsikkerhet ved nye kirurgiske og invasive metoder. Ukom; 2022.
Tilgjengelig fra: <https://ukom.no/rapporter/pasientsikkerhet-ved-nye-kirurgiske-og-invasive-metoder/sammendrag>
35. Wildiers H, Heeren P, Puts M, Topinkova E, Janssen-Heijnen M, Extermann M, et al. International Society of Geriatric Oncology consensus on geriatric assessment in older patients with cancer. Journal of Clinical Oncology 2014;32(24):2595-603. DOI: 10.1200/jco.2013.54.8347
36. Wihl J, Rosell L, Carlsson T, Kinhult S, Lindell G, Nilbert M. Medical and Nonmedical Information during Multidisciplinary Team Meetings in Cancer Care. Current Oncology 2021;28(1):1008-16. DOI: 10.3390/curroncol28010098
37. Stairmand J, Signal L, Sarfati D, Jackson C, Batten L, Holdaway M, et al. Consideration of comorbidity in treatment decision making in multidisciplinary cancer team meetings: a systematic review. Annals of Oncology 2015;26(7):1325-32. DOI: 10.1093/annonc/mdv025
38. Milevasslien Lunde S. Diskusjonen rundt de ikke-tumor-relaterte faktorene hos eldre ved multidisiplinære tverrfaglige møter [Prosjektoppgave]: Universitetet i Oslo; 2025.
39. Hollnagel E, Braithwaite J, Wears R. Delivering Resilient Health Care. Oxon; New York: Routledge; 2019.

40. Spesialiseringens pris - samhandling ved uavklarte tilstander. Ukom; 2022.
Tilgjengelig fra: <https://ukom.no/rapporter/spesialiseringens-pris-samhandling-ved-uavklarte-tilstander/sammendrag>
41. Schneider B, Naidoo J, Santomaso B, Lacchetti C, Adkins S, Anadkat M, et al. Management of Immune-Related Adverse Events in Patients Treated With Immune Checkpoint Inhibitor Therapy: ASCO Guideline Update. Journal of Clinical Oncology 2021;39(36):4073-126. DOI: 10.1200/jco.21.01440
42. Dekker S. The Field Guide to Understanding 'Human Error'. Surrey; Burlington: Ashgate; 2014.
43. Vinningland P. Strammer inn etter pasientglipp. Romerikes Blad 18.12.2025 2025; s. 18.
44. Sjekkliste for trygg kirurgi: Helsedirektoratet [oppdatert 16.6.2025; lest 10.3.].
Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/sjekkliste-for-trygg-kirurgi>
45. 3 millioner til å redusere overdiagnostikk og overbehandling: Helse- og omsorgsdepartementet [lest 10.3.].
Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/reduksjon-av-overdiagnostikk-og-overbehandling/id3121692/#:~:text=Tema%20*%20Helse%20og%20omsorg.%20*%20Statsbudsjett.
46. Størdal K, Hjörleifsson S. Fem år med Gjør kloke valg - hjelper det? Tidsskrift for Den norske legeforening 2023;143(17). DOI: 10.4045/tidsskr.23.0627
47. Gjør kloke valg: Den norske legeforening [lest 10.3.].
Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/kloke-valg/>
48. Hofmann B. På forhånd kan man ikke vite. Tidsskrift for Den norske legeforening 2024;144(9). DOI: 10.4045/tidsskr.24.0261
49. Løvås K, Skrede S, Sagen JV. Riktig bruk av laboratorieprøver. Tidsskrift for Den norske legeforening 2024;144(14). DOI: 10.4045/tidsskr.24.0493
50. Utsettelse av planlagte operasjoner: Helsedirektoratet [oppdatert 4.12.2025; lest 10.3.].
Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/sykehusopphold/utsettelse-av-planlagte-operasjoner>
51. Lester HE, Hannon KL, Campbell SM. Identifying unintended consequences of quality indicators: a qualitative study. BMJ Quality & Safety 2011;20(12):1057-61. DOI: 10.1136/bmjqs.2010.048371
52. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). LOV-1999-07-02-61. Sist endret i: LOV-2025-06-20-96
Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
53. Hollnagel E. Safety-II in Practice. London; New York: Routledge; 2018.
54. Vi tar i bruk Clinical Frailty Scale (CFS) - for tryggere og mer tilpasset behandling av eldre pasienter: Oslo Universitetssykehus HF [oppdatert 13.3.2026; lest 16.4.2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.oslo-universitetssykehus.no/om-oss/nyheter/cfs/>

55. Johnsen O. Screener alle over 65 for skrøpelighet. Universitetssykehuset Nord Norge: Pingvinavisa [oppdatert 23.2026; lest 16.4.2026].
Tilgjengelig fra: <https://www.unn.no/pingvinavisa/nyheter/screener-alle-over-65-for-skrøpelighet/>
56. Samvalg - du kan være med og bestemme. Oslo: Helsedirektoratet [lest 16.4.2026].
Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/samvalg/>
57. Samvalgssenteret. Veileder for produksjon av samvalgsverktøy. Universitetssykehuset i Nord-Norge HF; 2024.
Tilgjengelig fra: <https://www.unn.no/49faef/siteassets/documents/samvalg---mine-behandlingsvalg/veileder-for-produksjon-av-samvalgsverktoy.pdf>
58. Dale W, Klepin HD, Williams GR, Alibhai SMH, Bergerot C, Brintzenhofeszo K, et al. Practical Assessment and Management of Vulnerabilities in Older Patients Receiving Systemic Cancer Therapy: ASCO Guideline Update. Journal of Clinical Oncology 2023;41(26):4293-312. DOI: 10.1200/jco.23.00933
59. Høydahl Ø, Lassen K, Glent J, Kismul Aakre E, Kleve G, Ommundsen N. Prehabilitering: Norsk forening for geriatri [oppdatert 30.4.2025; lest 10.3.2026]. Tilgjengelig fra: [https://metodebok.no/emne/sna3cDph/prehabilitering/kreft-hos-eldre-\(nfg\)](https://metodebok.no/emne/sna3cDph/prehabilitering/kreft-hos-eldre-(nfg))
60. Oppdragsdokument 2026. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo, 2026.
61. Bedre forberedte pasienter gir bedre behandling. Lørenskog: Akershus universitetssykehus HF [oppdatert 21.2.2025; lest 16.4.2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.ahus.no/nyheter/2025/bedre-forberedelse-bedre-behandling/>
62. Kreftforeningen. Prehabilitering - forberedelser før kreftbehandling: Kreftforeningen [oppdatert 18.3.2026; lest 16.4.2026].
63. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). LOV-1999-07-02-64. Sist endret i: LOV-2025-12-22-126
Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
64. Helsedirektoratet. Regelverk om deling av helseopplysninger [oppdatert 3.12.2024; lest 16.4.2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/lov-og-forskrift/digital-delning-av-helseopplysninger/regelverk-om-delning-av-helseopplysninger>
65. Helsedirektoratet. Kontaktleger i spesialisthelsetjenesten. 2016. Veileder IS-2466.
Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kontaktleger-i-spesialisthelsetjenesten/Kontaktleger%20i%20spesialisthelsetjenesten%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_attachment/inline/ca980063-083a-41b5-aa2d-2c851d5cd5d5:effd040c9cbb5f3a7d8d94539c79372018a3b7e8/Kontaktleger%20i%20spesialisthelsetjenesten%20%E2%80%93%20Veileder.pdf
66. Framgangsmåte i undersøkelser: Ukom [oppdatert 9.2.2024; lest 18.3.].
Tilgjengelig fra: <https://ukom.no/om-ukom/framgangsmate-i-undersokelser>
67. Rachlew A, G. L, Bergestuen S. Den profesjonelle samtalen. Oslo: Universitetsforlaget; 2020.

68. Svedung I, Rasmussen J. Graphic representation of accident scenarios: mapping system structure and the causation of accidents. *Safety Science* 2002;40(5):397-417. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0925-7535\(00\)00036-9](https://doi.org/10.1016/S0925-7535(00)00036-9)
69. Stanton NS, PM., Rafferty L, Walker G, Baber C, Jenkins D. *Human Factors Methods. A Practical Guide for Engineering and Design*. 2 utg. Surrey: Ashgate; 2013.
70. Lov om Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten. LOV-2017-06-16-56. Sist endret i: LOV-2021-05-07-31
Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-56>

**Statens undersøkelseskomisjon
for helse-og omsorgstjenesten**

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

ISBN 978-82-8465-047-0