



Systemperspektiv i gjennomgang av alvorlige uønskede hendelser

Innhold

Sammendrag	3
Bakgrunn	4
Hvilke områder har vi sett utfordringer knyttet til?	6
Ledelse av gjennomganger	
Involvering i gjennomganger	7
Utforming og bruk av rapport	
Hva mener vi med systemperspektiv?	10
Hva kan bidra til systemperspektiv i gjennomganger av alvorlige uønskede hendelser?	12
Nytten av metodiske verktøy	
Anbefalinger	16
Oppdatere og videreutvikle håndbok og verktøy	
Styrke kunnskap og kompetanse i systemperspektiv	
Læring og refleksjon	18
Framgangsmåten for undersøkelsen	19
Bruk av kunstig intelligens	19
Ukoms oppdrag	20
Summary report English	21
Referanser	22

Systemperspektiv i gjennomganger av alvorlige uønskede hendelser

Publisert 15. desember 2025

Sist oppdatert 15. desember 2025

I rapporten beskriver Ukom utfordringer som helse- og omsorgstjenesten kan ha i arbeidet med gjennomganger av alvorlige uønskede hendelser. Rapporten understreker viktigheten av å innta et systemperspektiv for å fremme læring og forbedring. Funnene bygger på gjennomganger av tjenestens hendelsesanalyser, intervjuer, dialog med tjenestene og innspill fra fagmiljøer.

Rapporten viser at når helse- og omsorgstjenesten strever med å innta systemperspektiv i gjennomganger av alvorlige hendelser, kan forklaringene bli begrenset til enkeltpersoner og årsaker nært knyttet til selve hendelsen. Dette kan føre til at tiltakene som blir foreslått i liten grad endrer bakenforliggende forhold som medvirket til den alvorlige uønskede hendelsen.

Ved å ta i bruk et systemperspektiv står virksomhetene bedre rustet til å identifisere sammenhenger og iverksette tiltak som støtter læring og forbedring, og bidrar til å bedre pasientsikkerheten.

For å sikre systemperspektiv i gjennomganger trengs det en felles forståelse for hva som ligger i dette begrepet. Alle har nytte av grunnleggende kompetanse, men de som leder gjennomganger har behov for dybdekunnskap. Gode metodiske verktøy kan styrke arbeidet, men forståelse for hva systemperspektiv er, blir viktig før slike verktøy tas i bruk.

Ukom gir to anbefalinger til henholdsvis Helsedirektoratet og til helse- og omsorgstjenesten:

1. Oppdatere og videreutvikle "*Risiko- og hendelsesanalyse - Håndbok for helsetjenesten*" med systemrammeverk og relevante verktøy.
2. Styrke kompetanse i å forstå hva systemperspektiv innebærer.

SYSTEMPERSPEKTIV I GJENNOMGANGER AV ALVORLIGE UØNSKEDE HENDELSER

2 Bakgrunn

Publisert 15. desember 2025

Sist oppdatert 15. desember 2025

Ukoms undersøkelser har gitt oss innsikt i hvordan virksomheter i både kommune- og spesialisthelsetjenesten arbeider med gjennomganger av alvorlige uønskede hendelser. Slike gjennomganger er ett av flere tiltak som virksomheter kan ta i bruk for å styrke sitt systematiske arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Helse- og omsorgstjenesten har en lovfestet plikt til å lære av alvorlige hendelser. Dette pålegger virksomheter et systematisk ansvar for oppfølging, læring og forbedring. Virksomheter har et lovpålagt ansvar for å melde fra om alvorlige hendelser, analysere årsakene og iverksette tiltak for å forhindre gjentakelse ([1,2](#)).

Hvilke hendelse skal meldes?

Kriterier som utløser meldeplikt:

- dødsfall eller svært alvorlig skade på pasient eller bruker
- som følge av ytelse av helse- og omsorgstjeneste eller ved at pasient eller bruker skader en annen
- utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko

Varslingsplikten framkommer av helsetilsynsloven § 6 og av spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a og helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 a ([3-8](#)).

Gjennomganger etter alvorlige uønskede hendelser blir ofte gjennomført i form av hendelsesanalyser, forenklede hendelsesanalyser, eller varianter av dette. I våre undersøkelser har vi fått innsikt i utfordringer ansatte i tjenesten møter i disse gjennomgangene.

Utfordringene er særlig knyttet til det å innta et systemperspektiv, som vil si å se på alvorlige hendelser som et resultat av flere faktorer i hele systemet. Andre utfordringer er ledelse og involvering i gjennomganger etter alvorlige uønskede hendelser, utforming og bruk av rapport.

I 2026 trer ny meldeordning for helse- og omsorgstjenesten i kraft ([3-8](#)). Tjenestens plikt til å gjennomgå alvorlige hendelser blir da tydeliggjort. I den nye meldeordningen skal virksomheter innen tre måneder etter at en melding om alvorlig hendelse er sendt, utarbeide og oversende rapport til Statsforvalteren. Rapporten skal blant annet inneholde en gjennomgang av hendelsen,

mulige årsaker og tiltak. Videre skal den inneholde en beskrivelse av hvordan pasienten, brukeren, nærmeste pårørende og berørt helsepersonell er fulgt opp, og involvert i forbedringsarbeidet.

Med denne rapporten ønsker vi å gi innspill til forberedelsene til den nye meldeordningen, og tjenestens arbeid med gjennomgang av alvorlige uønskede hendelser.

3 Hvilke områder har vi sett utfordringer knyttet til?

Publisert 15. desember 2025

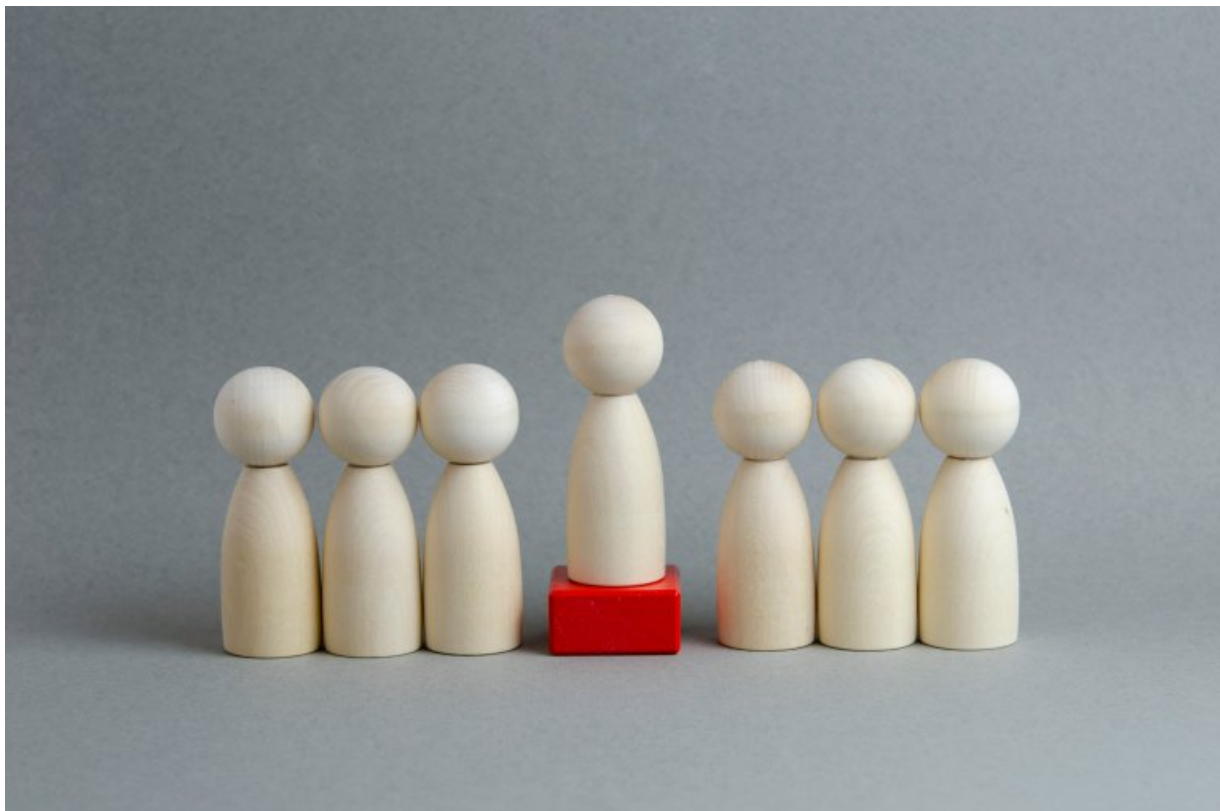
Sist oppdatert 15. desember 2025

Når Ukom gjennomfører nasjonale undersøkelser, er rapporter fra tjenestens gjennomganger av alvorlige uønskede hendelser en viktig del av datagrunnlaget. Vi har også hatt dialog med tjenesten, pasienter, brukere og pårørende. Dette har gitt oss innsikt i hvordan det er å lede og delta i gjennomganger, og hvilke rammer og forståelser som preger arbeidet. På bakgrunn av dette ser vi noen gjennomgående utfordringer.

En felles utfordring er at det kan være krevende å innta et systemperspektiv i gjennomganger av alvorlige uønskede hendelser.

Ledelse av gjennomganger

- De som leder gjennomganger beskriver arbeidet som ressurskrevende. Oppgaven kommer ofte i tillegg til andre arbeidsoppgaver, særlig i virksomheter hvor rollen ikke er tillagt én fast person. Flere forteller at dette kan gi utfordringer dersom det ikke frigjøres tilstrekkelige ressurser til å løse oppgaven.
- Noen ganger kan det være lederen av enheten som undersøkes, som også leder gjennomgangen. Det kan redusere graden av åpenhet og trygghet.
- Det er stor variasjon i kunnskap og kompetanse i undersøkelsesmetodikk. Noen ledere av gjennomganger har deltatt på kurs i hendelsesanalyse i regi av Helsedirektoratet, mens andre oppgir at «[Risiko- og hendelsesanalyse – Håndbok for helsetjenesten](#)» er eneste støtte. Flere forteller at håndboken kan være krevende å ta i bruk uten opplæring. Når ledere av gjennomganger har behov for metodisk støtte, opplever de at dette er vanskelig å få tilgang til. De som har hatt opplæring, beskriver at kunnskapen om metoden kan være vanskelig å holde ved like, siden gjennomgangene utføres relativt sjeldent.
- Overordnet ledelse involverer seg i ulik grad i gjennomganger og har varierende kjennskap til konklusjoner og forståelse for arbeidet. Hos overordnet ledelse er kompetanse i pasientsikkerhetsarbeid og hendelsesanalyse varierende. Dette kan påvirke arbeidet til den som leder gjennomganger.



Illustrasjon. Foto: Shutterstock

Involvering i gjennomganger

- Personer med viktig innsikt i det som skjedde, eller forståelse for systemet der hendelsen skjedde, blir ikke alltid involvert i gjennomganger av alvorlige uønskede hendelser. Dette gjelder både helsepersonell, pasienter, brukere og pårørende.
- Flere forteller at det kan være belastende å delta i gjennomganger og å snakke om hendelsen. Enkelte helsepersonell uttrykker bekymring for å si noe feil eller bli tillagt personlig ansvar, eller de strever med egne følelser av skyld og skam. Noen er ikke klar over at samtaler med leder inngår som en del av en gjennomgang.
- Helsepersonell beskriver usikkerhet knyttet til hvilken informasjon det er forventet at de gir, dersom de blir involvert i en gjennomgang. De uttrykker også usikkerhet om hva som skiller gjennomganger av alvorlige uønskede hendelser fra medisinske gjennomganger. Noen gir uttrykk for at de savner medisinske forklaringer i hendelsesanalyser, og opplever at formålet med gjennomgangene av alvorlige hendelser ikke alltid er tydelig.
- Flere peker på at samme hendelse kan bli gjennomgått og diskutert i ulike møtefora, noe som blir opplevd som dobbeltarbeid.
- Helsepersonell får ikke alltid mulighet til å se hvordan informasjonen de har bidratt med, blir brukt i rapporten. Dette henger sammen med manglende tilgang til rapporten både underveis og i etterkant av gjennomgangen. Noen velger å ikke lese den eller gi innspill, selv om de har fått tilsendt rapporten. Årsaken er at de ikke opplever gjennomganger som nyttige eller relevante.

- De involverte kan ha ulike forventninger til formålet med gjennomgangen. Noen kan ha en forventning om fordeling av skyld heller enn læring og forbedring. Ulik forståelse av intensjonen kan føre til konflikt, og noen ganger til ønske om ekstern granskning, på grunn av mistillit til den interne gjennomgangen.



Illustrasjon. Foto: Shutterstock

Utforming og bruk av rapport

- Utarbeidelse av rapport etter en alvorlig uønsket hendelse kan være ressurskrevende for tjenesten, både fordi det er tidkrevende og fordi mange blir involvert.
- Flere forteller at læringspunkter fra rapporten etter gjennomganger, i liten grad blir delt, verken internt eller eksternt. Noen opplever at rapporten først og fremst blir utarbeidet for tilsynsmyndigheter, og at den i mindre grad blir brukt til organisatorisk læring.
- Når Statsforvalteren avslutter et tilsyn etter å ha mottatt rapport, kan tjenesten tolke dette som en godkjenning på at gjennomgangen blant annet har tilstrekkelig systemperspektiv. Dermed kan Statsforvalteren utilsiktet få en normerende rolle for hva som oppfattes som tilstrekkelig systemperspektiv.
- Flere ledere og helsepersonell forteller at frykten for at andre kan få tilgang til rapporten etter gjennomgang, kan føre til at de snakker mindre fritt og åpent.
- Flere rapporter innleder med at det er lagt til grunn et systemperspektiv. Ved gjennomgang av disse rapportene ser vi at vurderingene i stor grad er knyttet til om kvalitet- og styringssystemet (som for eksempel rutiner og prosedyrer) er etterlevd.



Illustrasjon. Foto: Shutterstock

4 Hva mener vi med systemperspektiv?

Publisert 15. desember 2025 Sist oppdatert 15. desember 2025

Gjennomganger med systemperspektiv kan styrke læring etter alvorlige hendelser. I helsetjenesten er det behov for å øke forståelsen for hva dette innebærer ([9,10,11](#)).

Å innta et systemperspektiv betyr å utforske hvordan ulike deler av tjenesten virker sammen og påvirker hverandre. Med ulike deler av tjenesten mener vi mennesker (pasienter/brukere /pårørende, helsepersonell, ledere og team) teknologi, organisasjon og omgivelser ([12](#)).

I helse- og omsorgstjenesten finnes det mange arenaer som hver for seg fører til viktig læring og forbedring på ulike områder. Det kan være medisinske gjennomganger knyttet direkte til pasientbehandling, som for eksempel komplikasjonsmøter og fagmøter. Det kan være dialog med pasienter, brukere og pårørende, som samtaler etter hendelser, klagebehandling og bruker- og pårørendeundersøkelser. Det kan også være styrings- og kvalitetsarbeid, for eksempel en vurdering av om styringssystem er etterlevd. Med et systemperspektiv kan innsikter fra arenaene bli sett i sammenheng.



Illustrasjon. Foto: Shutterstock.

Helsetjenesten er en sektor med høy kompleksitet, der de alvorlig uønskede hendelsene kan ha flere bakenforliggende årsaker og medvirkende faktorer. Samspillet mellom mange faktorer, nivåer og arenaer påvirker utfallet. Systemperspektivet handler derfor ikke om å finne én feil, én rotårsak, eller å peke ut enkeltpersoner som ansvarlige. Det handler om å forstå mønstre og sammenhenger som samlet kan forklare det som skjedde, og bidra til læring og forbedring ([10,13](#)).

Når vi undersøker hendelser med et systemperspektiv, ser vi etter bakenforliggende forhold i organisasjonen, i arbeidsmiljøet og i samspillet mellom mennesker og teknologi. Vi spør ikke «hvem gjorde feil?», men «hva det var i systemet og rammebetingelsene som la til rette for at hendelsen kunne skje?». Dette gir bedre forutsetninger for å identifisere effektive tiltak som kan styrke pasientsikkerheten.

Når gjennomganger har oppmerksomhet på systemet, kan det bidra til økt psykologisk trygghet for de involverte. Ansvar for forbedring blir da plassert på organisasjonen som helhet – ikke på enkeltpersoner.



Illustrasjon. Foto: Shutterstock.

I praksis betyr et systemperspektiv at vi:

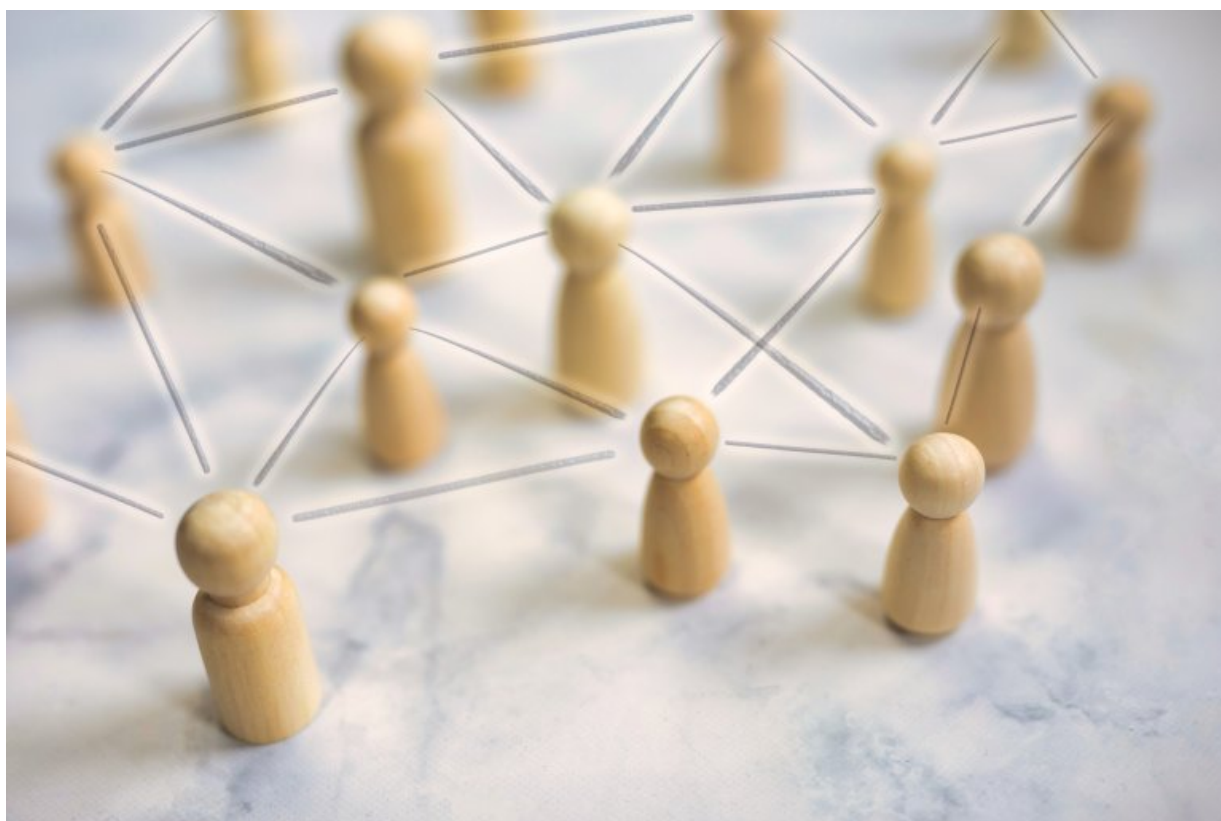
- Utforsker hvordan rammebetingelser, organisering, arbeidsprosesser og teknologi påvirker hverandre og menneskene i systemet.
- Involverer alle med relevant innsikt – helsepersonell, ledere, pasienter, brukere, pårørende og andre relevante – for å få frem hele bildet.
- Bruker analyseverktøy og metoder som favner kompleksitet.
- Legger vekt på å forstå både det som gikk galt og det som vanligvis går bra ([10](#)).

5 Hva kan bidra til systemperspektiv i gjennomganger av alvorlige uønskede hendelser?

Publisert 15. desember 2025

Sist oppdatert 15. desember 2025

For å utføre en gjennomgang med et systemperspektiv, trengs det en felles forståelse for hva som ligger i dette. Når formålet med gjennomgangen er tydelig, reduserer det frykten for at hendelser blir tolket som individuelle feil. Dette kan fremme åpenhet, og hindre at viktig innsikt går tapt ([14](#)). God kjennskap til formålet, kan også gjøre at gjennomgangen blir opplevd som relevant av helsepersonell, pasienter, brukere og pårørende, og ikke som dobbeltarbeid.



Illustrasjon. Foto: Shutterstock.

Ledere på ulike nivå har nytte av kompetanse i systemtenkning. Ledere som forstår og kommuniserer verdien av systemtenkning kan bidra til en kultur der gjennomganger oppleves som læring, ikke kontroll. Dette kan styrke tillit og motivasjon. Når arbeidet er godt forankret hos overordnet ledelse, er det større sjanse for at rapporter fra gjennomgangene blir tatt i bruk og

bidrar til forbedring (15). Ledelsesforankring er særlig viktig når årsakene til en hendelse handler om forhold som strekker seg utover den enkelte enhet, slik som bemanning, organisering eller prioriteringer.

De som leder gjennomgangen, har en viktig rolle. Profesjonalisering av rollen til de som leder gjennomganger kan sikre at oppmerksomheten er rettet mot systemet (16,11). Samtidig kan en slik organisering by på utfordringer. Det kan tenkes at når kompetansen er konsentrert i én stabsfunksjon, som for eksempel en kvalitetsrådgiver, kan det bli vanskelig å sikre bred systemforståelse i hele organisasjonen. Systemforståelsen kan bli noe som «hentes inn» ved behov og ikke en felles måte å tenke og arbeide på. Hvis flere enn de som leder gjennomganger har kompetanse til å stille spørsmål og forstå funn som handler om systemet, vil gjennomgangene kunne gi større innsikt, og bli opplevd som mindre individrettet.

Systemkompetanse er et både/og: Alle har nytte av grunnleggende kompetanse, men de som leder gjennomganger har behov for dybdekunnskap og gode verktøy.

Nytten av metodiske verktøy

I gjennomganger av alvorlige uønskede hendelser, bruker tjenesten i stor grad *Håndboken for Hendelsesanalyse* eller forenklete varianter av denne metodikken (17). *Håndboken for Hendelsesanalyse* skal støtte tjenesten i å innta systemperspektiv i gjennomgangene. Ukom ser imidlertid at håndboken i praksis kan bli brukt på en måte som ikke fullt ut realiserer systemperspektivet. Tjenesten søker gjerne enkle lineære årsaksforklaringer – A fører til B. Dermed kommer ikke kompleksiteten i spillet mellom mennesker, teknologi og organisasjon fram. Når oppmerksomheten blir rettet mot enkeltindividet eller klinikknivået, kan vi miste blikket på tiltak og læring rettet mot bakenforliggende årsaker i systemet. Også forskning viser at når gjennomganger i helsetjenesten blir utført som rotårsaksanalyser kan det føre til at tiltakene som blir foreslått i liten grad endrer rammevilkårene som medvirket til den alvorlige uønskede hendelsen (13).

Tjenesten etterlyser en forenklet metodikk for gjennomganger. Metoden må passe i en tjeneste presset på tid og ressurser, og verktøy må være anvendbare innenfor tjenestens rammer. Samtidig oppstår hendelser i komplekse system, hvor en for enkel metodikk ikke alltid vil fange systemårsakene. Det er derfor viktig å etablere et felles tanke sett som preger hvordan vi ser på, snakker om og lærer av hendelser, i tråd med systemperspektivet. Komplementære systemrammeverk som SEIPS og London-protokollen, og analyseverktøy som bygger på ikke-lineære komplekse årsaksmodeller (som AcciMap eller Fram) kan hjelpe tjenesten. Vi kan også hente inspirasjon fra helse- og omsorgstjenesten i England (NHS), som har innført et systembasert rammeverk for oppfølging og læring av alvorlige hendelser, Patient Safety Incident Response Framework (PSIRF).

Ukom ser at virksomheter ofte etterspør praktiske verktøy som skjemaer, maler, sjekklister og veiledere i møte med nye krav og forventninger (21). Dette kommer også fram i dialogmøter Ukom har gjennomført i forbindelse med vårt undersøkelsesarbeid.

Standardiserte verktøy og maler kan ha en uheldig virkning dersom skjemaet får mest oppmerksomhet. Det er viktig å forstå hvorfor et verktøy brukes, ikke bare hvordan. Uten dette kan gjennomgangen lett bli en avkrysningsøvelse, der hovedfokuset blir å følge nødvendige steg, heller enn å bruke verktøyene som redskap for refleksjon og systemlæring (10). Forskning og praksis viser at verktøy og metoder gir størst verdi når de brukes med forståelse for konteksten og tilpasses situasjonen (22). Forståelse for hva systemperspektiv er, blir derfor avgjørende før de metodiske hjelpemidlene blir tatt i bruk.

Seips og London-protokollen

London-protokollen er et internasjonalt anerkjent rammeverk for systematisk analyse av kliniske hendelser. Den bygger på et systemperspektiv, der målet er å forstå hvordan faktorer som rammebetingelser, organisering, teknologi og menneskelig atferd påvirker hverandre ([18](#), [10](#)).

Systems Engineering Initiative for Patient Safety (SEIPS) er et rammeverk særlig utviklet for helse- og omsorgstjenesten som viser hvordan ulike deler av arbeidssystemet – personer, oppgaver, verktøy, omgivelser og organisering – påvirker pasientsikkerhet og kvalitet i helsetjenesten ([12](#)).

AcciMap

AcciMap brukes til å identifisere og forstå de komplekse årsakene bak en hendelse. Den ble utviklet av Jens Rasmussen og er basert på prinsippet om at ulykker sjelden skyldes én enkelt feil, men oppstår som et resultat av flere faktorer på ulike nivåer i et system ([19](#)).

Functionale Resonance Method (FRAM)

Functionale Resonance Method (FRAM) er en metode utviklet av Erik Hollnagel for å analysere komplekse, sosio-tekniske systemer ([20](#)). Den bygger på prinsippet om at arbeidet tilpasses og varierer fra dag til dag, og at det er nødvendig for at systemer skal fungere. Men når flere slike tilpasninger skjer samtidig, kan de forsterke hverandre og føre til uønskede hendelser. I stedet for å lete etter lineære årsakskjeder, fokuserer FRAM på hvordan funksjoner i et system er koblet sammen og hvordan deres gjensidige avhengigheter kan skape både suksess og feil.

Patient Safety Incident Response Framework (PSIRF)

Patient Safety Incident Response Framework (PSIRF) ble i 2019 innført i NHS England som et nytt rammeverk for oppfølging av alvorlige hendelser, med mål om læring og forbedring av pasientsikkerheten. En grunntanke i PSIRF er å benytte ulike systembaserte tilnærminger for å lære av alvorlige hendelser knyttet til pasientsikkerhet. For å støtte opp under dette er det utviklet et omfattende opplæringsprogram for undersøkelsesledere, der kjernen er opplæring i systemtilnærming til læring etter alvorlige hendelser ([15](#))

SYSTEMPERSPEKTIV I GJENNOMGANGER AV ALVORLIGE UØNSKEDE HENDELSER

6 Anbefalinger

Publisert 15. desember 2025

Sist oppdatert 15. desember 2025

Ukom gir følgende anbefalinger til Helsedirektoratet og helse- og omsorgstjenesten:

Oppdatere og videreutvikle håndbok og verktøy

Hendelsesanalyse er et kjent verktøy for læring av uønskede hendelser i helse- og omsorgstjenesten. Mange steder har slike analyser bidratt til økt bevissthet om risikofaktorer og forbedringstiltak som har styrket pasientsikkerheten.

Helsedirektoratets «[Guide for ivaretagelse av pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere ved uønskede hendelser](#)» fremhever viktigheten av å ivareta de involverte. Den beskriver også metoder for gjennomgang av hendelser med systemperspektiv (14). Helsepersonell og pårørende opplever ofte å stå alene etter uønskede hendelser. Dersom ivaretagelsen svikter, vil dette gå ut over åpenhet og tillit. I tillegg svekkes mulighetene for at erfaringene fra helsepersonell, pasient, brukere og de pårørende blir tatt i bruk i gjennomganger. Umiddelbar og langsiktig ivaretagelse og støtte er derfor nødvendig for at de berørte skal kunne delta.

De to publikasjonene «[Risiko- og hendelsesanalyse - Håndbok for helsetjenesten](#)» og «[Guide for ivaretagelse av pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere ved uønskede hendelser](#)» er viktige ressurser.

Helse- og omsorgstjenesten etterlyser enklere og mer brukervennlige verktøy og rammeverk som gjør det lettere å innta et systemperspektiv. Formatet må passe for tjenesten, slik at det blir unødvendig å utarbeide lokale maler.

Anbefaling

Ukom anbefaler at Helsedirektoratet oppdaterer og videreutvikler «[Risiko- og hendelsesanalyse - Håndbok for helsetjenesten](#)» i tråd med «[Guide for ivaretagelse av pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere ved uønskede hendelser](#)». Videre anbefaler vi at Helsedirektoratet tar initiativ til å samle relevante fagmiljø for å supplere håndboken med systemrammeverk og relevante verktøy.

Styrke kunnskap og kompetanse i systemperspektiv

Ukom ser at det er nødvendig å styrke kunnskap og kompetanse i systemperspektiv i helse- og omsorgstjenesten. Et slikt løft er nødvendig for å sikre at læring ikke blir begrenset til enkeltstående hendelser, men bidrar til forbedringer i systemet. Dette gjelder på tvers av nivåer og aktører: I kommunale helsetjenester, i spesialisthelsetjenesten, hos Statsforvalteren og i nasjonale rammeverk og dokumenter som er utarbeidet for hendelsesanalyser og oppfølging etter alvorlige uønskede hendelser.

Spesialisthelsetjenesten har allerede etablert flere gode strukturer for forbedringsarbeid og pasientsikkerhet, som kan bli brukt for å styrke kompetansen i å innta et systemperspektiv ved gjennomganger. Disse strukturene gir gode rammer for opplæring, erfaringsdeling og kontinuerlig utvikling av metodisk forståelse.

I kommunale helsetjenester er dette ofte mer utfordrende, da slike strukturer ikke alltid er på plass. Flere kommuner vil derfor ha behov for ekstra støtte og veiledning for å bygge opp nødvendig kompetanse. Samtidig finnes det ulike nettverk for kvalitet og pasientsikkerhet i kommunesektoren, hvor systemperspektivet kan tas inn som tema for felles læring og utvikling. Kommuner kan også med fordel samarbeide om kompetanseheving. Dette kan skje gjennom helsefellesskap, utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester, eller andre former for interkommunale nettverkløsninger. Dette fordi behovet for denne typen kompetanse kan være sporadisk og ressurskrevende å opprettholde alene.

Statsforvalteren skal ha en sentral rolle i å veilede virksomhetene og støtte opp om virksomhetenes styringssystem og systematiske arbeid med å forebygge, avdekke, avverge, og lære av alvorlige hendelser. Det er nødvendig at også de styrker sin kompetanse i systemtenkning i gjennomganger etter alvorlige uønskede hendelser.

Anbefaling

Ukom anbefaler at helse- og omsorgstjenesten og Statsforvalteren styrker kompetansen i å forstå hva systemperspektiv innebærer. Dette kan skje gjennom eksisterende strukturer for forbedrings- og pasientsikkerhetsarbeid, relevante faglige nettverk og helsefellesskap.

SYSTEMPERSPEKTIV I GJENNOMGANGER AV ALVORLIGE UØNSKEDE HENDELSER

7 Læring og refleksjon

Publisert 15. desember 2025 Sist oppdatert 15. desember 2025

Læringsmaterialet kommer og blir tilgjengelig i januar 2026.

8 Framgangsmåten for undersøkelsen

Publisert 15. desember 2025

Sist oppdatert 15. desember 2025

I denne rapporten har vi oppsummert funnene våre fra ulike undersøkelser knyttet til helse- og omsorgstjenestens utfordringer med gjennomganger av alvorlige uønskede hendelser. Rapporten bygger på informasjon Ukom har mottatt i våre undersøkelser over tid. I de fleste av Ukoms undersøkelser er virksomhetenes gjennomganger en del av datagrunnlaget. Gjennomganger etter alvorlige uønskede hendelser er også et tema i mange av intervjuene vi gjennomfører med pasienter og pårørende, helsepersonell og ledere i våre undersøkelser. Gjennom vår kontakt med tjenesten og fagmiljø mottar vi også mange innspill som dreier seg om slike gjennomganger.

For å styrke datagrunnlaget vårt har vi gjennomført refleksjons -og dialogmøter med relevante fagpersoner, representanter fra ulike kvalitetsavdelinger i spesialisthelsetjenesten, kommuner, Helsedirektoratet og medarbeidere hos statsforvaltere. Dialogmøtene ble i hovedsak gjennomført i november 2025. Et utvalg av medlemmer fra Ukoms refleksjonspanel har gitt verdifulle innspill til rapporten.

Bruk av kunstig intelligens

I arbeidet med rapporten har vi brukt Microsoft Copilot som et støtteverktøy. Vi har brukt Copilot i litteratursøk og til språkstøtte. I tillegg har vi brukt Copilot til kildesøk, blant annet ved å dobbeltsjekke sitater og referanser mot originalmaterialet. Sammendraget er utarbeidet med støtte av Copilot. Alle forslag og kontroller fra Copilot er gjennomgått og kvalitetssikret.

SYSTEMPERSPEKTIV I GJENNOMGANGER AV ALVORLIGE UØNSKEDE HENDELSER

9 Ukoms oppdrag

Publisert 15. desember 2025

Sist oppdatert 15. desember 2025

Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) er en uavhengig, statlig virksomhet som har fått i oppdrag å undersøke alvorlige hendelser og andre alvorlige forhold i helse- og omsorgstjenesten i Norge.

Ukom skal utrede hendelsesforløp, årsaksfaktorer og årsakssammenhenger. Formålet 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.

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.

Rapportene til Ukom er offentlige, og de inneholder ikke referanse til enkeltpersoners navn og adresse. Vi vurderer i hver enkelt undersøkelse om vi viser til sted for hendelsen.

Ukoms virksomhet er hjemlet i lov om Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten av 16.06.2017 nr. 56. [\(8\)](#).

10 Summary report English

Publisert 15. desember 2025 Sist oppdatert 15. desember 2025

In the report, Ukom describes challenges that the health and care services may face when conducting incident investigations after serious adverse events. The report emphasises the importance of adopting a systems perspective to promote learning and improvement. The findings are based on reviews of the services' incident analyses, interviews, dialogue with the services, and input from professional communities.

The report shows that when health and care services struggle to adopt a systems perspective in investigations of serious events, explanations may be limited to individuals and causes closely linked to the event itself. This can result in proposed measures having little impact on underlying factors that contributed to the serious adverse event.

By applying a systems perspective, organisations are better equipped to identify connections and implement measures that support learning and improvement, thereby contributing to better patient safety.

To ensure a systems perspective in incident investigations, a shared understanding of what this concept entails and its significance for the review is needed. Everyone requires basic competence, but those leading investigations need deeper knowledge. Good methodological tools can strengthen the work, but understanding what a systems perspective is becomes important before using them.

The report provides two recommendations:

1. Update and further develop the tool "Risk and Incident Analysis – Handbook for Health Services" with a systems framework and other relevant tools.
2. Strengthen competence both in understanding what a systems perspective involves and in applying it in system-based investigations.

The translation from Norwegian to English is based on AI. Ukom has reviewed, edited and quality assured the translation.

SYSTEMPERSPEKTIV I GJENNOMGANGER AV ALVORLIGE UØNSKEDE HENDELSER

11 Referanser

Publisert 15. desember 2025

Sist oppdatert 15. desember 2025

1. Norge. Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. FOR-2016-10-28-1250. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2016. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>
2. Norge. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). LOV-1999-07-02-64. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 1999. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
3. Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. (helsetilsynsloven). LOV-2017-06-16-56. Sist endret i: LOV-2025-06-20-74. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-56>
4. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). LOV-2011-06-24-30. Sist endret i: LOV-2025-06-20-74. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
5. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). LOV-1999-07-02-61. Sist endret i: LOV-2025-06-20-74. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
6. Lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven). LOV-1983-06-03-54. Sist endret i: LOV-2025-06-20-74. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54>
7. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). LOV-1999-07-02-63. Sist endret i: LOV-2025-06-20-74. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
8. Lov om Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten. LOV-2017-06-16-56. Sist endret i: LOV-2025-06-20-74. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-56>
9. Wiig S, Braithwaite J, Clay-Williams R. It's time to step it up. Why safety investigations in healthcare should look more to safety science. Int J Qual Health Care. 2020;32(4):281-4. doi: 10.1093/intqhc/mzaa013
10. Vincent C, Adams S, Bellandi T, Higham H, Michel P, Staines A. Systems Analysis of Clinical Incidents: The London Protocol 2024 [Internett]. London: BMJ Publishing Group; 2024 [hentet 2025-12-07].

Tilgjengelig fra: <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/early/2025/02/22/bmjqs-2024-017987.full.pdf>

11. Bowditch L, Molloy C, King B, Abedi M, Jackson S, Bierbaum M, et al. Do patient safety incident investigations align with systems thinking? An analysis of contributing factors and recommendations. *BMJ Qual Saf*. 2025 [Epub ahead of print]. doi:10.1136/bmjqs-2025-019063
12. Carayon P, Schoofs Hundt A, Karsh BT, Gurses AP, Alvarado CJ, Smith M, Flatley Brennan P. Work system design for patient safety: the SEIPS model. *Qual Saf Health Care*. 2006;15 Suppl 1:i50-8. doi:10.1136/qshc.2005.015842
13. Berg SH. Årsaksmodeller og analysemetoder i gransking av uønskede hendelser i helsetjenesten. *Michael*. 2025;22(2):120-34. doi:10.5617/michael.12398
14. Helsedirektoratet. Guide for ivaretagelse av pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere ved uønskede hendelser. Oslo: Helsedirektoratet; 2024.
Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ivaretagelse-etter-uonskede-hendelser/>
15. Health Services Safety Investigations Body (HSSIB). Investigating under the Patient Safety Incident Response Framework (PSIRF): sharing HSSIB learning for future development [Internett]. [hentet 2025-11-27]. Tilgjengelig fra: <https://www.hssib.org.uk/patient-safety-investigations/investigating-under-the-patient-safety-incident-response-framework-psirf-sharing-hssib-learning-for-future-development/investigation-report/>
16. Lim RH, Hide S, Akanbi O, Carthey J, Cox C, Crowley C, et al. Development of a competency framework for healthcare safety investigators: an eDelphi study [Preprint]. SSRN; 2025.
Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.2139/ssrn.5377316>
17. Helsedirektoratet. Risiko- og hendelsesanalyse – Håndbok for helsetjenesten [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2016 [oppdatert 2020-03-10; hentet 2025-12-04].
Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/risiko-og-hendelseanalyse-handbok-for-helsetjenesten>
18. Taylor-Adams S, Vincent C. Systems analysis of clinical incidents: The London Protocol [Internett]. London: Imperial College London; 2000 [hentet 2025-12-04].
Tilgjengelig fra: https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/surgery-cancer/pstrc/londonprotocol_e.pdf
19. Rasmussen J. Proactive Risk Management in a Dynamic Society. Karlstad: Swedish Rescue Services Agency; 2000. Rapport 144. Tilgjengelig fra: <https://orbit.dtu.dk/en/publications/proactive-risk-management-in-a-dynamic-society>
20. Hollnagel E. FRAM: The Functional Resonance Analysis Method – Modelling Complex Socio-technical Systems. Boca Raton: CRC Press; 2012.
21. Regjeringen. Høring om endringer i helsetilsynsloven mv. og opphevelse av lov om Statens undersøkelseskommisjon – ny meldeordning, oppfølging av varselutvalgets rapport [Internett]. Regjeringen; 2024 [hentet 2025-12-04].
Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-om-endringer-i-helsetilsynsloven-mv.-og-opphevelse-av-lov-om-statens-undersokelseskommisjon-ny->

[meldeordning-oppfolging-avvarselutvalgetsrapport/id3076394/?showSvartrue&consterm&page=1&isFilterOpentru](#)

22. Bowie P, Vosper H. The Systems Engineering Initiative for Patient Safety (SEIPS): A human factors approach to work system analysis. I: Cox C, Hughes H, Nicholls J, red. Patient Safety: Emerging Applications of Safety Science. Bristol: Class Professional Publishing; 2024.

**Statens undersøkelseskomisjon
for helse-og omsorgstjenesten**

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

ISBN 978-82-8465-043-2