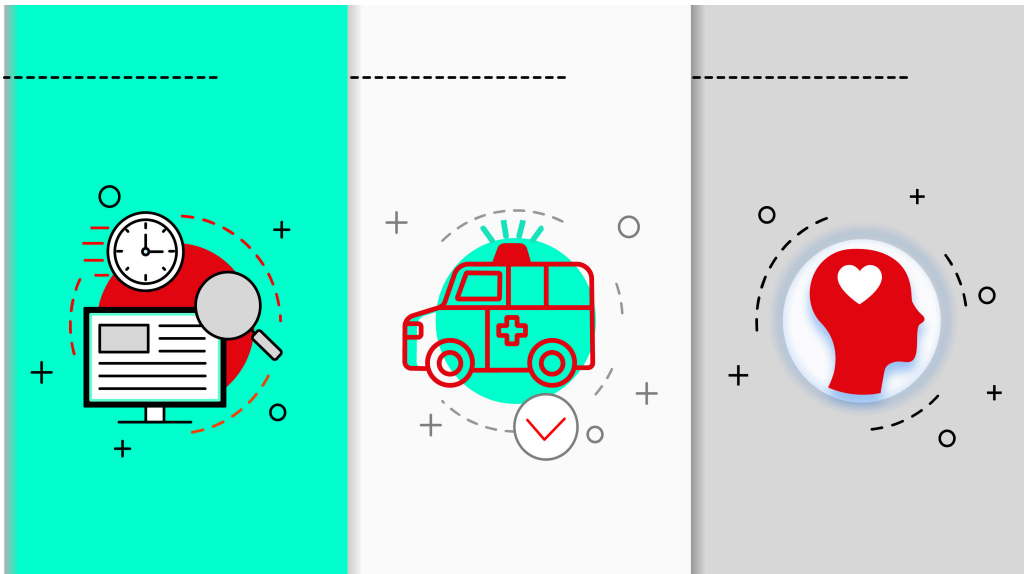


RAPPORT FRA HELSETILSYNET

Fra erfaring til læring – Første halvårslige rapport med innsikter om varsler om alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten

Rapport fra Helsetilsynet 4/2025

20.10.2025



Denne rapporten er skrevet som et svar på oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Oppdraget handlet om å identifisere områder med økt risiko og behov for å bidra til læring på tvers, basert på varsler om alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten.

Helsetilsynet mottar årlig rundt 2000 slike varsler. Basert på hendelsene det varsles om, har vi trukket frem tre tema som vi mener kan bidra til læring på tvers av tjenestene: Innføring av velferdsteknologi i kommunene, henvendelser til nødmeldetjenesten,



og diagnostiseringen og behandlingen av pasienter med alvorlig depresjon. Hver del er beskrevet med eksempler og er oppsummert med læringspunkter på systemnivå. I den siste delen av rapporten beskriver vi våre erfaringer med tjenestenes kvalitetsarbeid etter alvorlige hendelser, og hvilke tiltak som fører til endring og bedre pasientsikkerhet på lang sikt. Denne rapporten er den første av Helsetilsynets halvårlige rapporter basert på oppdraget fra HOD.

ISBN 978-82-93595-69-4

Innhold:

- Sammendrag
- Innledning
- Om varselordningen
 - Om varslene
 - Hvor skjedde hendelsene?
 - Hva har skjedd?
- Erfaringer fra tre ulike områder – hva kan vi lære?
- Fremtidens omsorg - innføring av velferdsteknologi i kommunene
 - Tilsynserfaringer
 - Læringspunkter
- Ord kan redde liv – kommunikasjon og informasjonsflyt i den medisinske nødmeldetjenesten
 - Informasjonsinnhenting
 - Akuttmedisinsk kompetanse og gjenkjennelse av alvorlige symptomer og tegn
 - Informasjonsoverføring mellom samarbeidende instanser
 - Læringspunkter
- Å avdekke det tildekte – selvmord ved alvorlig depresjon
 - Alvorlig depresjon oppdages og behandles for sent
 - Alvorlig depresjon oppfattes som angst eller noe mindre alvorlig
 - Tegn på psykotisk depresjon fanges ikke opp
 - Når pasienten benekter selvmordstanker eller planer
 - Svingende symptomtrykk og tegn til bedring
 - Læringspunkter
- Når hendelsen har skjedd – hva skal til for å redusere risiko og forbedre tjenesten?
 - Fra årsaker til tiltak
 - Utfordringen med for enkle tiltak
 - Kombinasjon av tiltak har bedre effekt
- Helsetilsynets vurdering av ulike typer rapporterte tiltak
 - Avsluttende refleksjon
- Referanser

Sammendrag

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har Helsetilsynet gjennomgått og analysert varsler om alvorlige hendelser i helsetjenesten. Denne rapporten presenterer nøkkeltall fra varselordningen for det siste halvåret og hva slags oppfølging som ifølge forskning og tilsyn, gir størst effekt for læring og forebygging av nye hendelser.

Vi har i tillegg valgt å utdype tre risikoområder der vi ser potensial for å lære av alvorlige hendelser: Innføring av velferdsteknologi i kommunene, henvendelser til den medisinske nødmeldetjenesten og diagnostisering og behandling av alvorlig depresjon. Målet med rapporten er å peke på områder med økt risiko og behov for å sikre læring på tvers.

I rapporten Pasientskader – fortsatt muligheter for læring og forbedring, som Helsetilsynet leverte til HOD 1. mars 2025, beskrev vi ulike faktorer som kan gjøre det vanskelig å omsette erfaringer til læring i helsetjenesten. Faktorene handlet om grunnleggende risikoområder og kompleksiteten i helsetjenesten, og utfordringer med å lære på tvers av tjenestene.

Helsetjenesten er et komplekst system med utallige ulike interaksjoner, både menneskelige og teknologiske. Når alvorlige pasienthendelser oppstår handler det ofte om svikt i disse komplekse interaksjonene. For å kunne lære, må hendelsen forstås i lys av denne kompleksiteten, og ikke som en isolert hendelse der et eller flere helsepersonell gjorde noe feil.

Innfallsvinkelen til undersøkelsene av en alvorlig hendelse påvirker hva vi lærer. I denne rapporten beskriver vi hva slags tiltak som, ifølge forskning, kan bidra til endring av praksis, og hvilke tiltak vi ofte ser at virksomhetene iverksetter. Enkle tiltak som ofte er rettet mot at individer må endre adferd, viser seg å ha kortvarig effekt, mens sammensatte tiltak som kombinerer ulike virkemidler, og også retter seg mot strukturer, kan ha mer langsiktig effekt og føre til faktisk endring.

Nyere forskning viser at virksomheter ofte selv opplever å ha et systemperspektiv når de gjennomgår alvorlige hendelser. I nesten halvparten av hendelsene ser man likevel at virksomhetene i sin oppfølging peker på faktorer som helsepersonellens handlinger, atferd og kunnskap og ikke systemet. Oppfølgingen av den alvorlige hendelsen vil da gjerne kunne ut i tiltak som retter seg mot det enkelte helsepersonellet, noe som i liten grad bidrar til læring og forbedring.

Å analysere en hendelse i etterkant, når man vet hvordan det gikk, kan gi etterpåklokskap og en overforenkling av årsakskjeden. En kompleks årsaksforståelse, i motsetning en lineær årsaksforståelse, kan fange opp det komplekse samspillet mellom menneskene og komponentene i systemet.

Rapportens tre temaartikler

1. **Velferdsteknologi i kommunene:** Rapporten peker på at implementering av velferdsteknologi krever grundige risikovurderinger, god opplæring, tydelige ansvarsforhold og kontinuerlig evaluering.
2. **Kommunikasjon og informasjonsflyt i den medisinske nødmeldetjenesten:** Hovedfunnene viser at svikt i informasjonsinnhenting, manglende gjenkjenning av alvorlige symptomer og lite strukturert kommunikasjon mellom samarbeidende helsepersonell øker risikoen for alvorlige hendelser.
3. **Selv mord ved alvorlig depresjon:** Pasienter med alvorlig depresjon utgjør en stor andel av pasienter som tar selvmord mens de er under behandling i helsetjenesten. Pasientens symptomer og tegn kan være utfordrende å fange opp, og ofte blir de tolket som mer vanlig og mindre alvorlige tilstander.

For å lære av alvorlige hendelser må virksomheter gå fra individrettede, enkle tiltak til helhetlige, systematiske og varige forbedringstiltak som tar hensyn til kompleksiteten i helsetjenesten. Slik kan læring omsettes i bedre praksis og økt pasientsikkerhet.

Innledning

Den norske helsetjenesten er regnet som en av verdens beste (1). I all hovedsak kan vi være trygge på at vi får god helsehjelp når vi trenger det. Men noen ganger skjer det alvorlige feil, der betydelig helsesvikt, eller i verste fall død, er konsekvensen for pasienten.

Gjennom varselordningen får Helsetilsynet informasjon om uønskede hendelser, der det har oppstått svært alvorlig skade eller dødsfall som følge av tjenesteytelsen eller mangler ved denne. Informasjonen vi får bidrar til å gi oss et bilde av ulike risikoområder i helse- og omsorgstjenestene. Kunnskap om faktorer som går igjen når uønskede hendelser skjer, kan bidra til læring og hindre at de samme feilene gjentas.

Den 4. november 2024 fikk Helsetilsynet i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å systematisere informasjon fra varselordningen med mål om å identifisere områder med økt risiko og behov for å sikre læring på tvers:



«Analysen skal munne ut i en rapport som peker på områder hvor dataene viser økt risiko og behov for tiltak for å sikre læring på tvers. (...) Frist for oppdraget er 1. mars 2025. Deretter skal det utarbeides halvårlige rapporter som publiseres på tilsynets hjemmeside.»

Supplerende nr. 4 til tildelingsbrevet til Statens helsetilsyn

Oppdraget skulle sees i sammenheng med Helsedirektoratets oppdrag om å levere en statusrapport om pasientsikkerhet i mai 2025, samt oppdrag om å utrede et nasjonalt register for alvorlige hendelser.

Som svar på bestillingen leverte Helsetilsynet den 1. mars 2025 rapporten «Pasientskader – fortsatt muligheter for læring og forbedring Innsikter fra varsler om alvorlige hendelser 2020-2024» (2). Rapporten beskriver funn knyttet til data fra varselordningen i perioden 2020 – 2024, supplert med erfaringsbasert kunnskap fra Helsetilsynets egen tilsynsvirksomhet. Rapporten omfatter også en gjennomgang av eksisterende kunnskap om uønskede pasienthendelser

generelt. Videre inneholder rapporten en drøfting av hvordan virksomheter i helse- og omsorgstjenestene kan undersøke og forstå uønskede hendelser, for å lære av dem og forebygge at lignende hendelser skjer igjen.

Denne rapporten er den første av de halvårlige rapportene. Vi innleder med en kort beskrivelse av varselordningen, og presentere deretter oppdaterte data om innkomne varsler i 2025.

Videre tar vi utgangspunkt i tilsynserfaringer knyttet til tre utvalgte temaer, som vi går mer i dybden av:

- Innføring av velferdsteknologi i kommunene.
- Kommunikasjon og informasjonsflyt i den medisinske nødmeldetjenesten.
- Selvmord ved alvorlig depresjon.

Vi deler erfaringer basert på hendelser der det har oppstått svært alvorlig skade eller dødsfall som følge av tjenesteytelsen eller mangler ved denne. Varslene vi mottar innenfor de utvalgte områdene, har for hvert tema flere likhetstrekk, og vi mener at det kan være stort potensiale for læring for både ledere og helsepersonell i tjenestene.

Gjennom erfaringer med helse- og omsorgstjenestens oppfølging av alvorlige hendelser, ser tilsynsmyndigheten en stor bredde i måter å jobbe med å forebygge at lignende hendelser skal skje igjen. I denne rapporten presenterer vi erfaringer og kunnskap om ulike typer tiltak som kan iverksettes etter en alvorlig hendelse. Hva kjennetegner tiltak som forventes å gi varig endring, i motsetning til tiltak med liten eller ingen forebyggende effekt? I den første rapporten beskrev vi hvordan man kan forstå årsaker til uønskede hendelser. I denne rapporten følger vi opp dette med å se nærmere på hva man kan gjøre for å redusere risikoen for at uønskede hendelser skjer.

Om varselordningen

Formålet med varselordningen for svært alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten er å styrke pasient- og brukersikkerheten, og særlig å styrke arbeidet med læring og forbedring for å kunne unngå lignende alvorlige hendelser i fremtiden (3). Varselordningen skal fremme læring etter alvorlige hendelser, både i den virksomheten hendelsen har skjedd, og i andre virksomheter.

Alle virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester, har *plikt* til å varsle alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn. Pasienter, brukere og nærmeste pårørende har en *rett* til å varsle.

Kriteriene for å varsle er:

- dødsfall eller svært alvorlig skade på pasient eller bruker, når
- hendelsen skjedde i helse- og omsorgstjenesten, eller ved at pasient eller bruker skadet en annen, og
- utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko.

Varselordningen ble først etablert som en prøveordning i 2010, og deretter lovfestet for spesialisthelsetjenesten i 2012. Fra 1. juli 2019 ble varslingsplikten utvidet til å gjelde også kommunale helse- og omsorgstjenester. Samtidig fikk pasienter, brukere og pårørende en rett til å varsle.

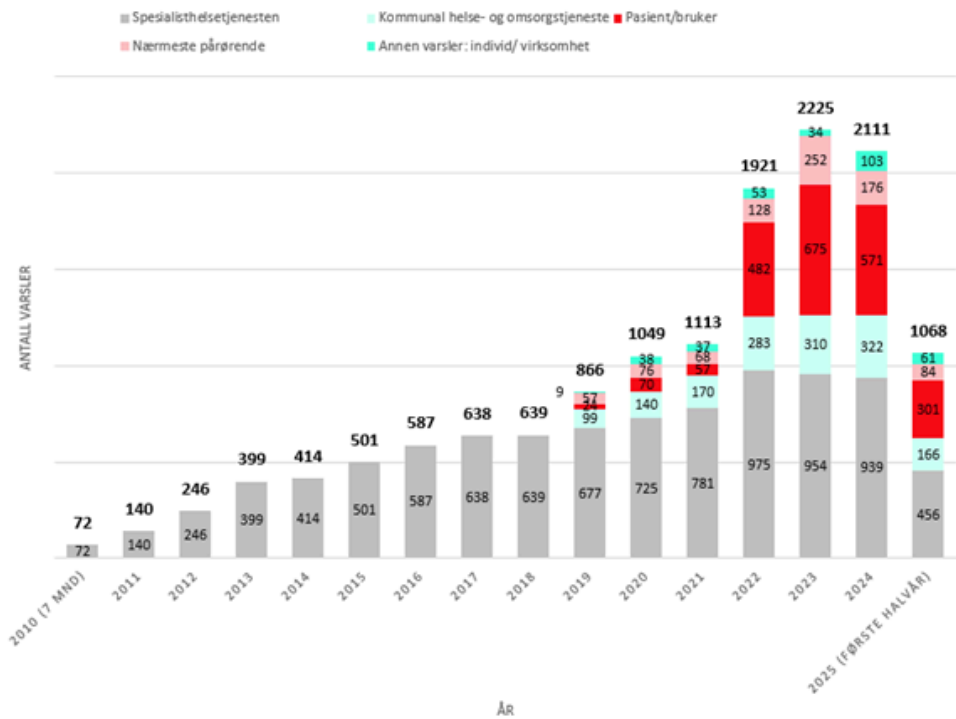
I juni 2025 ble en ny meldeordning for alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten vedtatt av Stortinget (4). Målet er bedre kvalitet, økt sikkerhet og styrket tillit til helsepersonell og tjenestene. Ordningen erstatter dagens varselordning og markerer et skifte der hovedansvaret for oppfølging legges til virksomhetene selv. De får plikt til å melde hendelser til statsforvalteren, utarbeide rapporter innen tre måneder og involvere pasienter, brukere og pårørende i forbedringsarbeidet. Statsforvalterne skal, med lokal kunnskap, støtte og veilede virksomhetene, samt prioritere tilsynsarbeid som gir læring og varige forbedringer.

I ny meldeordning skal meldingene sendes til statsforvalterne i stedet for Helsetilsynet. Tilsynsmyndighetene skal veilede virksomhetene i deres forbedringsarbeid. Helsetilsynet vil ha en nasjonal rolle i å systematisere kunnskap, identifisere risikoområder og dele erfaringer fra meldinger, rapporter og tilsyn for at helsetjenestene skal kunne bruke det til læring for å forebygge alvorlige hendelser. Ny meldeordning innebærer både prinsipielle og praktiske endringer, og vil bli evaluert for å sikre at den fungerer som tiltenkt.

Det er på publiseringstidspunktet til denne rapporten ikke besluttet når ny meldeordning skal iverksettes.

Om varslene

I første halvår 2025 (1. januar-30. juni) har Statens helsetilsyn mottatt 1068 varsler. Figur 1 viser varslene vi har mottatt fordelt på hvem som varslet.



Figur 1 Antall mottatte varsler fordelt på varselinnsendere: spesialisthelsetjenesten, kommunal helse- og omsorgstjeneste, pasient/bruker, nærmeste pårørende og annen (individ/virksomhet), for perioden 2010 (7 måneder) til og med 30. juni 2025. Det totale antallet innsendte varsler for hvert år vises i fet skrifttype på toppen av hver stolpe.

Tabell for figur. Antall mottatte varsler fordelt på varselinnsendere: spesialisthelsetjenesten, kommunal helse- og omsorgstjeneste, pasient/bruker, nærmeste pårørende og annen (individ/virksomhet)

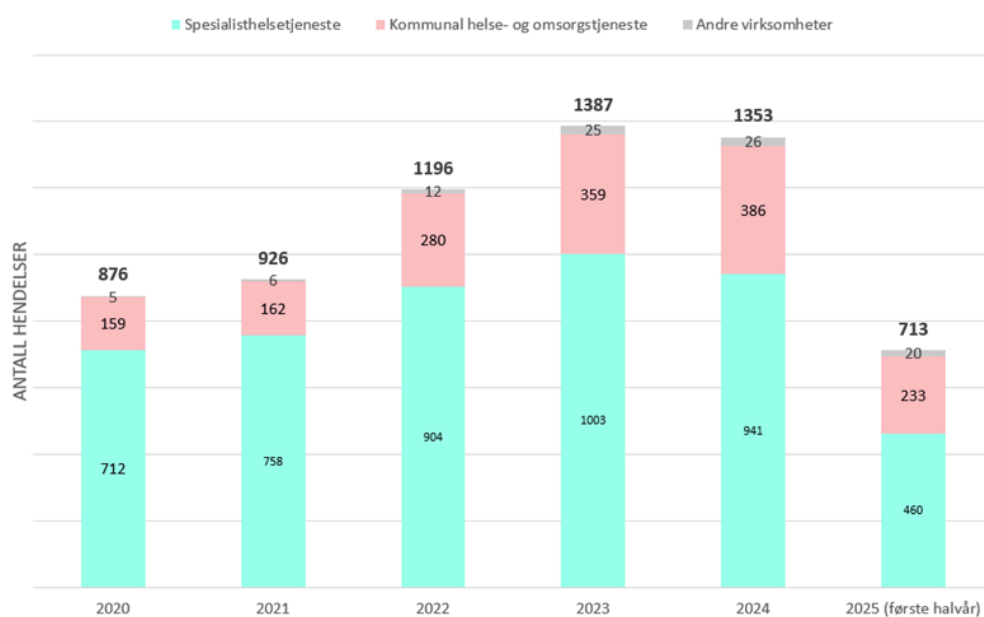
Varselinnsendere	2010 (7 mnd)	2011	2012	2013	2014
Spesialisthelsetjenesten	72	140	246	399	414
Kommunal helse- og omsorgstjeneste					
Pasient/bruker					
Totalsum	72	140	246	399	414

Varselinnsendere	2010 (7 mnd)	2011	2012	2013	2014
Nærmeste pårørende					
Annen varsler: individ/ virksomhet					
Totalsum	72	140	246	399	414

[Se tabell i fullskjerm](#)

Hvor skjedde hendelsene?

Ikke alle varslene vi mottar er omfattet av varselordningen slik den er definert i lovteksten. Vi mottar også noen ganger flere varsler som gjelder samme hendelse, for eksempel både fra helsetjenesten og fra pasient/pårørende. Figur 1 viste antall mottatte varsler fra 2020 til 30. juni 2025, til sammen 1068. Tar vi bort de varslene som ikke er omfattet av varselordningen, og slår sammen tallene for de hendelsene som er varslet av flere, sitter vi igjen med 713 varslede alvorlige hendelser.



Figur 2 Antall hendelser innenfor varselordningen fordelt på hvor hendelsen skjedde: i spesialisthelsetjenesten, kommunale helse- og omsorgstjenester, eller andre virksomheter (inkludert tjenester knyttet til tannhelse og private tilbydere av

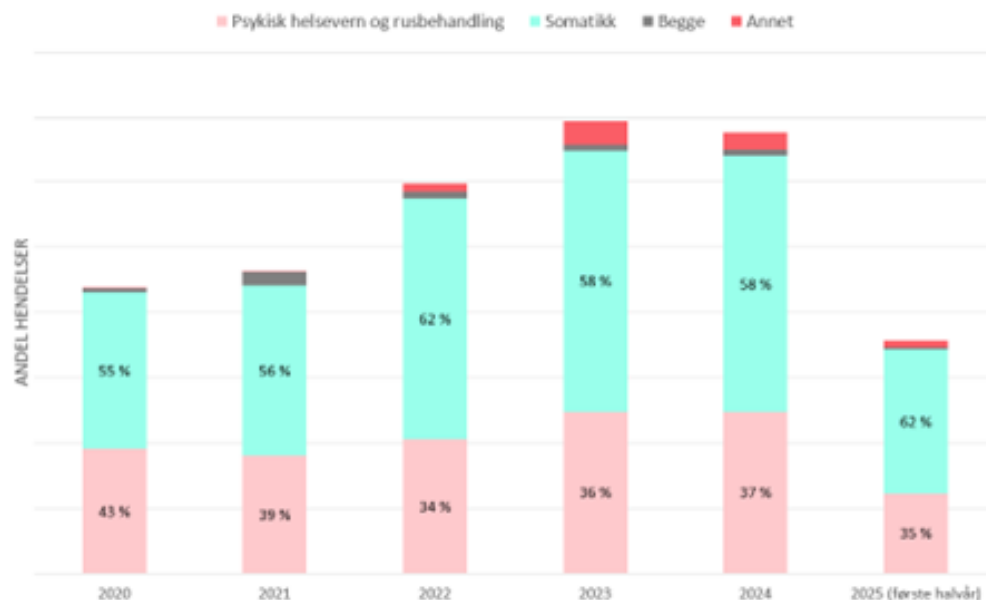
helsetjenester uten avtale med det offentlige), for perioden 2020-30. juni 2025. Det totale antallet varslede hendelser for hvert år vises i fet skrifttype på toppen av hver stolpe.

**Tabell for figur. Antall hendelser innenfor varselordningen 1
hendelsen skjedde for perioden 2020-30. juni 20**

År	Spesialisthelsetjeneste	Kommunal helse- og omsorgstjeneste	Andre virksomheter
2020	712	159	5
2021	758	162	6
2022	904	280	12
2023	1 003	359	25
2024	941	386	26
2025 (første halvår)	460	233	20

[Se tabell i fullskjerm](#)

I både figur 1 og 2 ser vi en økning i varsler og varslede hendelser som omhandler kommunal helse- og omsorgstjeneste. Vi tror ikke at dette er en indikasjon på at det har vært en økning i alvorlige hendelser i kommunale helse- og omsorgstjenester, men heller at plikten til å varsle har blitt bedre kjent i tjenestene. Det er grunn til å tro at det skjer flere alvorlige hendelser i kommunale helse- og omsorgstjenester, gitt volumet av tjenester som blir ytt i denne delen av sektoren, enn de som varsles til tilsynsmyndighetene per i dag. Dette kan underbygges av forskning og andre undersøkelser (5, 6).



Figur 3 Andel hendelser i prosent fordelt på psykisk helsevern og rusbehandling og somatikk i perioden 2020-30. juni 2025. For kategoriene «begge» og «annet» (inneholder hendelser som ikke har latt seg kategorisere, samt laboratoriefag) har vi ikke med andel, da tallene er små. Figuren skiller ikke mellom spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste, men viser alle sektorene samlet.

Tabell for figur. Andel hendelser i prosent fordelt på psykisk helsevern og rusbehandling og somatikk i perioden 2020-30. juni 2025

År	Psykisk helsevern og rusbehandling	Somatikk
2020	43 %	55 %
2021	39 %	56 %
2022	34 %	62 %
2023	36 %	58 %
2024	37 %	58 %
2025 (første halvår)	35 %	62 %

Se tabell i fullskjerm

Innen psykisk helsevern og rusbehandling handler de fleste hendelsene om selvmord eller selvmordsforsøk, alvorlig selvskading eller overdoser/intoksikasjoner. I første halvår 2025 har 16 % av alle varslede hendelser handlet om selvmord.

Hva har skjedd?

Tabell 1 viser antall og andel varslede hendelser fordelt på type hendelse i første halvår 2025. I tabellen er ikke hendelsene fordelt på hvor i landet de har skjedd, å gi et bilde av hvordan de varslede hendelsene fordeler seg.

Type hendelse	2020		2021		2025
Akutt livreddende behandling	44	5 %	24	3 %	40
Annet	171	20 %	161	17 %	242
Bruk av blod/blodprodukter	1	0 %	2	0 %	4
Bruk av legemidler	52	6 %	25	3 %	54
Bruk av medisinsk utstyr	11	1 %	10	1 %	25
Drap/vold	18	2 %	13	1 %	25
Totalt	876	100 %	926	100 %	1190

Type hendelse	2020		2021		2022
Fall	41	5 %	48	5 %	68
Fødsel	66	8 %	61	7 %	84
Infeksjon	18	2 %	75	8 %	32
Intensivbehandling/overvåkning	26	3 %	24	3 %	37
Kirurgisk inngrep/operasjon	71	8 %	80	9 %	77
Medisinsk behandling	1	0 %	59	6 %	106
Medisinsk forskning	0	0 %	0	0 %	1
Medisinsk undersøkelse/diagnostikk	83	9 %	78	8 %	148
Overdose/intoksikasjon	37	4 %	24	3 %	28
Pleie, omsorg og observasjon*	0	0 %	0	0 %	0
Totalt	876	100 %	926	100 %	119

Type hendelse	2020		2021		2025
Selv mord	186	21 %	190	21 %	184
Selv mordsforsøk/selvskading	50	6 %	52	6 %	37
Ukjent/uavklart dødsårsak*	0	0 %	0	0 %	1
(tom)	0	0 %	0	0 %	1
Totalt	876	100 %	926	100 %	119

Se tabell i fullskjerm

*Tabell 1 antall og andel varslede hendelser fordelt på hendelsestyper for perioden 2020 til og med første halvår 2025. *Ny kategori innført høsten 2024.*

Hendelsestype «annet» er den kategorien hvor vi ser størst endring i første halvår 2025, sammenlignet med tidligere år. Det kan forklares med at vi innførte to nye hendelsestyper høsten 2024, nemlig «pleie, omsorg og observasjon» og «ukjent/uavklart dødsårsak», som tidligere ble klassifisert under «annet». Disse har begge en andel på 6 % for første halvår 2025.

Ellers ser vi mindre endringer i andelen av de forskjellige hendelsestypene, som ikke gir noen indikasjon på en økning av risiko i tjenesten innenfor en spesifikk hendelsestype første halvår 2025, sammenlignet med tidligere år.

Erfaringer fra tre ulike områder – hva kan vi lære?

I det følgende vil vi beskrive tilsynserfaringer knyttet til tre temaer. Vi har sett at varslene vi mottar innenfor disse områdene har flere fellestrekk og at mange feil går igjen på tvers av sammenliknbare tjenester. Målet vårt med denne rapporten er at våre erfaringer skal bidra til læring ved å gi tjenesten informasjon om hvilke risikoer vi ser går igjen når alvorlige hendelser oppstår. Ved å kjenne til risikoer fra sammenliknbare tjenester, vil man få muligheten til å sette inn tiltak for å forbygge at liknende hendelser skjer andre steder.

Når det gjelder bruk av velferdsteknologi i pleie, omsorg og behandling, så har vi foreløpig mottatt få varsler om alvorlige hendelser knyttet til dette temaet. Varslene viser at manglende bevissthet rundt innføringen og bruken av velferdsteknologi kan medføre alvorlige konsekvenser for brukeren. Bruk av velferdsteknologi er i sterk vekst i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Vi ønsker derfor å belyse noen utfordringer og fallgruver knyttet til innføring av slike løsninger, basert på de tilsynserfaringene vi har hittil.

Den medisinske nødmeldetjenesten (MNT) er en svært viktig del av helsetjenesten når akutt sykdom eller skade skjer. Misforståelser eller manglende beslutningsgrunnlag kan føre til følgefeil og noen ganger ende med fatale konsekvenser for pasienten. Vi ønsker å trekke frem tilsynserfaringer som belyser faktorer som kan spille inn når det går galt, med søkelys på kommunikasjon og informasjonsflyt.

En betydelig andel av varslene vi mottar om pasienter som har begått selvmord, gjelder pasienter med depresjon. I denne gruppen har vi blant annet erfart at pasienter med tegn eller symptomer på alvorlig depresjon, kan bli oppfattet å ha mindre alvorlige tilstander og at de derfor ikke får den behandlingen og oppfølgingen de trenger. Basert på gjennomgang av varsler etter selvmord ser vi at disse sakene har flere fellestrekk som vi ønsker å formidle tilbake til tjenestene.

Fremtidens omsorg - innføring av velferdsteknologi i kommunene

Norge står overfor betydelige omsorgsutfordringer i årene som kommer. Antallet og andelen eldre øker. Samtidig trenger flere yngre under 67 år bistand, da flere lever med funksjonsnedsettelse og kroniske sykdommer. De siste årene er mer ansvar for helsetjenester blitt overført til kommunene. Kombinasjonen av disse faktorene skaper et økende misforhold mellom behovet for omsorg og tilgjengelige ressurser. I møte med disse utfordringene har velferdsteknologi blitt løftet frem som en sentral løsning. Innføringen og bruken av den kan imidlertid medføre alvorlige konsekvenser for brukeren dersom den ikke planlegges eller følges opp godt nok.

Primærhelsetjenesten har historisk vært en lavteknologisk sektor. Innføringen av velferdsteknologi representerer derfor ikke bare en teknologisk, men også en kulturell og organisatorisk endring. Dette er et skifte som krever ny kompetanse, nye arbeidsformer og en bevissthet rundt hvordan teknologi kan støtte, men ikke erstatte, menneskelig omsorg. Dette krever at kommunene har et styringssystem som omfatter hvordan bruken av velferdsteknologi løpende planlegges og følges opp slik at resultatet blir trygge tjenester for brukerne.

Begrepet velferdsteknologi omfatter et bredt spekter av teknologiske løsninger. For hjemmeboende kan det gi brukerne mulighet til å bo lengre hjemme, med økt trygghet og selvstendighet. Økt bruk av velferdsteknologi kan gjøre tjenestene bedre, men kan også gi falsk trygghet.

Eksempler på ulike typer velferdsteknologi:

Tilsynserfaringer

Bruken av velferdsteknologi i kommunehelsetjenesten er økende, og det samme er antallet varsler om alvorlige hendelser med alvorlig skade eller dødsfall hos pasienter der ny teknologi har blitt tatt i bruk. Helsetilsynet ser det derfor som en viktig oppgave å følge med på utviklingen. På bakgrunn av dette har Helsetilsynet de siste årene gjort flere tilsyn som har omhandlet bruk av ulike velferdsteknologiske løsninger. Dette har vært både planlagte tilsyn basert på risikovurderinger, og tilsyn etter varsler. Sakene har omhandlet elektroniske medisindispensere, GPS, trygghetsalarm og ulike former for digitalt tilsyn (sensorer, kamera). Det ble i 2024 gjennomført et landsomfattende tilsyn med bruk av medisindispensere hos hjemmeboende eldre (7).

Helsetilsynets tilsynserfaringer har vist at det kan svikte på ett eller flere områder når velferdsteknologi innføres, og at det er mange og sammensatte utfordringer som er årsaken til dette. Helsetilsynet ser blant annet at mangelfull planlegging i

forkant av innføringen av velferdsteknologi kan føre til uønskede hendelser, med alvorlige konsekvenser for pasienten.

Helsetilsynet har det siste året mottatt i underkant av 30 varsler der pasient eller bruker har blitt alvorlig skadd eller dødd som følge av konsekvenser knyttet til bruk av velferdsteknologi.

En bruker utløste en trygghetsalarm etter et fall

Flesteparten av varslene handler om organisering og gjennomføring, blant annet uklare ansvarsforhold rundt oppgavefordeling, usikkerhet rundt respons på og oppfølging av signaler fra teknisk utstyr, og praktiske problemer med for eksempel nøkler og hjemstedsadresse. Litt under halvparten av varslene gjaldt teknisk svikt i utstyret og/eller svikt i bruk. Varslene gjelder oftest eldre personer. Om lag halvparten av hendelsene skjedde på sykehjem og halvparten hos hjemmeboende. Det varsles hovedsakelig om de tekniske løsningene som brukes hyppigst; digitalt tilsyn/kamera, trygghetsalarm, medisindispenser og ulike typer sensor-overvåkning (fall, sengealarm).

Kommunen vurderte at en bruker med demens kunne bo hjemme

I oppfølgingen av varslene ser Helsetilsynet blant annet på hvordan tjenestene har lagt til rette for bruken av de ulike velferdsteknologiske løsningene og hvordan de følges opp i bruk.

Læringspunkter

Kvalitets- og forbedringsarbeid kan organiseres og kategoriseres på en rekke ulike måter. Vi har nedenfor tatt utgangspunkt i Demings sirkel, eller forbedringshjulet (8):

- **Planlegge:** Vi ser at det ofte mangler grundige vurderinger av hva som kan gå galt i forkant av innføringen av ny velferdsteknologi. Kommunene må innhente informasjon om aktuelt produkt, få oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for videre opplæring, og vurdere mulige risikoer som kan oppstå når ny teknologi tas i bruk. En del av planleggingen handler også om å vurdere om pasienten egner seg for denne typen teknologi.
- **Gjennomføre:** Vi ser ofte at organiseringen av tjenestene er for dårlig koordinert og at ansvars- og oppgavefordelingen er uklar. Når nytt utstyr eller teknologi tas i bruk, har ledelsen en plikt til å sørge for at medarbeiderne er godt kjent med utstyret og hvordan det skal brukes og følges opp. Dette innebærer for eksempel at det er tydelig hvem som har ansvaret for å følge opp dersom en trygghetsalarm aktiveres, dersom en pasient ikke henter ut medisiner fra medisindispenser eller at batteriavhengig utstyr som GPS er fulladet når det tas i bruk.
- **Evaluerer:** Vi ser at flere kommuner ikke har en god nok innarbeidet praksis for å følge med på og evaluere om tjenestene leverer det de skal. Etter innføringen av ny velferdsteknologi er det leders ansvar å følge med om tiltaket er egnet til det det brukes til, og at det etterlever gjeldende

krav. En måte å følge med på, er å ha oversikt over medarbeideres erfaring, avviksmeldinger og eventuelle uønskede hendelser. Fungerer teknologien som planlagt og tenkt?

- **Korrigere:** Vi ser at flere kommuner mangler gode nok systemer for å lære av nesten-hendelser og feil. Når leder får oversikt over hvordan den nye teknologien fungerer i praksis, forventes det at praksis eller rutiner endres dersom det er behov for justeringer. Dette kan innebære tydeliggjøring av ansvar, rutiner for hva medarbeidere skal gjøre dersom det oppstår avvik eller å endre eller stanse bruk av lite egnet teknologi.

Vi vil understreke at kvalitets- og forbedringsprosessen må bestå av mange små, kontinuerlige utviklingsrunder, og at dette arbeidet må gjøres fortløpende ved oppstart og etter at teknologien er tatt i bruk, ikke etter lang tid.

Ord kan redde liv – kommunikasjon og informasjonsflyt i den medisinske nødmeldetjenesten

Den medisinske nødmeldetjenesten (MNT) er en essensiell del av helsetjenesten fordi den ofte styrer tilgjengeligheten av akutt helsehjelp. Små feil og misforståelser i denne delen av helsetjenesten kan fort bli kritisk og få store følger for pasienten.

Antallet henvendelser til akuttmedisinske kommunikasjonssentraler (AMK) og legevaktssentraler har økt kraftig over flere år, noe som krever god organisering, styring og oppfølging av tjenesten, for å sikre kvalitet og trygghet (9). For det enkelte helsepersonell som skal besvare henvendelser, er erfaring, faglig kompetanse og gode kommunikasjonsferdigheter sentralt for å kunne mestre denne krevende oppgaven.

MNT defineres som et system for varsling og håndtering av henvendelser der det er behov for akuttmedisinsk bistand og kommunikasjon i helse- og omsorgstjenesten, og omfatter legevaktssentraler og AMK (10).

Hvert år mottar AMK nesten 800 000 samtaler og legevaktstelefonene over 3 millioner samtaler. Helsetilsynet har i løpet av det siste året mottatt i overkant av 150 varsler om alvorlige hendelser knyttet til henvendelser til MNT. Dette er ikke et stort volum gitt det store antallet samtaler, men disse hendelsene representerer likevel et betydelig antall alvorlige pasientskader og dødsfall. Helsetilsynet har sett at det er noen fellestrekk som går igjen i disse alvorlige hendelsene, som tjenestene kan bruke i sitt lærings- og forbedringsarbeid.

En eldre mann satt og leste da han helt plutselig fikk intense smerter i siden og bak i ryggen

Når alvorlige hendelser oppstår etter henvendelser til den medisinske nødmeldetjenesten, erfarer vi at det kan handle om:

- mangler i informasjonsinnhenting
- tegn eller symptomer på alvorlig sykdom fanges ikke opp
- viktig informasjon forsvinner i informasjonsoverføringen mellom samarbeidende helsepersonell.

Informasjonsinnhenting

Operatørene ved den medisinske nødmeldetjenesten skal i løpet av kort tid identifisere, eller utelukke, tegn til alvorlig sykdom eller skade og behov for akuttmedisinsk bistand. Målet er å innhente nok informasjon til å danne seg et

godt nok bilde av hva det handler om og velge rett respons.

Samtalen med innringer kan påvirkes av situasjonen, språk, formidlingsevne, demografiske faktorer eller arbeidsforhold ved sentralen, for å nevne noe. I flere av våre saker ser vi at innringer og operatør «snakker forbi hverandre» og at vesentlig informasjon ikke oppfattes eller følges opp. Hvis operatøren er opptatt av å følge «ett spor» og ikke er oppmerksom på det innringer forteller, kan viktig informasjon gå tapt. I samtalen med den eldre mannen i eksempelet, fikk operatør opplysninger om akutt innsettende smerter i rygg med påvirkning av sirkulasjon, men AMK- operatøren valgte å følge «sporet» basert på pasientens mistanke om nyrestein.

Vi ser at den såkalte «bekreftelsesfellen» kan påvirke informasjonsinnhenting. Det handler om at operatøren for tidlig fester seg til en diagnose eller årsaksforklaring, og at den videre utspørringen preges av at man etterspør eller fortolker informasjon som støtter denne hypotesen. Dermed kan annen viktig informasjon som kommer fram i samtalen, glippe eller ikke bli fulgt opp med oppklarende spørsmål.

Systematikk og struktur i informasjonsinnhenting kan bidra til at de relevante spørsmålene blir stilt på et tidlig tidspunkt. Ulike beslutningsstøtteverktøy har til hensikt å bidra til en slik systematikk, og er et viktig supplement til akuttmedisinsk kompetanse. Det kan ikke forventes at operatørene skal kunne alt om alle alvorlige tilstander. Et beslutningsstøtteverktøy kan i slike tilfeller bidra til at viktige symptomer og/eller tegn etterspørres, slik at operatør unngår å trekke slutninger på feil eller utilstrekkelig grunnlag.

Akuttmedisinsk kompetanse og gjenkjennelse av alvorlige symptomer og tegn

For å kunne vurdere en pasients behov for helsehjelp, må operatøren ha kunnskap om og kjenne til tegn på alvorlige og tidskritiske tilstander. Det gjelder spesielt ved uavklarte og sammensatte sykdomsbilder som har oppstått raskt. Eksempler på dette er tegn på akutt hjertesykdom, akutt bevissthetsnedsettelse, akutte lammelser, akutt funksjonssvikt eller spørsmål om alvorlige infeksjoner. Slike symptomer kan kalles «røde flagg» som operatørene bør være spesielt oppmerksomme på. Symptomer og tegn må sees i sammenheng med alder, kjønn og aktuell sykehistorie.

Vurderinger og beslutninger bør bygge på akuttmedisinsk fagkunnskap sammen med bruk av tilgjengelig beslutningsstøtteverktøy. Gode støttesystemer er viktig for alle, men kan være særlig viktig dersom tilgangen på personell med ønsket kompetanse og erfaring er begrenset. I drøyt halvparten av varslene vi mottar, er det indikasjon på at «røde flagg» er oversett. I knapt halvparten av varslene vi mottar, har innringer tatt kontakt med MNT flere ganger. Gjentatte kontakter kan være uttrykk for at første henvendelse ble undervurdert eller at tilstanden har forverret seg, slik at det bør gjøres en ny vurdering.

Informasjonsoverføring mellom samarbeidende instanser

Systematisk og strukturert kommunikasjon er ikke bare viktig i samtale med innringer, men også med samarbeidende helsepersonell i ambulansetjenesten, leger på legevakt eller på sykehus og operatører i andre deler av nødmeldetjenesten. Det kan være avgjørende for kvaliteten på videre pasientbehandling at operatør klarer å skape lik situasjonsforståelse hos samarbeidende helsepersonell. Systematisk og strukturert kommunikasjon kan sikre situasjonsforståelsen og være med å forebygge misforståelser og uønskede hendelser (11). ISBAR og Closed Loop er kommunikasjonsverktøy og -metoder som skal bidra til dette (12, 13).

I nesten en tredjedel av varslene vi mottar om henvendelser til MNT, er samtalen blitt satt over fra AMK til legevaktsentral, og det gjelder nesten halvparten av hendelsene der innringer har tatt kontakt på nytt. En del henvendelser til AMK blir vurdert til ikke å trenge utrykning fra ambulansetjenesten. I de tilfellene der man likevel mener at det er behov for en medisinsk vurdering, overføres samtalen til aktuell legevaktssentral. I flere saker ser vi at den videre oppfølgingen kan bli preget av at AMK allerede har vurdert tilstanden som "mindre alvorlig", og legevaktssentralen kan ha en for høy terskel for å justere hastegraden opp igjen og sette samtalen tilbake til AMK.

Informasjonen operatørene mottar, kan være et viktig utgangspunkt for videre utredning og behandling, og skal dokumenteres. I flere saker ser vi at sentral informasjon (mottatt i samtaler med innringer) ikke blir registrert eller ikke blir formidlet i tilstrekkelig grad til samarbeidende helsepersonell.

Læringspunkter

- Operatørene ved den medisinske nødmeldetjenesten jobber mye alene, og i det daglige får de lite eller ingen tilbakemelding på de avgjørelsene og valgene de tar. Systematisk arbeid med lydlogg-gjennomganger sammen med veileder og simuleringstrening, vil kunne kompensere for dette. Gjennomgang kan avdekke behov for videre opplæring/trening. Det har også vist seg nyttig med felles casegjennomganger med utgangspunkt i lydlogg.
- Ledelse og fagansvarlige må ha oversikt over kjente risikoer innenfor sitt fagområde. Kunnskapen bør blant annet basere seg på medarbeidernes opplevelse av risiko og nesten-uhell. Når en alvorlig hendelse skjer ser vi ofte at risikofaktorer en kjente til var med å påvirke utfallet. Denne kunnskapen og risikoreduserende tiltak kan bidra til å forebygge alvorlige hendelser.
- Simuleringstrening og praktisk trening i å gjenkjenne «røde flagg» kan bidra til en økt oppmerksomhet mot de vanligste tidskritiske tilstandene og hvilke tegn og symptomer en skal følge opp.
- Tjenesten skal bruke avvik og alvorlige hendelser til læring. Identifiserte risikoområder bør være fokus for opplæring, simulering eller endret

praksis. Innenfor MNT kan dette innebære systematisk og strukturert informasjonsinnhenting og bruken av ulike kommunikasjonsverktøy/-metoder som ISBAR og Closed Loop.

Å avdekke det tildekte – selvmord ved alvorlig depresjon

Helsetilsynet har, basert på behandling av varsler etter alvorlige hendelser, hatt en bekymring for omfanget av pasienter med depresjon som tar livet sitt (14, 15). I en gjennomgang av alle varsler om selvmord eller alvorlige selvmordsforsøk i perioden juli 2024 til juli 2025 (445 varsler) fant vi at rundt en tredjedel av alle selvmord gjaldt pasienter med depresjon. Vi vet at pasienter med alvorlig depresjon har spesielt høy risiko for selvmord.

Alvorlig depresjon kan være krevende å identifisere. Symptomer og sykdomsforløp kan avvike fra det typiske mønsteret ved en klassisk depresjon, og kan tolkes som uttrykk for en mindre alvorlig tilstand, som angst eller tilpasningsforstyrrelse. Den nasjonale retningslinjen for diagnostikk og behandling av depresjon ble avpublisert i 2023. Mangelen på en nasjonal konsensus for behandling av alvorlig depresjon kan bidra til at disse pasientene ikke mottar den helsehjelpen de trenger som følge av en sprikende oppfatning av god praksis.

Når Helsetilsynet går gjennom varsler etter alvorlige hendelser der en pasient som har mottatt helsehjelp har tatt sitt eget liv, kan det være lett å være etterpåklok og se hva som burde vært gjort annerledes. Det er ikke hensikten med formidlingen av våre tilsynerfaringer på dette området. Vi ønsker å løfte frem fellestrekk vi ser går igjen når pasienter med symptomer på alvorlig depresjon tar sitt eget liv, som tjenestene kan ta lærdom av, og med dette kunne bidra til at flere av disse pasientene kan fanges opp tidligere.

Våre erfaringer handler først og fremst om pasienter som behandles i spesialisthelsetjenesten, inkludert akutteam ved DPS, men de kan også være til nytte for ansatte på legevakt og fastlegene, som ofte vil være de første som kommer i kontakt med pasienten.

Middelaldrende mann, gift, voksne barn.

Alvorlig depresjon oppdages og behandles for sent

I varslene der pasienter har tatt livet sitt eller gjort et alvorlig selvmordsforsøk ser vi at pasientene ofte ble beskrevet som engstelige, men tildekkende i forkant av hendelsen. Tildekking av symptomer kan være medvirkende til at mange pasienter blir henvist for sent fra fastlegen, og at DPS ikke tilbyr riktig behandling raskt nok.

Vi ser også at henvisningene fra fastlegene kan inneholde for lite informasjon om symptomer og funksjonsfall, og at de som skal vurdere henvisningen ikke innhenter supplerende opplysninger. I en del saker ser vi også tilsynelatende manglende samsvar mellom de alvorlige symptomene og funksjonsfallet som er beskrevet, og vurderingen av rett til helsehjelp og frist for oppstart av helsehjelpen. Dette er faktorer vi ser kan bidra til å forsinke oppstart av riktig behandling.

Hos pasienter med depresjon vil tilstanden kunne variere mellom alvorlig og moderat gjennom dagen og uken. Vi vet samtidig at prioriteringsveilederen gir en anbefalt frist på åtte uker for oppstart av utredning ved moderat depresjon, mens anbefalt frist for oppstart av behandling ved alvorlig depresjon er satt til to uker (16). Dersom alvorligheten i depresjonen ikke fanges opp, kan det medføre en fare at pasienter med alvorlig depresjon ikke får rask nok hjelp, og at pasientene tar livet sitt mens de venter på behandling (17). Ved flere varsler om selvmord ser vi i etterkant at forverring av tilstanden i ventetiden ikke ble fanget opp av spesialisthelsetjenesten, selv om pårørende forsøkte å melde ifra.

Alvorlig depresjon oppfattes som angst eller noe mindre alvorlig

Pasienter med alvorlig depresjon kan ha sterk angst og uro som en dominerende del av symptombildet. I flere saker ser vi at pasienters angstsymptomer oppfattes som en angstlidelse, og at de ikke vurderes i sammenheng med sykdomsbildet ellers, som mer klassiske depressive symptomer og betydelige funksjonsfall.

Vi ser i disse tilfellene at pasienter beskrives med sterk angst og uro rett før selvmordet. I noen tilfeller er pasienten beskrevet med så sterk indre uro og psykisk smerte at hen ikke kan sitte i ro og vandrer hvileløst rundt, såkalt agitert depresjon. Depressive tilstander med høy grad av angst og agitasjon, er tilstander som er forbundet med fare for impulsive selvmordsforsøk (18). I de sakene der pasienter med disse symptomene er beskrevet og pasienten har tatt sitt eget liv, ser vi at symptomene ble tolket som uttrykk for en panikk- eller angstlidelse.

Et sykehus sin vurdering etter en alvorlig hendelse:

På bakgrunn av de varslene vi mottar, mener vi at det er behov for økt oppmerksomhet rundt angstsymptomer hos denne pasientgruppen.

Tegn på psykotisk depresjon fanges ikke opp

Psykotiske og tildekkende aspekter ved alvorlig depresjon kan være vanskelig å fange opp, særlig om man ikke har sett det tidligere. Kvernetanker, katastrofetanker og manglende fremtidshåp knyttet til somatisk sykdom, privat

økonomi eller arbeidssituasjon kan være vanskelig å oppdage, da de psykotiske symptomene kan være mer subtile enn ved andre psykoser. I noen varsler er det beskrevet at pasienter med realitetsbrist, for eksempel negative og urealistiske tanker om at de er til byrde for familien og at det kanskje vil være best for de nærmeste at pasienten er død. Dersom pasienten utvikler psykosesymptomer i tillegg til den depressive lidelsen, såkalt psykotisk depresjon, må man regne med at risikoen for selvmord er høy, uansett om pasienten bekrefter selvmordstanker og -planer eller ikke.

Når en pasient er psykotisk uten åpenbare vrangforestillinger, kan det være utfordrende å vurdere samtykkekompetanse. Pasienten kan være tildekkende og avkrefte tanker og planer om selvmord, og motsette seg innleggelse. Behandler kan i disse tilfellene vurdere at det ikke er grunnlag for å legge pasienten inn på tvang.

Her kan pasientens pårørende være en svært viktig kilde til informasjon om pasienten og være nøkkelen til å fange opp alvorlige depressive og/eller psykotiske symptomer. Pårørende kan ha viktig informasjon om alvorlig funksjonsfall, radikale endringer eller om pasienten har overdrevne bekymringer som ikke er reelle. I flere varsler etter selvmord ser vi at pårørende aldri ble involvert eller at deres bekymring ikke ble tatt tilstrekkelig på alvor.

Våre erfaringer kan dessuten tyde på at farekriteriet for innleggelse på tvang blir brukt for sjelden, i tilfeller der pasienter med depresjon og høyt symptomtrykk motsetter seg behandling.

Når pasienten benekter selvmordstanker eller planer

I varsler om alvorlig deprimerte pasienter som har tatt livet sitt, oppgis det jevnlig at selvmordet kom overraskende på både behandlere og pårørende. Dette er en viktig påminnelse om at selvmord ikke kan forutsies sikkert på individnivå (19).

Det regnes som god praksis å rutinemessig spørre pasienten om selvmordstanker og -planer som en del av en helhetlig kartlegging, klinisk vurdering og behandling av pasienten.

I varslene etter selvmord ser vi regelmessig at pasienter med alvorlig depresjon har benektet selvmordstanker og -planer i sine siste kontakter med behandler før de tok livet sitt. I varslene ser vi også jevnlig at selvmordsfaren ble vurdert som «lav» på bakgrunn av at pasienten avkreftet tanker eller planer ved siste kontakt før selvmordet. Det understrekes gjerne at pasienten fremstod pålitelig i samtalen.

Sitater hentet fra varsler om selvmord:

Basert på våre erfaringer ønsker vi å bevisstgjøre helsepersonell om at deprimerte pasienters selvrapportering om fravær av selvmordstanker og -planer eller intensjon ikke må forstås som at selvmordsfaren er lav. Deprimerte

pasienters rapportering av selvmordstanker eller -planer, eller fravær av slike, er ikke en pålitelig kilde for risikovurdering av selvmordsfare (18).

Helsetilsynet vil understreke at alvorlig deprimerede pasienter som rapporterer om tanker med suicidal innhold selvfølgelig må tas på største alvor.

Men ved alvorlig depresjon vil det særlig være pasientens lidelsestrykk med symptomer som håpløshet, katastrofetanker, alvorlig angst og agitasjon som må vektlegges i vurdering av selvmordsfare.

Svingende symptomtrykk og tegn til bedring

Forløpet til en alvorlig depresjon kan være svingende. Det er derfor nødvendig å følge opp disse pasientene tett, med for eksempel verktøy som MADRS, for å fange opp endringer i pasientens tilstand. I en del av våre saker ser vi at slike målinger ikke har blitt gjort, noe som sammenfaller med funn i våre landsomfattende tilsyn (20). Pasienter innlegges på akuttpsykiatrisk avdeling på tvungen observasjon med alvorlige symptomer og høyt lidelsestrykk. Etter innleggelsen bedres tilstanden tilsynelatende raskt. Basert på pasientens midlertidige bedring overføres hen til åpen døgnetenhet etter ett til to døgn, og pasienten tar livet sitt kort tid etter, ofte under aleneutgang eller permisjon. Vi ser blant annet at en natts søvn under beskyttende rammer kan få pasienten til å fremstå i bedring, men at bedringen er kortvarig. På samme måte kan en pasient som har vært preget av høyt lidelsestrykk bli oppfattet som roligere og skrives ut, før de kort tid senere tar sitt eget liv.

Basert på våre erfaringer fra varselgjennomganger og tilsyn er det særlig disse faktorene som peker seg ut:

Læringspunkter

Det er et systemansvar å sikre rask og god tverrfaglig utredning og differensialdiagnostikk av pasienter med alvorlig depresjon. Dette gjelder på tvers av tjenestene og det må legges til rette for enkel samhandling og kommunikasjon mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

- Ledelse og fagansvarlige har ansvar for å følge med på kjent risiko i egen virksomhet. Pasienter med alvorlig depresjon utgjør en betydelig andel av pasienter som tar sitt eget liv, og kunnskap om tegn og symptomer på alvorlige tilstander bør være utgangspunktet for opplæring og simuleringstrening.
- Det forventes at pårørende involveres der det er behov og lar seg gjøre, og at deres bekymring tas med i vurderingen av pasientens tilstand.

- Ledelsen bør tilrettelegge for et miljø der det er lett å be om kollegastøtte, tverrfaglige og sekundær vurdering når man er usikker.
- Oppfølging og gjennomgang av avvik og alvorlige hendelser må gjøres med vekt på læring og ivaretagelse av involvert personell.

Når hendelsen har skjedd – hva skal til for å redusere risiko og forbedre tjenesten?

Fra årsaker til tiltak

I rapporten «*Pasientskader – fortsatt muligheter for læring og forbedring*» beskrev vi ulike faktorer som kan gjøre det vanskeligere å omsette erfaringer til læring i helsetjenesten (2). Faktorene vi beskrev handlet om grunnleggende risikoområder og kompleksiteten i helsetjenesten, og utfordringer med å lære på tvers av tjenestene. Helsetjenesten er et komplekst system med utallige ulike interaksjoner, både menneskelige og teknologiske. Når alvorlige pasienthendelser oppstår handler det ofte om svikt i disse komplekse interaksjonene. For å kunne lære, må hendelsen forstås i lys av denne kompleksiteten, og ikke som en isolert hendelse der et eller flere helsepersonell gjorde noe feil. Måten vi går inn i undersøkelsene av en alvorlig hendelse påvirker hva vi lærer. Å analysere en hendelse i etterkant når man vet hvordan det gikk, kan bidra til en overforenkling av årsakskjeden og øke faren for etterpåklokskap. En kompleks årsaksforståelse, i motsetning en lineær årsaksforståelse, vil analysere hendelsen i lys av det komplekse samspillet mellom menneskene og komponentene i systemet. Nyere forskning viser at virksomheter ofte selv opplever å ha hatt et systemperspektiv når de har gjennomgått alvorlige hendelser. I nesten halvparten av hendelsene ser de likevel at de beskrevne medvirkende faktorene handlet om helsepersonellens handlinger, atferd og kunnskap og ikke systemet (21).

I denne rapporten ønsker vi å rette oppmerksomheten mot det som gjøres i etterkant av alvorlige hendelser. For å redusere risikoen for pasientskader trenger vi å vite hva som er god praksis (faglig begrunnet intervensjon) og hvordan vi sikrer at alle ansatte følger den praksisen (kvalitetsforbedringstiltak). Det er særlig det siste, om forbedringstiltak, vi vil se nærmere på nå.

Utfordringen med for enkle tiltak

Når vi gjennomgår tiltakene som virksomhetene beskriver i sin oppfølging av alvorlige hendelser, ser vi at de ofte kan være overflatiske, uten at de tar tak i de grunnleggende årsakene til hendelsen. Typiske eksempler er tiltak som at «leder tar det opp med ansatte», «gjennomgå skriftlige prosedyrer» eller «informere ansatte».

Utfordringen med slike tiltak er at de gjerne er:

- Individrettet: Ansvar legges på enkeltpersoner fremfor å forstå systemets og de kollektive prosessenes betydning.

- Enveisrettet: Kommunikasjonen skjer som en beskjed, uten dialog og felles forståelse.
- Inaktive: Det er leder eller strukturer som «gjør noe», mens de som skal endre praksis forblir passive.
- Kortvarige: Tiltakene gir oppmerksomhet her og nå.

Denne type tiltak kan ha en viss verdi på kort sikt, men som eneste tiltak bidrar de sjelden til varige forbedringer. Grunnen til at slike tiltak velges antas å ligge i begrenset kunnskap og ferdigheter innen systematisk kvalitetsforbedring, men også i prioritering av ressurser. Tiltakene er lite ressurskrevende og de velges for å imøtekomme de mange forventningene og forbedringsmulighetene i virksomhetene.

Oppfølging etter en alvorlig hendelse er et av mange utgangspunkt for forbedring av ulike deler av helsetjenesten. Varslings- og rapporteringssystemet kan påvirke virksomhetenes valg av tiltak. Om tilsynsmyndighetenes oppfølging oppleves tidkrevende og lite nyttig i det risikoreduserende arbeidet, vil virksomhetene være tjent med en rask avslutning av oppfølgingen og derfor rapportere om tiltak som «pleier» å være tilstrekkelige. Videre ser vi at en alvorlig hendelse kan «forstyrre» allerede igangsatt forbedringsarbeid:

Helsetilsynet ble varslet om en alvorlig pasientskade i en kommune. Det stilles høye krav til både virksomhetene og tilsynsmyndighetene for å lykkes med endringer i det komplekse systemet som helsetjenesten er. Vi ser imidlertid en økt forståelse for kompleksiteten i å redusere risiko og hvordan man oppnår forbedring av tjenestene i oppfølgingen av alvorlige hendelser, hos både virksomhetene, tilsynsmyndighetene og øvrige myndigheter.

Kombinasjon av tiltak har bedre effekt

For å redusere pasientskader trengs både faglige og organisatoriske grep. Som nevnt innledningsvis må to hovedkomponenter spille sammen:

- Faglige intervensjoner – konkrete medisinske eller helsefaglige tiltak, som for eksempel fallforebygging, medikamentsamstemming eller sjekklister for trygg kirurgi.
- Forbedringstiltak – systematiske aktiviteter for å sikre at den nye praksisen tas i bruk. Eksempler kan være simuleringstrening, tverrfaglig refleksjon, måling av fremgang eller beskrivelser av ønsket praksis tilpasset lokale forhold.

Varige forbedringer avhenger av dette samspillet. Vi trenger kunnskap om effektive tiltak for å holde risikoen lav, og vi trenger kunnskap om hvordan vi skal sikre etterlevelse av disse. En intervensjon kan være godt begrunnet, men uten forbedringstiltak som skaper eierskap, engasjement og utholdenhet, skjer ikke endringen og man får ikke til varig endring. Varsler Helsetilsynet mottar, viser at flere pasientskader trolig kunne vært unngått om eksisterende faglige intervensjoner hadde vært tilstrekkelig implementert, men også at det er behov for nye faglige intervensjoner innen flere risikoområder.

Forskningen viser en stor bredde av ulike forbedringstiltak som benyttes. En omfattende gjennomgang publisert i *BMJ Quality & Safety* har klassifisert forbedringstiltak som ofte brukes i pasientsikkerhetsarbeid (22):

- **Opplæring** – kurs og mer passiv kunnskapsformidling.
- **Planlegging og forberedelse** – tilrettelegging og klargjøring i forkant.
- **Metodebasert tilnærming** – systematiske trinnvise modeller (som Plan-Do-Check-Act).
- **Måling og tilbakemelding** – innhenting og bruk av data.
- **Motivere og minne på** – handlinger for å engasjere og følge opp ansatte.
- **Ressursomfordeling** – flytting av personell, økonomiske eller tekniske ressurser.
- **Simulering og trening** – aktiv ferdighetsutvikling, ofte tverrfaglig.
- **Pasientinvolvering** – å engasjere pasienter og pårørende i forbedringsarbeidet.

Gjennomgangen viste at kombinasjoner av flere tiltak oftest benyttes, og at det er samspillet som bidrar til endring. Litteraturen gir ikke en entydig «oppskrift» på hva som virker best, men peker tydelig på at passive enkelttiltak alene sjelden har effekt, og at tiltak må tilpasses den lokale konteksten.

Helsetilsynets vurdering av ulike typer rapporterte tiltak

I etterkant av et varsel om alvorlig pasientskade rapporterer virksomheten til tilsynsmyndighetene om hvordan de vil jobbe med å redusere aktuell risiko og forbedre pasientsikkerheten. Basert på disse rapportene ser vi at tjenestene benytter en stor bredde av forbedringstiltak. Litt forenklet har vi delt de ulike tiltakene det rapporteres om i tre kategorier ut fra omfang og hva en kan forvente av effekt. Kategoriseringen er i tråd med hva oppdatert forskning viser (21):

1. Enkle tiltak med forventet liten effekt

Tiltak som fremstår som planer eller beslutninger, men som ikke er forankret i praksis og derfor ikke kan forventes å få reell betydning. Helsepersonell involveres lite og kjenner gjerne ikke til tiltakene. Tiltakene kan signalisere handling, men er ofte enkle, individrettede og lite ressurskrevende. Sammenhengen mellom tiltakene og reelle årsaker til hendelsen fremstår som svak. Denne type tiltak har klare fellestrekk med de forenklete tiltakene vi beskrev innledningsvis. I en nylig publisert studie undersøkte man et stort antall hendelsesgjennomganger og fant at enkle tiltak rettet mot individer for å endre helsepersonells beslutningstagning, atferd eller kunnskap, brukes i stor grad (21). Denne typen tiltak har forventet lav effekt og er lite bærekraftige på lang sikt.

På et sykehus, som ved tidligere tilsyn har rapportert om at de skal innføre "Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret tilstand"

2. Strategisk sammensatte tiltak med forventet middels effekt

Tiltakspakker utviklet med utgangspunkt i reelle risikoer og svakheter i tjenesten, planlagt for å støtte endringsprosesser og skape eierskap hos ansatte. De kombinerer ulike virkemidler og involverer de som faktisk skal utføre helsetjenesten. Denne typen tiltak har mindre fokus på individer og er ofte knyttet til endring av endringer i praksis, rutiner og gjeldende retningslinjer, som for eksempel standardisering av kommunikasjonsverktøy (21).

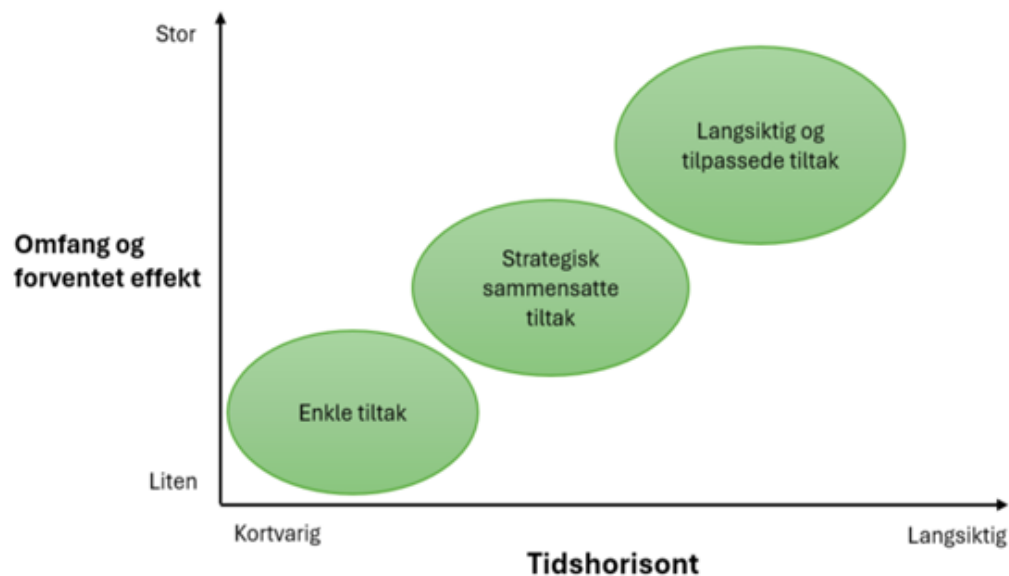
En bruker i kommunehelsetjenesten ble funnet død i hjemmet sitt.

3. Langsiktige og tilpassede tiltak med forventet god effekt

Tiltak som følges opp, evalueres og justeres over tid, og som retter seg mot både strukturer og kultur, med mål om å opprettholde effekter og skape varig forbedring. Samtidig er de ressurskrevende, og kan vanskelig gjennomføres på mange områder samtidig. Denne typen tiltak er lite avhengige av å endre individers atferd og handlinger, og vil på denne måten være mer effektive og bærekraftige (21).

En kommune analyserte en alvorlig hendelse knyttet til trygghetsalarm

De tre kategoriene av tiltak kan illustreres på denne måten:



Figur 4: Illustrasjon av de tre ulike typene tiltak mht. omfang av innsatsen, forventet effekt på pasientsikkerheten og tidshorisont. De enkle tiltakene krever lite ressurser, forventes å ha liten effekt og har et kortvarig perspektiv, mens «langsiktige og tilpassede tiltak» ligger i motsatt ende.

Etter vår vurdering er det særlig de to siste kategoriene, «strategisk sammensatte tiltak» og «langsiktige og tilpassede tiltak» som har potensial til å gi reell og varig forbedring, men de er også de mest ressurskrevende. Slike tiltak forutsetter kompetanse innen systematisk kvalitetsforbedring og prioritering av risikoområder.

Avsluttende refleksjon

Helsetilsynet har gjennom håndteringen av varslene og oppfølgingen av virksomhetenes arbeid i etterkant av alvorlige hendelser sett mange ulike måter å jobbe med læring og forbedring på. Vi ser at tiltak kan ha ulik funksjon og effekt, og at noen tiltak trolig har begrenset verdi alene. Samtidig finnes det gode eksempler på tiltak som er mer systemiske, involverende og med varighet over tid – og som derfor har større sannsynlighet for å bidra til tryggere tjenester.

Dette er vår forståelse og erfaring basert på det vi har sett i praksis gjennom vår oppfølging av varsler og gjennom forskningslitteraturen. Vi vet at det finnes andre perspektiver, og at konteksten alltid vil være avgjørende. Vi mener likevel at vår innsikt er viktig for tjenestene, og tilsynsmyndighetene bidrar med dette til å gjøre helsetjenestene tryggere. Det kan være nyttig for virksomheter å reflektere over egen praksis og vurdere hvordan de best kan bruke kunnskap fra varslene som utgangspunkt for læring og forbedring. Likeså er det viktig for tilsynsmyndighetene å reflektere over hvordan vi støtter opp om virksomhetenes

ansvar for eget lærings- og forbedringsarbeid. Vi som tilsynsmyndighet kan bidra med å formidle funn og erfaringer vi tilegner oss gjennom vår overordnede oversikt over alvorlige hendelser.

Referanser

1. Norway: Health System review, Health Systems in Transition, Vol. 22 No. 1 2020, European Observatory on Health Systems and Policies.
2. Pasientskader – fortsatt muligheter for læring og forbedring. Innsikter fra varsler om alvorlige hendelser 2020-2024. Rapport fra Helsetilsynet 2/2025. Oslo: Statens helsetilsyn, 2025.
3. Varsel om svært alvorlig hendelse i helse- og omsorgstjenesten. [nettdokument]. Oslo: helsetilsynet.no [oppdatert 2024; lest 1. oktober 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/varsel-om-alvorlige-hendelser/oversikt/>
4. LOV-2025-06-20-74. Lov om endringer i helsetilsynsloven mv. (ny meldeordning for alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten).
5. Newman C, Mulrine S, Brittain K, Dawson P, Mason C et al. Care Home Safety Incidents and Safeguarding Reports Relating to Hospital to Care Home Transitions: A Retrospective Content Analysis. J Patient Saf. 2024;20(7):478-89.
6. Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen. Dokument 3:5 (2018–2019). Oslo: Riksrevisjonen, 2018.
7. Landsomfattende tilsyn med bruk av medisindispensere hos hjemmeboende eldre. Oslo, Statens helsetilsyn, 2025. Oppsummeringsrapport kommer: <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/landsomfattende-tilsyn/landsomfattende-tilsyn-helse-og-omsorgstjenester/2024-bruk-av-medisindispenser-hos-heimebuande-eldre/>
8. Taylor MJ, McNicholas C, Nicolay C et al. Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare. BMJ Qual Saf. 2014;23(4):290-8.
9. Anrop og svartid - Akuttmedisinske kommunikasjonssentraler. Helsedirektoratet. [nettdokument]. Oslo: helsedirektoratet.no [oppdatert 2024; lest 1. oktober 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/amk-anrop-og-svartid>
10. FOR-2025-04-04-599. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften).
11. Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand. Nasjonale faglige råd. Oslo: Helsedirektoratet, 2020.
12. El-Shafy IA, Delgado J, Akerman M et al. Closed-Loop Communication Improves Task Completion in Pediatric Trauma Resuscitation. J Surg Educ. 2018;75(1):58-64.
13. Pocket Guide: TeamSTEPPS 2014 Publication Number: 14-0001-2.
14. Ness E, Skotte JR, Christensen TB, Andresen JF. Can we save more lives? Tidsskr Nor Laegeforen. 2020;140(8).
15. Pasienter med depresjon – bedre diagnostikk gir bedre behandling og reduserer risiko for selvmord. Oppsummering av landsomfattende tilsyn 2023/2024 med selvmordsforebygging i psykisk helsevern for voksne. Rapport fra Helsetilsynet 3/2025. Oslo: Statens helsetilsyn, 2025.

16. Psykisk helsevern for voksne. Prioriteringsveileder. Oslo: Helsedirektoratet, 2024.
17. Yang F, Wangen KR, Victor M et al. Referral assessment and patient waiting time decisions in specialized mental healthcare: an exploratory study of early routine collection of PROM (LOVePROM). BMC Health Serv Res. 2022;22(1):1553.
18. Busch KA, Fawcett J, Jacobs DG. Clinical correlates of inpatient suicide. J Clin Psychiatry. 2003;64(1):14-9.
19. Large M, Myles N, Myles H et al. Suicide risk assessment among psychiatric inpatients: a systematic review and meta-analysis of high-risk categories. Psychol Med. 2018;48(7):1119-27.
20. Pasienter med depresjon – bedre diagnostikk gir bedre behandling og reduserer risiko for selvmord. Oppsummering av landsomfattende tilsyn 2023/2024 med selvmordsforebygging i psykisk helsevern for voksne. Rapport fra Helsetilsynet 3/2025. Oslo: Statens helsetilsyn, 2025.
21. Bowditch L, Molloy C, King B et al. Do patient safety incident investigations align with systems thinking? An analysis of contributing factors and recommendations. BMJ Qual Saf. Published Online First: 12 September 2025. doi: 10.1136/bmjqs-2025-019063
22. Ohlsen JT, Softeland E, Akselsen PE et al. Rapid response systems, antibiotic stewardship and medication reconciliation: a scoping review on implementation factors, activities and outcomes. BMJ Qual Saf. 2025;34(4):257-68.