

---

## Rett og riktig pakke

---

LEDER

MICHAEL BRETTHAUER

michael.bretthauer@medisin.uio.no

Michael Bretthauer (f. 1969) er professor ved Universitetet i Oslo, overlege i fordøyelsessykdommer ved Oslo universitetsykehus og styreleder i Frontier Science Research Foundation, Boston.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

---

### **Pakkeforløp for kreft fungerer godt for noen, men andre kommer seg aldri inn.**

Lege Lars Kolsrud forteller en sterk historie i artikkelen om et pasientforløp i allmennpraksis og spesialisthelsetjeneste [\(1\)](#). Pasienten hadde vært igjennom en CT-undersøkelse av tykktarmen ved et privat røntgensenter. Neste morgen ga de beskjed om en tilfeldig påvist forandring i den ene nyren, der malign sykdom ikke kunne utelukkes. Radiologen anbefalte videre utredning.

Kolsrud henviste pasienten videre med forventning om at pakkeforløpet for kreft skulle føre til en rask avklaring. I stedet fulgte en rekke forsinkelser og misforståelser, som igjen førte til lange ventetider og stor usikkerhet for pasienten. Vi kjenner ikke slutten på historien: hvordan utredningen ble slutført, og om pasienten hadde kreft eller ikke. Kolsruds historie gir uansett anledning til å reflektere over pakkeforløp og utredning for kreft i en tid der diagnostiske metoder er lett tilgjengelige.

Pakkeforløpet for kreft ble innført i 2015. «Målet er å bidra til rask utredning og behandlingsstart uten unødig ventetid, slik at utredningsperioden blir forutsigbar og minst mulig belastende for pasienten», ifølge Helsedirektoratet [\(2\)](#). Det finnes 25 sykdomsspesifikke og tre sykdomsovergripende pakkeforløp for kreft. For hver av dem er det utarbeidet detaljerte retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging, med tilhørende tidsfrister [\(2\)](#).

Pakkeforløpene skal sikre «et godt organisert, helhetlig og forutsigbart (pasient)forløp uten unødvendig ikke-medisinsk begrunnet forsinkelse i utredning, diagnostikk, behandling» [\(2\)](#). Den omtalte pasienten har åpenbart ikke fått en slik utredning.

Kolsruds historie er et eksempel som beskrives i sveitserostmodellen, en klassisk modell innenfor kvalitetsforbedring (3) som er pensum i de nye felles kompetansemodulene i spesialistutdanningen for leger (4). Et helsevesen av høy kvalitet skal kunne forhindre uønskede hendelser og feil ved å organisere flere lag av sikkerhet som forhindrer at enkeltfeil får uheldige konsekvenser (3). I et pasientforløp er det flere kritiske tidspunkter der det kan gjøres feil. I dette tilfellet gjelder det f.eks. ved sortering av henvisning i riktig kø, involvering av forløpskoordinator for pakkeforløp som alle sykehus skal ha, bestilling av riktig røntgenundersøkelse ved rett sted og med rett prioriteringskode, eller rask og adekvat informasjon til pasienten og fastlegen. Videre innebærer pakkeforløp et multidisiplinært team (MDT) som bl.a. skal bestemme undersøkelser som er nødvendige for et godt og raskt utredningsforløp. Ut ifra Kolsruds historie kan det se ut som om det oppsto en rekke uheldige omstendigheter og feil som enten ikke er blitt fanget opp i sykehusets kvalitetssystem, eller at det ikke finnes et system for kvalitetskontroll ved sykehuset i historien (4).

Å lære av uønskede hendelser og feil er sentralt for et velfungerende helsevesen. Jeg håper derfor at Kolsrud har gitt direkte tilbakemelding til sykehuset som hadde det overordnede ansvaret for pasienten og organiseringen av tjenesten, og at spørsmålene som Kolsrud stiller, også besvares av sykehusets ledere, gjerne i det offentlig rom.

Pasientens historie belyser også et annet aktuelt dilemma i moderne medisin. Så vidt det fremkommer, hadde pasienten ingen kliniske plager eller andre tegn til mulig malign sykdom i nyrene enn det tilfeldige funnet på CT-undersøkelsen av tykktarmen. Tilfeldige funn på radiologiske undersøkelser hos asymptotiske personer er et økende problem, både for de berørte pasientene og for samfunnet. Overdiagnostikk av tilfeldig oppdaget sykdom kan føre til psykiske belastninger i ventetiden til endelig diagnose foreligger, og kan innebære risiko for alvorlige bivirkninger og komplikasjoner av behandlingen av sykdommen, som ikke ville ført til problemer for pasientens liv om den ikke var blitt oppdaget tilfeldig (5). Om denne pasienten er utsatt for overdiagnostikk, er umulig å vite, men det kan ikke utelukkes. Som nylig vist er det særlig pasienter med god tilgang til helsetjenester og ressurser til å kjøpe seg tilleggstenester, som er utsatt for overdiagnostikk (6).

Overdiagnostikk kan ikke håndteres på individnivå etter at en diagnostisk test er utført og mistanken om mulig patologi er luftet. Det er umulig å vite hvilken pasient som er overdiagnostisert, og hvilken som ikke er det. Det er derfor påkrevet at man er årvåken når man bestiller tester, enten det er såkalte orienterende blodprøver uten klinisk indikasjon, årlige helsesjekker for asymptotiske individer uten risikofaktorer, eller screening for sykdommer som ikke er anbefalt å screene for. Når testen først er tatt, er skaden potensielt skjedd og kan ikke reverseres for den enkelte pasient. Selv om det spiller liten rolle for prognosen, om ventetiden fra et mulig patologisk funn til endelig diagnose (eller avkreftelse av sykdom) er én uke eller seks uker for de aller fleste pasienter, er den psykiske belastningen uakseptabelt stor. Det er grunnen til at pakkeforløpet er et godt tiltak hvis det fungerer etter hensikten og pasienten er trygt plassert i rett og velfungerende pakke.

---

## LITTERATUR

1. Kolsrud L. Pakkeforløp i praksis. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: XXX.
2. Helsedirektoratet. Pakkeforløp for kreft.  
<https://helsedirektoratet.no/kreft/pakkeforlop-for-kreft> (8.6.2017).
3. Reason J. Human error: models and management. BMJ 2000; 320: 768 - 70. [PubMed][CrossRef]
4. Bretthauer M, Vandvik PO, Skjellestad FE et al. Sveitserostmodellen. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: XXX.
5. Roksund G, Brodersen J, Johnson GE et al. Overdiagnostikk – norske allmennleger viser vei. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 1903 - 5. [PubMed][CrossRef]
6. Welch HG, Fisher ES. Income and cancer overdiagnosis – when too much care is harmful. N Engl J Med 2017; 376: 2208 - 9. [PubMed][CrossRef]

---

Publisert: 18. september 2017. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.17.0510  
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 18. februar 2026.