

# Guide for læring og forbedring etter alvorlige hendelser og veiledning for arbeid med forbedringsrapport

---

Først publisert: 11. juni 2026

Siste faglige endring: 11. juni 2026

# Innhold

|                                                                                                               |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. <u>Bakgrunn</u> .....                                                                                      | 3  |
| 2. <u>Leseveiledning</u> .....                                                                                | 8  |
| 3. <u>Grunnleggende forutsetninger for pasient- og brukersikkerhet</u> .                                      | 9  |
| 4. <u>Ivaretagelse av pasient, bruker, pårørende og medarbeidere</u> ...                                      | 18 |
| 5. <u>Gjennomgang av alvorlige hendelser</u> .....                                                            | 22 |
| 6. <u>Tiltak for å forebygge lignende hendelser og sikre varig forbedring</u> .....                           | 32 |
| 7. <u>Refleksjonsspørsmål for kvalitet, læring og forbedring ved gjennomgang av alvorlige hendelser</u> ..... | 35 |
| 8. <u>Forbedringsrapport etter alvorlige hendelser</u> .....                                                  | 37 |
| 9. <u>Metode og prosess</u> .....                                                                             | 40 |

---

# Bakgrunn

*For å sikre at guiden er tilpasset virksomhetenes behov, vil Helsedirektoratet innhente innspill etter at loven trer i kraft 1. juli 2026. Erfaringene som samles inn, vil bli brukt til å videreutvikle og forbedre guiden. Gi dine innspill via skjemaet nedenfor.*

[Fyll ut skjema](#)

## Systematisk arbeid for pasient- og brukersikkerhet

### Ledelse og kvalitetsforbedring

Helse- og omsorgstjenester er komplekse og innebærer en iboende risiko for pasientskade, også i en moderne og faglig sterk helse- og omsorgstjeneste. Selv om all risiko ikke kan elimineres, viser forskning og erfaring at mange skader kan forebygges, og at det finnes et betydelig potensial for læring og forbedring i alle deler av tjenesten [1].

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene \(lovdata.no\)](#) tydeliggjør leders ansvar for å sikre at virksomhetene har styringssystemer som ivaretar krav til pasient- og brukersikkerhet og kvalitet på alle nivåer. I [veileder til forskriften](#) beskrives tjenester av god kvalitet som virkningsfulle, trygge og sikre, brukerorienterte, samordnede og preget av kontinuitet, ressursutnyttende samt tilgjengelige og rettferdig fordelt (Helsedirektoratet, 2018).

Gjennom Nasjonalt faglig rammeverk for bedre pasient- og brukersikkerhet [2] legger regjeringen til grunn et systematisk arbeid med pasient- og brukersikkerhet, med mål om

1. færre pasientskader
2. systematisk læring og forbedring – helse- og omsorgstjenestene har gode systemer for oppfølging og læring av uønskede hendelser og av god praksis
3. trygt å melde – det oppleves trygt for ansatte i helse- og omsorgstjenesten å melde om både uønskede hendelser og forbedringspunkter

For å nå disse målene må ledere på alle nivåer ha oversikt over risiko og uønskede hendelser, og sikre systematisk oppfølging av hendelsene som gir reell forbedring. Dette forutsetter åpenhet og trygghet der medarbeidere har tillit til at det er trygt å melde fra.

### Guidens formål

Denne guiden er ikke normerende. Formålet med den er å støtte virksomhetenes arbeid med læring og forbedring etter alvorlige hendelser samt å gi veiledning om utarbeidelse av forbedringsrapporter. Tilnærmingen til gjennomgang av hendelsen og utforming av forbedringsrapporten varierer etter type hendelse. Guiden vil suppleres med flere praktiske verktøy og maler for metodestøtte.

# Meldeordning ved alvorlige hendelser

Meldeordningen tydeliggjør virksomhetenes ansvar for å følge opp alvorlige hendelser som en del av det lovpålagte ansvaret de har for et systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Meldeordningen støtter og bygger opp under den plikten virksomhetene allerede har til å følge opp alvorlige hendelser og involvere pasienter, brukere og pårørende.

Formålet med den nye meldeordningen er å styrke pasient- og brukersikkerheten, og særlig å styrke arbeidet med læring og forbedring i helsetjenesten for å kunne unngå lignende alvorlige hendelser i fremtiden. Ordningen skal også styrke befolkningens tillit til virksomhetenes egen evne og vilje til å følge opp alvorlige hendelser på en tilstrekkelig god måte ([Nytt meldeordning for alvorlige hendelser](https://helsetilsynet.no)) ([helsetilsynet.no](https://helsetilsynet.no))

Hendelser som skal meldes er dødsfall eller svært alvorlig skade på pasient eller bruker som har sammenheng med helsehjelpen, eller der en pasient/bruker skader en annen, og utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko. Alle virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester har meldeplikt og meldinger sendes via portalen på melde.no snarest mulig og senest innen fem virkedager.

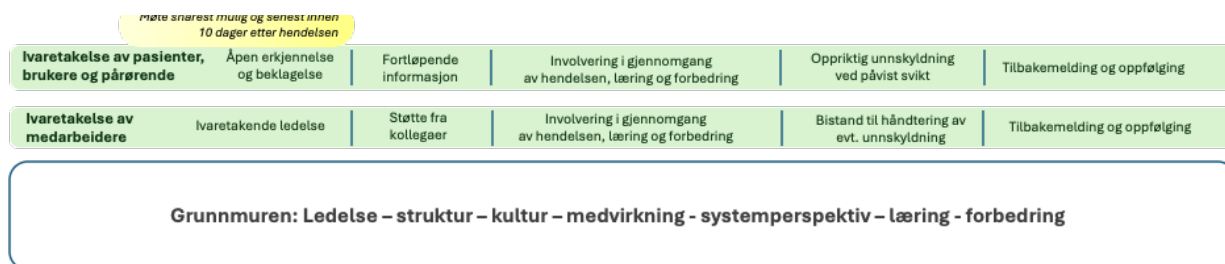
Denne meldingen går til statsforvalteren og Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom), med kopi til Helsetilsynet. Virksomhetene har plikt til å tilby pasienter, brukere og pårørende et møte så snart som mulig og senest innen ti dager etter hendelsen. Formålet med møtet er å utveksle informasjon knyttet til hendelsen og å avklare pasientens eller brukerens behov for videre oppfølging. Innen tre måneder etter at hendelsen er meldt skal virksomheten sende en forbedringsrapport til statsforvalteren. Forbedringsrapporten skal blant annet inneholde

- gjennomgang av hendelsen og mulige årsaker
- hvilke tiltak virksomheten skal gjøre for at lignende hendelser ikke skal skje igjen
- hvordan pasienten, brukeren, nærmeste pårørende og berørt helsepersonell er fulgt opp og involvert i forbedringsarbeidet

Plikten til å utarbeide og sende forbedringsrapport er et sentralt element i meldeordningen og har som overordnet formål å styrke læring og forbedring i helse- og omsorgstjenesten. Forbedringsrapporten har ikke krav til bestemt form eller innhold, omfang skal tilpasses hendelsens karakter og virksomhetens størrelse og dokumentasjon og utforming kan variere etter type hendelse. Se kapittel 8 for beskrivelse av praktiske forhold rundt forbedringsrapport etter alvorlige hendelser.

## Illustrasjon av prosessen fra melding av alvorlig hendelsen til læring og forbedring





[Direktelenke: Illustrasjon av hvordan alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten meldes, gjennomgås og følges opp med tiltak, for å oppnå læring og forbedring.](#)

For ytterligere informasjon om meldeordningen, se

- [Ny meldeordning for alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten planlegges innført fra 1. juli 2026 \(helsetilsynet.no\)](#)
- [Prop. 121 L \(2024–2025\) Endringer i helsetilsynsloven mv. \(ny meldeordning for alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten\) \(regjeringen.no\).](#)

[1] [Pasientskader – fortsatt muligheter for læring og forbedring \(helsetilsynet.no\)](#)

[2] [Meld. St. 9 \(2023 – 2024\) Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 \(regjeringen.no\)](#)

## Formål med utarbeidelse av forbedringsrapport

Arbeidet med forbedringsrapporten bidrar til:

**Systematisk gjennomgang av alvorlige hendelser:** Forbedringsrapporten beskriver en strukturert gjennomgang av hendelsen, hva som faktisk skjedde og hvilke forhold som kan ha bidratt til hendelsen. Dette bidrar til økt forståelse av risiko i virksomheten.

**Læring og forbedring i virksomheten:** Forbedringsrapporten beskriver hvilke tiltak virksomheten har iverksatt/vil iverksette for å forebygge at lignende hendelser skjer igjen, og støtter det interne kvalitets- og forbedringsarbeidet.

**Oppfølging og involvering av berørte:** Forbedringsrapporten viser hvordan pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere er fulgt opp og involvert. Ivaretagelse av de berørte er viktig i seg selv, og bidrar også til åpenhet, tillit og bedre forståelse av hendelsen.

**Grunnlag for veiledning og oppfølging fra statsforvalteren:** Forbedringsrapportene gir statsforvalteren innsikt i virksomhetenes arbeid, danner grunnlag for veiledning og oppfølging, og inngår i vurderingen av om og hvordan en alvorlig hendelse skal følges opp med tilsyn, jf. helsetilsynsloven § 1.

**Nasjonal læring og identifisering av risikoområder:** Forbedringsrapportene vil inngå i Helsetilsynets nasjonale kunnskapsarbeid, der informasjon systematiseres, risikoområder identifiseres og forbedringsarbeid på tvers av helse- og omsorgstjenestene styrkes.

[Meld. St. 9 \(2023–2024\) Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 \(regjeringen.no\)](#)

[Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#)

# Begrepsdefinisjoner og lovfortolkning

**Alvorlig hendelse:** «Alvorlige hendelser» benyttes som samlebetegnelse på «dødsfall eller svært alvorlig skade på pasient eller bruker som følge av tjenesteytelsen eller ved at en pasient eller bruker skader en annen».

Dødsfallsbegrepet er selvforklarende, hvorvidt en skade oppfyller lovens krav til «svært alvorlig skade» beror på en konkret vurdering av pasientens tilstand. Skaden må være av en slik karakter at den vil få vesentlige konsekvenser for pasientens eller brukerens sykdomsforløp eller livsutfoldelse, ved at den medfører betydelig økt utrednings- eller behandlingsbehov, eller langvarig eller varig funksjonstap eller lidelse.

Meldeplikten omfatter ikke hendelser som kunne ha ført til, men ikke førte til, svært alvorlig skade (såkalte nesten-alvorlige hendelser eller alvorlige nesten-hendelser).

**Påregnelig risiko:** Behandling av sykdom vil som oftest innebære en viss risiko, og risikoen vil variere. Hvilken risiko som er påregnelig ved ulike typer helse- og omsorgstjenester og pasientforløp er i utgangspunktet en medisinskfaglig vurdering. Som eksempel kan det ved noen operasjoner være en viss risiko for blodpropp til tross for at alle forhåndsregler er tatt. Dersom en pasient får blodpropp, kan dette føre til et alvorlig utfall, men hendelsen er ikke nødvendigvis uventet ut fra påregnelig risiko.

Ifølge forarbeidene til helsetilsynsloven skal det ved vurderingen av om hendelsen er varslingspliktig, legges vekt på om hendelsen kan skyldes feil, forsømmelser eller uhell på system eller individnivå, om det er uklart hva som har skjedd, og om saken fremstår som kompleks [\[1\]](#).

**Pasientskade:** Pasientskade er utilsiktet skade som har oppstått som et resultat av behandling eller tjenester eller som tjenesten har bidratt til, som krever ytterligere overvåking, behandling eller sykehusinnleggelse, eller som har dødelig utgang[\[2\]](#).

**Uønsket hendelse:** Uønsket hendelse er et videre begrep enn alvorlig hendelse og omfatter alle hendelser som man ikke ønsker skal skje igjen. For å skille uønsket hendelse fra alvorlig hendelse, er det slik at uønskede hendelser er uavhengig av utfall. Det inkluderer både alvorlige hendelser, nesten-alvorlige hendelser, nesten-hendelser, bagatellmessige hendelser, hendelser uten alvorlig skade osv.[\[3\]](#)

**Pasient- og brukersikkerhet:** Pasient og brukersikkerhet er vern mot unødig skade som følge av helse- og omsorgstjenestens ytelser eller mangel på ytelser[\[4\]](#).

Verdens helseorganisasjon (WHO) beskriver pasient- og brukersikkerhet som et rammeverk av organiserte aktiviteter for å tilrettelegge for kultur, prosesser, prosedyrer, atferd, teknologier og miljøer i helsetjenesten som reduserer risikoen for skade, eller som reduserer konsekvensen av skaden dersom den oppstår[\[5\]](#).

**Gjennomgang av en alvorlig hendelse:** Gjennomgang av en alvorlig hendelse innebærer at virksomheten i samarbeid med involverte medarbeidere, pasienter, brukere og pårørende beskriver hva som skjedde og analyserer medvirkende årsaker til hendelsen, hvem som ble berørt og hvilke konsekvenser hendelsen fikk. Virksomheten skal identifisere forbedringsmuligheter og sette inn tiltak som forebygger at lignende hendelser skjer igjen. Det kan benyttes ulike metoder for gjennomgang av hendelsen.

**Forbedringsrapport etter alvorlige hendelser:** Forbedringsrapporten er en redegjørelse fra virksomheten som inneholder en gjennomgang av den alvorlige hendelsen, og mulige årsaker til den, hvilke tiltak virksomheten vil iverksette for at lignende hendelser ikke skal skje igjen og hvordan pasienten,

brukeren eller pårørende og involverte medarbeidere er fulgt opp og involvert i forbedringsarbeidet. Forbedringsrapporten tilpasses hendelsens alvorlighetsgrad og kompleksitet.

**Ansvar for styringssystem:** Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten, det vil si øverste leder, har også det overordnede ansvaret for styringssystemet. Med styringssystem menes den del av virksomhetens styring som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen.

I spesialisthelsetjenesten har daglig leder for det enkelte regionale helseforetak og helseforetak det overordnede ansvaret innenfor sitt foretaks ansvarsområde. I kommunen er det administrasjonssjefen som har det overordnede ansvaret for styringssystemet. Private virksomheter som tilbyr helse- og omsorgstjenester er selvstendige rettssubjekter, og den ansvarlige for virksomheten har det overordnede ansvaret for styringssystemet. Dette gjelder uavhengig av om den private virksomheten yter helse- og omsorgstjenester etter avtale med kommunen eller helseforetakene[6].

[1] [Prop. 121 L \(2024 – 2025\) Endringer i helsetilsynsloven mv. \(ny meldeordning for alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten \(regjeringen.no\)\)](#)

[2] [Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#)

[3] [Fra varsel til læring og forbedring. Rapport fra utvalg oppnevnt for å vurdere varselordningene til Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten \(regjeringen.no\)](#)

[4] [Meld. St. 9 \(2023 – 2024\) Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027\(regjeringen.no\)](#)

[5] [Global Patient Safety Action Plan 2021-2030 \(who.int\)](#)

[6] [Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#)

---

# Leseveiledning

## Bruk av guiden

Guide for læring og forbedring etter alvorlige hendelser og veiledning for arbeid med forbedringsrapport er ikke normerende. Den er utviklet for å støtte virksomheter i helse- og omsorgstjenesten i arbeidet med læring og forbedring etter alvorlige hendelser. Guiden er todelt: Den gir både veiledning om hvordan virksomheter kan oppfylle lovkravet til rapportering, og den gir mer utdypende støtte til systematisk lærings- og forbedringsarbeid utover det formelle minimumskravet.

Guiden kan leses i sin helhet, men kapitlene er også utformet slik at de kan brukes enkeltvis.

Gjennom innsiktsarbeidet i utvikling av denne guiden kom det tydelig frem at det er stor variasjon i hvordan ulike virksomheter arbeider med læring og forbedring etter alvorlige hendelser. Mange har allerede etablert god praksis, mens andre trenger å forbedre rutinene sine. Enkelte har behov for mer omfattende endringer for å oppfylle lovkravene. Virksomhetene kan dermed bruke de delene av guiden som er mest relevante for dem, ut fra egne behov og hvor langt de har kommet i arbeidet med oppfølging etter alvorlige hendelser.

## Oppbygning av guiden

Kapittel 3 handler om grunnleggende forutsetninger for pasient- og brukersikkerhet, som ledelse, struktur og kultur, medvirkning, systemforståelse og læring og forbedring.

Kapittel 4 beskriver fremgangsmåte for ivaretagelse av pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere.

Punktet om involvering er her lagt til kapittel 5 for å gi en helhetlig fremstilling av gjennomgangen av alvorlige hendelser.

Kapittel 5 beskriver prinsipper for gjennomgang av alvorlige hendelser for å avklare hva som skjedde, hvorfor det skjedde og hvilke tiltak som kan forebygge lignende hendelser.

Kapittel 6 beskriver hvordan læring omsettes til konkrete og varige forbedringer gjennom gjennomføring av besluttede tiltak. Forbedringene integreres i ordinære arbeidsprosesser og rutiner, og det gis eksempler på hvordan læring kan deles internt og på tvers av virksomheter.

Kapittel 7 inneholder refleksjonsspørsmål som virksomhetene kan benytte for å bidra til læring og forbedring etter en alvorlig hendelse.

Kapittel 8 beskriver praktiske forhold rundt forbedringsrapport etter alvorlige hendelser som virksomheten skal sende til statsforvalteren innen 3 måneder etter at hendelsen er meldt.

Kapittel 9 beskriver metode og prosess som er benyttet for utarbeidelse av denne guiden.

---

# Grunnleggende forutsetninger for pasient- og brukersikkerhet

## Hovedbudskap oppsummert

- Pasient- og brukersikkerhet er avhengig av at ledere på alle nivå bygger og vedlikeholder både en robust struktur for å forebygge, avdekke og lære av uønskede hendelser og en kultur for psykologisk trygghet, åpenhet og læring i virksomheten.
- Ivaretagende ledelse er helt grunnleggende når det skjer alvorlige hendelser.
- Involvering av pasienter, brukere og pårørende og bruk av deres erfaringer inngår som en del av arbeidet med bedre pasient- og brukersikkerhet.
- Hvordan vi forstår årsaker til alvorlige hendelser avgjør hva vi lærer, og hvilke forbedringstiltak vi foreslår. For å oppnå reell læring og varig forbedring må hendelser analyseres med et systemperspektiv.
- Læring fra uønskede hendelser forutsetter analyse og omsetting av innsikt til konkrete forbedringstiltak. Dette krever en systematisk prosess med involvering, kompetanse, ledelsesforankring og oppfølging.

## Ledelse, struktur og kultur

Ledelse er en av faktorene som tydeligst viser sammenhengen mellom hvordan pasient- og brukersikkerhetsarbeid prioriteres og hvilken struktur og kultur som finnes for dette arbeidet i en organisasjon[1]. God ledelse er avgjørende for å lykkes i arbeidet med en god, trygg og kunnskapsbasert helse og omsorgstjeneste.

Ledelsen har ansvaret for å organisere og planlegge virksomheten slik at medarbeiderne blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter[2]. Gjennom etablering av strategier, systemer, rutiner, tydelig ansvarsfordeling og tilrettelegging for kompetanseutvikling, legger ledelsen de strukturelle rammene for arbeidet. Samtidig påvirker lederes prioriteringer, kommunikasjon og håndtering av uønskede hendelser organisasjonens felles verdier og holdninger til risiko, åpenhet og læring. Når struktur og kultur understøtter hverandre, skapes det grunnlag for psykologisk trygghet, systematisk læring og reell forbedring av pasient- og brukersikkerheten.

## Struktur

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten \(lovdata.no\)](https://lovdata.no) er et sentralt grunnlag for det systematiske arbeidet med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheter på ulike nivå i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, spesialisthelsetjenesten og private virksomheter som tilbyr helse- og omsorgstjenester.

Forskriften stiller krav om at virksomhetene etablerer og videreutvikler styringssystemer som sikrer faglig forsvarlige tjenester, forebygge svikt og legge til rette for kontinuerlig forbedring. Systemet har fire hovedområder:

1. **Plikten til å planlegge** det systematiske arbeidet med pasient- og brukersikkerhet, for eksempel ved å ha oversikt over områder med risiko for svikt, hvordan denne risikoen kan minimaliseres og ha oversikt over kompetanse og behov for opplæring.
2. **Plikten til å gjennomføre** det systematiske arbeidet med pasient- og brukersikkerhet, for eksempel ved å iverksette tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge svikt og ved å involvere medarbeidere, pasienter, brukere og pårørende i dette arbeidet.
3. **Plikten til å evaluere** det systematiske arbeidet med pasient- og brukersikkerhet, for eksempel ved å vurdere effekt av gjennomføring av tiltak, evaluere iverksatte tiltak og gjennomgå uønskede hendelser
4. **Plikten til å korrigere** virksomhetens aktiviteter i henhold til det systematiske arbeidet med pasient- og brukersikkerhet, for eksempel ved å rette opp uforvarlige forhold og forbedre nødvendige prosedyrer, rutiner og andre tiltak for å hindre at svikt kan skje igjen.

Kravene utdypes i [Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring](#) (Helsedirektoratet, 2018) sammen med eksempler på relevante interne dokumenter og aktiviteter som kan inngå innenfor hovedområdene. I pasient- og brukersikkerhetsarbeidet viser struktur til de formelle rammene som skal sikre at arbeidet er planlagt, systematisk og forankret i virksomheten. I denne sammenheng omfatter dette blant annet rutiner for

- ansvars- og myndighetsfordeling
- identifisering og håndtering av risiko
- melding, saksbehandling og læring av uønskede hendelser, inkludert metode(r) for gjennomgang av alvorlige hendelser
- ivaretagelse av pasienter, brukere og pårørende etter uønskede hendelser
- ivaretagelse av medarbeidere etter uønskede hendelser
- oppfølging av uønskede hendelser som går på tvers innad eller på tvers av virksomheter
- håndtering av media

I tillegg omfatter styringssystemet systematisk involvering av pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere. Slik medvirkning bidrar til et bredere kunnskapsgrunnlag, styrker læringen og er en forutsetning for å utvikle en kultur preget av åpenhet, trygghet og kontinuerlig forbedring.

Slike strukturer sikrer at pasient- og brukersikkerhet ivaretas i den daglige driften, og ikke først aktualiseres når en uønsket hendelse har skjedd. Uten tydelige og fungerende strukturer blir arbeidet mer personavhengig, fragmentert og sårbart, og mindre egnet til å gi varig forbedring av pasient- og brukersikkerheten.

## Kultur

Struktur, systemer og rutiner er nødvendig, men ikke tilstrekkelig, for å oppnå god pasient- og brukersikkerhet. Om og hvordan dette blir praktisert, og hvordan pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere opplever å bli møtt, er avhengig av kultur. Kulturen på en arbeidsplass har stor betydning for både kvalitet og pasient- og brukersikkerhet på den ene siden, og for medarbeidernes helse og engasjement på den andre.

Ledere på alle nivå spiller en helt sentral rolle som kulturbærere. De er forbilder og preger kulturen gjennom sin posisjon. Hvordan leder snakker om uønskede hendelser og hvordan uønskede hendelser følges opp, har betydning for utvikling av meldekulturen. I tillegg til de formelle lederne, har de erfarne medarbeiderne og nestorene i faget, og de med tillitsverv, en viktig rolle som kulturledere. Medarbeidere har et medansvar for å bidra til et godt arbeidsmiljø og ønsket kultur. Se [Kultur for psykologisk trygghet, åpenhet og læring](#) i Helsedirektoratets guide for ivaretagelse (2024) som beskriver kulturledelse og hvordan arbeide med kulturutvikling.

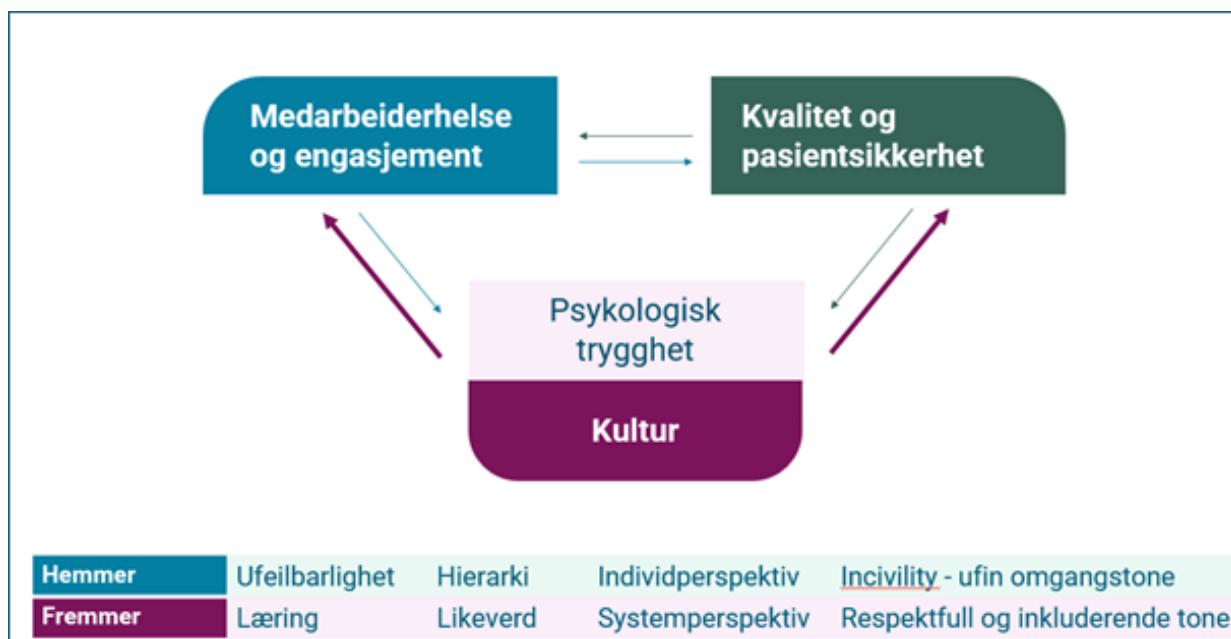
En god pasientsikkerhetskultur kjennetegnes av åpenhet, læring og psykologisk trygghet.

Psykologisk trygghet er en av de viktigste forutsetningene for både kvalitet, pasientsikkerhet og et bærekraftig arbeidsmiljø. Psykologisk trygghet er nært beslektet med et godt ytringsklima, og innebærer at medarbeidere kan si ifra, melde om uønskede hendelser, stille spørsmål, dele bekymringer og innrømme feil uten frykt for negative reaksjoner eller sanksjoner. Når ansatte opplever psykologisk trygghet, øker sannsynligheten for at uønskede hendelser blir meldt og for gode betingelser for læring og forbedring.

Det er mange forhold som kan hemme psykologisk trygghet

- forventninger om ufeilbarlighet
- hierarki
- fokus på individ og ikke system
- ufin kommunikasjon

For å motvirke disse hindringene er det nødvendig å ha et lærings- og systemperspektiv på uønskede hendelser og å jobbe for likeverdige, respektfulle og inkluderende miljøer.



Figur 1 Kultur og psykologisk trygghet

Figuren viser sammenhengen mellom kultur og medarbeidernes helse, engasjement og trivsel på den ene siden, og kvalitet og pasientsikkerhet på den andre, der psykologisk trygghet er en sentral del av kulturen, og hvor faktorene som hemmer og fremmer psykologisk trygghet - omtalt i teksten - blir fremhevet.

## Ivaretakende ledelse

Ledelse innebærer å lage gode strukturer, som nevnt over, og det er også nødvendig å jobbe med endring og utvikling, for eksempel kulturutvikling. Men den menneskelige faktoren må også understrekes. I kritiske, følelsesladede situasjoner som alvorlige uønskede hendelser er, er dette spesielt viktig. Støtte fra leder etter uønskede hendelser er helt vesentlig. Perspektivet ivaretakende ledelse som beskrevet i [Guide for ivaretakelse](#) (Helsedirektoratet, 2024) kan bidra med nyttig innsikt.

Ivaretakende ledelse innebærer å være var for andres lidelser, og gjøre en innsats for å lindre og forhindre. Det kan deles i fire kjerneelementer[3]:

- oppmerksomhet - å vie oppmerksomhet til de involverte menneskene og situasjonen de står i
- forståelse - å utforske og forstå situasjonen ut fra deres perspektiv
- empati - å vise medfølelse og ta på alvor vanskelighetene de opplever
- handling - å handle klokt og omtenkstomt

De involverte må være trygge på at de blir behandlet på en rettferdig og ivaretakende måte når det går galt. Også ledere med ansvar for oppfølging av uønskede hendelser, trenger ivaretakende ledelse av sine overordnede.

[1] Karina Aase Pasientsikkerhet, Universitetsforlaget 2022

[2] [Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#)

[3] West M. Compassionate Leadership: Sustaining wisdom, humanity and presence in health and social care': Swirling Leaf Press; 2021):

## Medvirkning fra pasienter, brukere og pårørende

WHO løfter samarbeid med pasienter, brukere og pårørende som det kanskje mest kraftfulle virkemiddelet for å gjøre tjenestene sikre og trygge. Pasient-, bruker- og pårørendemedvirkning er en grunnleggende forutsetning for kvalitet, pasient- og brukersikkerhet, samt læring og forbedring etter alvorlige hendelser. Gjennom involvering av pasienter, brukere og pårørende, samt systematisk bruk av deres erfaringer i virksomhetens kvalitetsarbeid, styrkes forståelsen av hvordan hendelser oppleves, hvilke risikofaktorer som foreligger, og hvordan tjenester kan forbedres. Medvirkning bidrar både til ivaretagelse og tillit i oppfølgingen av den enkelte hendelse, og til varig læring og forbedring når erfaringene brukes videre i tjeneste- og systemutvikling[1] [2].

Pasient-, bruker- og pårørendemedvirkning på tjeneste- og systemnivå innebærer at pasienter, brukere og pårørende deltar som likeverdige samarbeidspartnere i utvikling, gjennomføring og evaluering av helse- og omsorgstjenester. Ifølge [Helsedirektoratets nasjonale faglige råd for bruker- og pårørendemedvirkning i rus- og psykisk helsefeltet](#), bør tjenestene sikre systematisk samarbeid med pasient-, bruker- og pårørendeorganisasjoner, og medvirkning er både en plikt og et virkemiddel for å utvikle mer treffsikre og effektive tjenester. [Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#) presiserer at medvirkning skal inngå i alle faser av styringssystemet, og at erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende skal brukes aktivt til læring og forbedring i tjenestene.

Føringene i [Meld. St. 9 Nasjonal helse- og samhandlingsplan – Vår felles helsetjeneste \(regjeringen.no\)](#), understreker at helse- og omsorgstjenestene skal utvikles med utgangspunkt i pasientenes og brukernes behov, med mål om å tilby gode, trygge og likeverdige tjenester i hele landet. Samlet innebærer dette at pasient-, bruker- og pårørendemedvirkning på tjeneste- og systemnivå er både en lovpålagt plikt og en sentral forutsetning for å utvikle tjenester med høy kvalitet, relevans og tillit.

[1] [Meld. St. 9 \(2023 – 2024\) Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027\(regjeringen.no\)](#)

[2] [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten \(lovdata.no\)](#)

## Årsaksmodeller og systemperspektiv

# Årsaksmodellene

Når vi skal forstå hva som har bidratt til en alvorlig hendelse, har hvordan vi tenker om årsaker stor betydning. Årsaksmodellene styrer hvilke spørsmål vi stiller, hvilke forklaringer vi identifiserer og hvilke tiltak vi foreslår. Ulike modeller gir ulike perspektiver på hvorfor en hendelse skjer, og dermed også ulike forutsetninger for læring og forbedring.

Modellene kan grovt deles i tre hovedtyper, som gir ulike forklaringer og legger føringer for hvilke tiltak som foreslås [1]:

- Enkle, lineære modeller beskriver hendelser som en direkte årsak–virkning-kjede. De setter ofte søkelys på det tekniske systemet eller på menneskelige feil nært hendelsen, og søker å identifisere én hovedårsak, gjerne kalt rotårsak, som kan fjernes eller korrigeres.
- Komplekse, lineære modeller ser hendelser som et resultat av flere medvirkende faktorer over tid. De favner organisatoriske forhold og skiller mellom aktive feil og bakenforliggende, latente forhold i systemet.
- Komplekse, ikke-lineære modeller søker innsikt i det interaktive systemet. De tar utgangspunkt i at helse- og omsorgstjenesten er kompleks og dynamisk, og utforsker hvordan mennesker, teknologi og organisasjoner kontinuerlig påvirker hverandre og tilpasser seg under varierende og ofte høy risiko.

I denne guiden legges det hovedsakelig til grunn komplekse, ikke-lineære årsaksmodeller, fordi de gir best forutsetninger for å forstå alvorlige hendelser i en kompleks og risikoutsatt helse- og omsorgstjeneste. Dette gir innsikt i hvordan hendelser kan forstås og danner grunnlaget for et systemperspektiv for systematisk læring og forbedring etter en alvorlig hendelse.

## Hva betyr systemperspektiv?

Et systemperspektiv innebærer å forstå alvorlige hendelser som et resultat av hvordan systemet virker. Å innta et systemperspektiv betyr å utforske hvordan ulike deler av tjenesten virker sammen og påvirker hverandre[2]. I helse- og omsorgstjenesten omfatter dette blant annet å se på samspillet mellom

- mennesker
- verktøy og teknologi
- oppgaver
- organisering og organisasjon
- fysiske omgivelser
- ytre rammebetingelser

Eksempler på disse faktorene kommer frem i kapittel 5.5.

Systemperspektivet bygger på forståelsen av at helse- og omsorgstjenesten er et komplekst og dynamisk system, der de som jobber der kontinuerlig tilpasser seg varierende situasjoner. Det som i ettertid kan fremstå som en feil, til og med en menneskelig feil, kan i øyeblikket ha vært en rasjonell tilpasning til arbeidsforholdene. Formålet med en hendelsesgjennomgang med et systemperspektiv er ikke å finne en feilhandling, en utløsende årsak eller en ansvarlig aktør, men å få innsikt i hvilke forhold i systemet som til sammen gjorde at hendelsen skjedde. Et systemperspektiv gir dermed et bedre grunnlag for å identifisere tiltak som kan forebygge lignende hendelser i fremtiden[3].

I helsetjenesten må oppgaver ofte prioriteres og tilpasses situasjonen fortløpende. Derfor kan en handling som i etterpåklokskapens lys førte til en feil, ha vært en god løsning der og da.

## Kjennetegn ved systemperspektiv

En hendelsesgjennomgang med systemperspektiv har flere tydelige kjennetegn:

- Den søker ikke etter én rotårsak, men utforsker flere medvirkende faktorer.
- Den flytter fokus fra «hvem gjorde feil?» til «hva i systemet gjorde dette mulig?».
- Den søker å forstå hvordan arbeidet faktisk utføres i praksis, ikke bare slik det er planlagt eller beskrevet i prosedyrer.
- Den forstår menneskelige handlinger som en konsekvens av systemets rammer, ikke som isolert svikt.
- Den ser etter mønstre og sammenhenger på tvers av nivåer i organisasjonen og mellom ulike aktører.
- Den legger vekt på både det som gikk galt, og det som fungerte underveis.
- Den fremmer åpenhet og psykologisk trygghet for de involverte.
- Den involverer personer med relevant innsikt, både helsepersonell, ledere, pasienter, brukere og pårørende, for å få belyst deres perspektiv og opplevelse av det som skjedde.

Systemperspektivet bidrar til å plassere ansvaret for forbedring hos organisasjonen som helhet, fremfor hos enkeltpersoner.

[1] Berg SH. Årsaksmodeller og analysemetoder i gransking av uønskede hendelser i helsetjenesten. Michael. 2025;22(2):120-34

[2] 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

[3] 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

## Læring og forbedring

Når virksomheter rapporterer og analyserer uønskede hendelser, inkludert alvorlige hendelser, får de kunnskap om hva som har skjedd og hvilke forhold som har bidratt til hendelsen. Denne kunnskapen er et nødvendig grunnlag for å forebygge at lignende hendelser skjer igjen.

Rapportering alene gir imidlertid liten verdi dersom informasjonen ikke analyseres og brukes aktivt i forbedringsarbeidet. For at meldeordningen skal bidra til økt pasient- og brukersikkerhet, må meldingene inngå i en systematisk prosess for læring og forbedring i praksis.

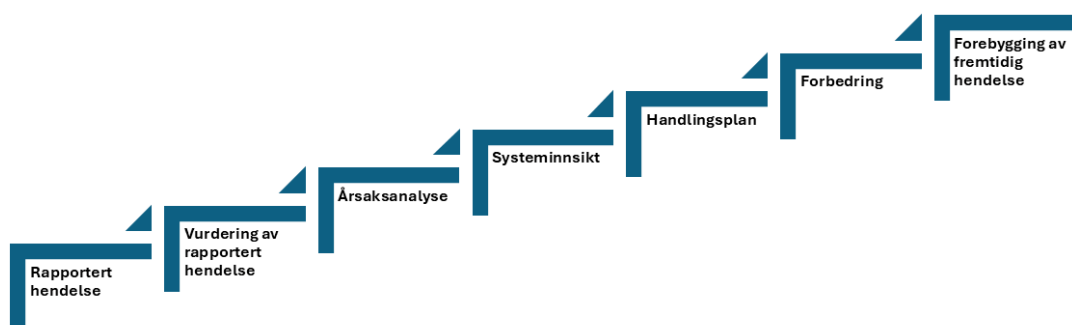
Til tross for stor oppmerksomhet på læring etter uønskede hendelser, er det fortsatt krevende å få til reell læring i helse- og omsorgstjenesten. WHO peker blant annet på manglende åpenhet, begrenset engasjement, frykt for sanksjoner, underrapportering og utilstrekkelig analyse som viktige hindringer [1].

I pasient- og brukersikkerhetsarbeid forstås læring ofte som innsamling, analyse og deling av informasjon om uønskede hendelser. WHO understreker imidlertid at læring først foreligger når innsikten omsettes i konkrete og varige endringer i praksis, arbeidsformer eller strukturer som reduserer risiko for framtidig

skade. Reell læring i komplekse organisasjoner forutsetter derfor tydelig ledelsesforankring, involvering av ansatte og systematisk oppfølging som sikrer at innsikt faktisk fører til forbedring.

## En systematisk læringsprosess

Systematisk læring og forbedring etter uønskede hendelser kan beskrives som en sammenhengende prosess med følgende trinn:



Figur 2 illustrerer trinnene i en læringsprosess knyttet til uønskede hendelser (etter modell fra WHO, 2020)

1. rapportering av uønskede hendelser i virksomhetens eget system for uønskede hendelser.
2. vurdering med tanke på alvorlighet, meldeplikt, og gjennomgang av hendelsen.
3. analyse av medvirkende årsaker.
4. innsikt om mulige systemfaktorer som danner grunnlag for videre oppfølging.
5. utarbeide en handlingsplan for gjennomføring av tiltak.
6. gjennomføring av besluttede tiltak i handlingsplanen: Vurder om det er behov å teste ut tiltak og iverksette forbedringsarbeid.
7. evaluer om tiltakene har hatt ønsket effekt. Forebygging av fremtidig hendelse.

Et læringssystem bør derfor støtte hele prosessen fra rapportering av en uønsket hendelse til forebygging av fremtidige hendelser[2][3].

## Kollektiv læring i en organisasjon

Det finnes ulike modeller for læring på ulike nivå. En kollektiv læringsmodell som er basert på Swart og Pye [4] illustrerer læringsprosessen i tre dimensjoner. Dimensjonene er avhengig av hverandre og må være til stede i utvikling av læringsaktiviteter i en organisasjon. I denne modellen er hendelser og erfaring et viktig utgangspunkt for læringen og kan være nyttig for læring etter uønskede hendelser, men også læring av god praksis[5].

Modellen legger vekt på sammenhengen mellom hendelser, refleksjon og praksis. Med utgangspunkt i en konkret hendelse, situasjon eller erfaring, er refleksjon i fellesskap nyttig for å forstå årsakssammenhenger. Refleksjon fører til en ny eller justert kollektiv praksis, som igjen skaper nye erfaringer. Læring skjer ikke isolert, men gjennom deltakelse av involverte pasienter, brukere, pårørende, medarbeidere og ledere.



Figur 3 viser en kollektiv læringsmodell basert på Swart og Pye, (2003) og Aase (2023)

Her kan vi se for oss at Hendelse/erfaring uttrykker kunnskap om den alvorlige hendelsen. Kunnskapen innhentes i gjennomgangen av en alvorlig hendelse, hvor vi blant annet gjennomfører samtaler med alle involverte, gjennomgang av journaldokumenter, relevante rutiner og prosedyrer.

Kreativ dialog beskriver den aktive refleksjonen/analysen vi må gjøre etter at vi har samlet all innsikt om den alvorlige hendelsen. Denne fasen gjør at vi kan se hendelsen samlet og få en felles forståelse før neste fase.

Kollektiv praksis innebærer at vi følger opp og definerer tiltak etter dialogen/analysen, og endrer nødvendig praksis. Læringen i denne sammenheng er knyttet til den konkrete alvorlige hendelsen.

## Forbedringskompetanse

For å lykkes med systematisk læring og kontinuerlig forbedring må forbedringskunnskap være et supplement til fag- og profesjonskompetanse, særlig hos ledere som håndterer alvorlige hendelser[6].

I [veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#) anbefales det at kompetanse innen kvalitetsforbedring inngår i virksomhetens kompetanse- og opplæringsplan. Dersom virksomheten ikke har nødvendig kompetanse internt, kan virksomheten også knytte til seg miljøer som har slik kompetanse[7].

Forbedringskunnskap omfatter blant annet[8] [9]:

- Forståelse av systemer: Hvordan pasientforløp, arbeidsprosesser, teknologi og organisering henger sammen, og hvordan alvorlige hendelser ofte oppstår gjennom samspill mellom flere faktorer.
- Kunnskap om variasjon: Evne til å skille mellom normal og uønsket variasjon, og bruke data og erfaringer som grunnlag for forbedring.
- Forståelse for psykologi og læring: Innsikt i hvordan mennesker lærer, og hvordan frykt, skyld og skam kan hindre åpen rapportering og læring.

- Evne til å omsette læring til handling: Kompetanse i å formulere mål, teste endringer, implementere tiltak, og følge dem opp over tid.

[1] [Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance](#), WHO 2020

[2] [Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance](#), WHO 2020

[3] Karina Aase Pasientsikkerhet, Universitetsforlaget 2023

[4] Swart & Pye, 2003, COLLECTIVE TACIT KNOWLEDGE: INTEGRATING CATEGORIES IN THE PROCESS OF ORGANIZATIONAL LEARNING. University of Bath

[5] Karina Aase Pasientsikkerhet, Universitetsforlaget 2023

[6] [Fra melding om uønsket hendelse via læring til pasientsikkerhet - Ukom](#)

[7] [Prop. 121 L \(2024 – 2025\) Endringer i helsetilsynsloven mv. \(ny meldeordning for alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten \(regjeringen.no\)\)](#)

[8] Batalden & Stoltz.1993. A framework for the continual improvement of health care: Building and applying professional and improvement knowledge to test changes in daily work

[9] Forbedringsguiden, Helsedirektoratet.

## Ressurser

- [Kvalitetsforbedring \(helsebiblioteket.no\)](#)
- [Forbedringsguiden \(itryggehender24-7.no\) \(nettside hvor guiden kan lastes ned\)](#)
- [Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#)
- [Guide for ivaretagelse av pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere ved uønskede hendelser](#)
- [Materiell til støtte for å ta i bruk Guide for ivaretagelse etter uønskede hendelser \(itryggehender24-7\)](#)
- [Systemperspektiv i gjennomgang av alvorlige uønskede hendelser - materiell \(ukom.no\)](#)
- [Fra melding om uønsket hendelse via læring til pasientsikkerhet \(ukom.no\)](#)
- [Pasientskader – fortsatt muligheter for læring og forbedring \(helsetilsynet.no\)](#)
- [Fra erfaring til læring – Første halvårslige rapport med innsikter om varsler om alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten \(helsetilsynet.no\)](#)

---

# Ivaretakelse av pasient, bruker, pårørende og medarbeidere

## Hovedbudskap oppsummert

- Ivaretakelse består av mer enn følelsesmessig støtte, selv om det er viktig. Informasjon og involvering er to viktige elementer for både pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere.
- Ivaretakelse er en systematisk prosess som starter før det skjer en hendelse.
- Gode samtaler er det viktigste verktøyet.
- For pasienter, brukere og pårørende er det viktig at tjenesten tar ansvar, at det er en åpen erkjennelse av hendelsen og en beklagelse, eventuelt en oppriktig unnskyldning hvis det blir påvist svikt.
- For medarbeidere er støtte fra kollegaer og ledere det viktigste. Psykologisk førstehjelp og en gjennomgang av hendelsen med fokus på læring er tilnærminger som anbefales, ikke psykologisk debrief.
- Gjenoppretting av tillit og relasjoner er et verdifullt perspektiv.

Pasienter, brukere, pårørende så vel som medarbeidere kan oppleve store konsekvenser av alvorlige hendelser. Det kan påvirke dem helsemessig, både fysisk og psykisk, sosialt, økonomisk og på annen måte<sup>[1]</sup>. De savner ofte å bli bedre ivaretatt. Mangel på oppfølging eller uheldig håndtering kan bety et dobbelt tillitsbrudd og ha stor betydning både på kort og lengre sikt.

Ivaretakelse som brukt i [Guide for ivaretakelse av pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere ved uønskede hendelser](#) er mer enn følelsesmessig støtte. Det betyr også å bli tatt på alvor, å få informasjon og oppfølging, og kunne bidra med sine erfaringer om hva som er skjedd og ideer om forbedringer. Involvering i læring og forbedring er altså en vesentlig del av ivaretakelse.

Ivaretakelse er viktig i seg selv og det etisk riktige å gjøre. I tillegg vil det fremme trygghet og en mer åpen og lærende kultur. Det vil også kunne bidra til en gjenopprettelse av tillit. Gjennomrettende tilnærminger til håndtering av uønskede hendelser får økende oppmerksomhet. Det er et perspektiv som legger vekt på gjenoppbygging av relasjonen og tilliten mellom tjenesteyter og berørte, noe som også kan styrke restituerende av psykisk helse.

Uønskede hendelser er komplekse og krever en helhetlig og samordnet tilnærming. Hendelsene berører både pasienter, brukere og pårørende (first victim) og helsepersonell og andre medarbeidere (second victim). God håndtering forutsetter at ivaretakelse av begge grupper ses i sammenheng, at prosessene løper parallelt, og at det er god samhandling mellom involverte aktører, eksempelvis pasientsikkerhets- og HR-funksjoner. Bedre ivaretakelse av medarbeidere kan også bidra til bedre støtte til pasienter, brukere og pårørende, blant annet gjennom økt åpenhet.

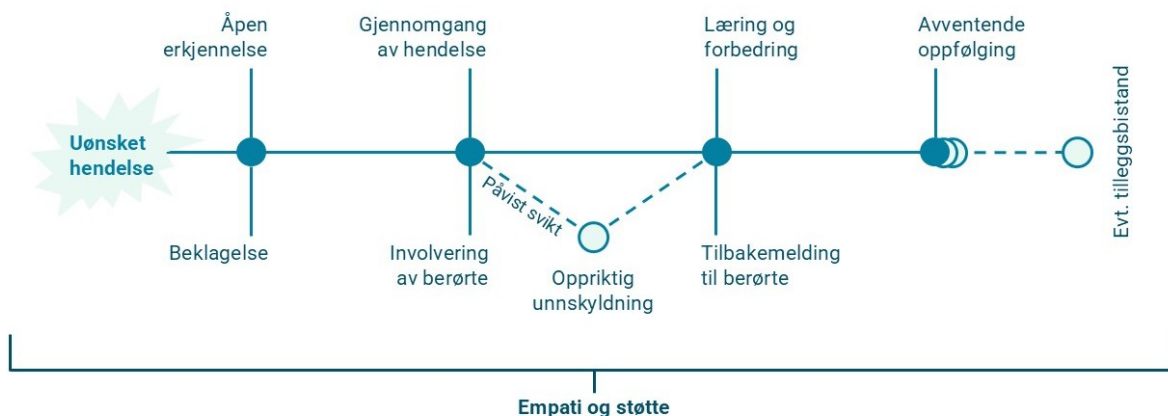
Teksten i denne guiden gir en forenklet oversikt over ivaretakelse av pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere og kan ikke erstatte god kjennskap til [Guide for ivaretakelse av pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere ved uønskede hendelser](#). Guide for ivaretakelse gir en utdypning av

de viktigste tematikkene å ta hensyn til – **hva**

forskning og annen begrunnelse - **hvorfor**

eksempler på praktiske virkemidler og måter å gå frem på - **hvordan**

## Ivaretagelse av pasient, bruker og pårørende



Figur 4 viser en tidslinje og trinnene i ivaretagelse av pasienter, brukere og pårørende etter en uønsket hendelse. Gjennom hele forløpet ligger empati og støtte til grunn.

Ivaretagelse starter i forkant, før en hendelse skjer, med god dialog og forventningsavklaringer i møte med pasient, bruker og pårørende. I tillegg til at dette er nødvendig for brukermedvirkning, kan det også lette håndtering av en uønsket hendelse, dersom det skulle det skje.

Pasienter, brukere og pårørende skal tilbys et møte som snart som mulig og senest innen ti dager etter en alvorlig hendelse. Formålet med møtet er å utveksle informasjon knyttet til hendelsen og å avklare pasientens eller brukerens behov for videre oppfølging. Retten til informasjon beskrives nærmere i Helsedirektoratets veileder: [Pasienters, brukeres og nærmeste pårørendes rett til informasjon ved skade eller alvorlige komplikasjoner](#).

Viktig er en åpen og ærlig erkjennelse og en beklagelse. Se sjekklisten for samtaler i guiden for ivaretagelse, som også finnes som digitalt utfyllingsskjema [Materiell til støtte for å ta i bruk Guide for ivaretagelse etter uønskede hendelser \(trykkehender24-7.no\)](#). Ikke vent med en samtale, selv om ikke alle fakta er kjent. Vær åpen dersom hendelsesforløpet er uklart, og kommuniser tydelig at tjenesten tar ansvar for en gjennomgang av hendelsen og videre oppfølging. Informasjonen tilpasses den enkeltes behov. Pasienter, brukere og pårørende møtes med empati og opplever at deres perspektiver tas på alvor. De berørte får regelmessige oppdateringer, også når det ikke foreligger ny informasjon. Avklaringer kan ta lang tid, og det er viktig at de berørte ivaretas underveis. Det er forskjell på å beklage og å be om unnskyldning. Beklage kan og skal gjøres så snart en uønsket hendelse har skjedd, selv om årsaksforholdene ikke er avklart. En beklager at det er skjedd noe uønsket.

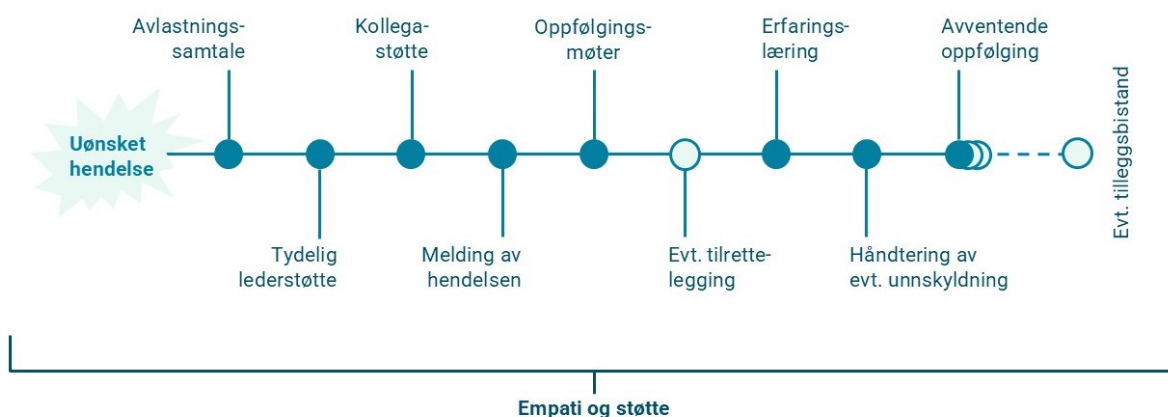
Hvis det blir konstatert svikt, be om unnskyldning overfor de berørte. En oppriktig unnskyldning når hendelsen burde vært unngått innebærer en erkjennelse av svikt, en beskrivelse av det som har skjedd, en tydeliggjøring av at det tas ansvar, et uttrykk for anger og en endring av praksis. Pseudo-unnskyldninger, for eksempel som beklager pasientens, brukerens eller pårørendes reaksjon, og ikke svikten som har skjedd, virker mot sin hensikt og kan bryte ned tilliten ytterligere. Guiden for ivaretagelse utdyper disse temaene og gir en modell for å vurdere hvem som bør delta i samtaler. Ved alvorlige hendelser bør en representant for ledelsen delta sammen med involvert personell. Spesielt etter alvorlige hendelser kan det

være aktuelt med en kontaktperson for å koordinere kommunikasjonen mellom de berørte og tjenesten.

Berørte ønsker å bidra til at det de har opplevd, ikke skjer igjen. Dette er en viktig grunn for involvering av pasienter, brukere og pårørende i gjennomgang av hendelsen, læring og forbedringsarbeid. Deres perspektiver er dessuten nødvendig for å få et komplett bilde av hva som har skjedd og hindre at lignende hendelser skjer igjen. Gi berørte forskjellige typer muligheter og trygge rammer for deltakelse. Involvering i gjennomgang av hendelsen, læring og forbedring utdypes nærmere i kapittel 5.3.

Det er normalt å reagere på uventede og uønskede hendelser, og de fleste reaksjoner vil minske over tid. For både pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere er det faglige prinsippet om «avventende oppfølging» en viktig ledetråd. Det betyr å følge med på hvordan det går med de involverte, og sette i verk tiltak ved behov.

## Ivaretakelse av medarbeidere



Figur 5 viser en tidslinje og 10 punkter i ivaretakelse av medarbeidere etter en uønsket hendelse.

Gjennom hele forløpet ligger empati og støtte til grunn.

God ivaretakelse starter med forberedelse av medarbeidere på mestring av uønskede hendelser. For å motvirke en «ufeilbarlighetskultur», er det viktig å tydeliggjøre at uønskede hendelser skjer, og gi anledning til å drøfte hvordan medarbeidere kan håndtere disse, støtte sine kollegaer og samtale med pasienter, brukere og pårørende. Det er også behov for avklaringer og informasjon om hvilke hendelser som skal meldes og hvordan dette skal gjøres for å styrke rapporteringen. Eksisterende møtearenaer og egne undervisningsopplegg kan brukes til å heve kompetanse og samtidig unngå stigmatisering, som ofte følger med å være involvert i en hendelse. Det vil bygge resiliens både hos den enkelte og i organisasjonen, og bidra til en tryggere, mer åpen og lærende kultur.

Helsedirektoratet har utviklet et lavterskel oppsett for medarbeiderseminarer til bruk i avdelinger, med en trinnvis veileder for hvordan fasilitere disse, og materiell for case-basert simuleringstrening for å gi større trygghet i samtaler med pasienter, brukere og pårørende etter uønskede hendelser, se [Materiell til støtte for å ta i bruk Guide for ivaretakelse etter uønskede hendelser \(itryggehender24-7.no\)](#).

Gjennomgang av mindre alvorlige hendelser bygger en god læringskultur. Det er også en type forberedelse, for det gir et godt grunnlag for håndtering av eventuelle alvorlige hendelser, i tillegg til å avdekke risiko og forbedringsmuligheter som kan avverge disse. Guiden for ivaretakelse omtaler flere enkle metoder for erfaringslæring, se [Involvering av medarbeidere i gjennomgang av hendelsen, læring og forbedring](#).

Oppfølging av medarbeidere etter uønskede hendelser skjer på en systematisk fremgangsmåte med klare roller og ansvar. God ivaretagelse baserer seg på fem grunnprinsipper for møter med mennesker i krise – å fremme trygghet, ro, mestringstro, tilhørighet og håp. I stedet for psykologisk debriefing, anbefales psykologisk førstehjelp og læringsdebrief. Psykologisk førstehjelp er basert på de fem grunnprinsippene, og innebærer å lytte og være til stede for den berørte, og vise emosjonell og praktisk støtte. Med læringsdebrief eller erfaringslæring menes det samme som "gjennomgang av hendelsen, læring og forbedring" i denne guidens kapittel 5.

Fremgangsmåten sammenfattes i Guide for ivaretagelse i en 10-punktliste, delt i en akutfase og en oppfølgingsfase. Se [Systematisk fremgangsmåte for ivaretagelse av medarbeidere etter uønskede hendelser](#) for en nærmere beskrivelse. Ivaretagelse må tilpasses både hendelsen og de involvertes individuelle behov og ønsker. Opplevelsen av belastning kan variere, og selvbestemmelse – for eksempel om hva, hvor mye og med hvem man ønsker å snakke – er viktig for mestring og opplevelse av kontroll.

Kollegastøtte er et aktuelt tiltak i oppfølgingen. Ved å formalisere kollegastøtte sikrer man at alle har en kollega å snakke med. Det viser at organisasjonen bryr seg, og fremmer en åpen og ivaretakende kultur. Se mer her i guide for ivaretagelse: [Kollegastøtte](#).

Involvering av medarbeidere i gjennomgang av hendelser, læring og forbedring er viktig for å få deres perspektiver og belyse hendelsen. Å kunne bidra til forbedring av tjenesten og til at lignende hendelser ikke gjentar seg, fremmer også medarbeideres bearbeiding av hendelsen og gjenopprettelse av mestringsopplevelse. Se kapittel 5.3 for en utdypning når det gjelder involvering av medarbeidere i forbindelse med alvorlige hendelser.

## Ressurser

- [Guide for ivaretagelse av pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere ved uønskede hendelser](#)
- [Materiell til støtte for å ta i bruk Guide for ivaretagelse etter uønskede hendelser \(itryggeghender24-7.no\)](#)
- [Pasienters, brukeres og nærmeste pårørendes rett til informasjon ved skade eller alvorlige komplikasjoner – Veileder.pdf](#)

---

# Gjennomgang av alvorlige hendelser

## Hovedbudskap oppsummert

- Gjennomgang av alvorlige hendelser brukes til læring og forbedring med et systemperspektiv.
- Metode og omfang tilpasses hendelsens kompleksitet og lokale forhold.
- Når flere enheter eller virksomheter er involvert, kreves planlagt samhandling og klare ansvarsforhold.
- Involvering av pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere er både god ivaretagelse - for disse vil gjerne bidra med sine erfaringer, og det gir perspektiver som er nødvendige for å få til forbedring av tjenesten.
- Ledelsen har ansvar for å initiere, tilrettelegge og følge opp gjennomgangen på en strukturert måte.
- Hendelser beskrives og analyseres bredt, basert på innsamling av fakta og et språk som fremmer læring.
- Varig forbedring forutsetter prioriterte tiltak som styrker systemet fremfor individavhengige løsninger.

## Prinsipper, formål og tilnærming

Gjennomgang av alvorlige hendelser er en viktig del av det systematiske pasient- og brukersikkerhetsarbeidet og hensikten er å forstå og lære av det som har skjedd for å hindre at lignende hendelser skjer igjen.

Å gjennomgå en alvorlig hendelse innebærer å samle inn og analysere relevante fakta og informasjon som har hatt betydning for hendelsen. Gjennomgangen gir innsikt i hva som skjedde, hvorfor det skjedde og hvilke tiltak som er nødvendige for å hindre at lignende hendelser skjer igjen. Formålet er å avdekke organisatoriske svakheter, for eksempel knyttet til arbeidsprosesser, kommunikasjon, kompetanse, arbeidsmiljø, utstyr eller rutiner.

Dersom gjennomgangen viser at prosesser eller rutiner i styringssystemet ikke i tilstrekkelig grad sikrer kvalitet og pasient- og brukersikkerhet, forbedres disse.

Det finnes ulike metoder for å gjennomgå hendelser og vi får stadig mer erfaring med å bruke dem. Eksempler på metoder som benyttes i helse- og omsorgstjenestene er [Risiko- og hendelsesanalyse – Håndbok for helsetjenesten](#), forenklet hendelsesanalyse, London-protokollen[1] og SEIPS-metoden[2]. Virksomheten vurderer selv hvilken metode de ønsker å benytte for gjennomgang av alvorlige hendelser. Bruk av slike verktøy kan støtte arbeidet, men verktøyene gir først verdi når de brukes med forståelse for systemperspektivet. Se ytterligere beskrivelse av systemperspektiv i kapittel 3.3. En gjennomgang av alvorlige hendelser blir ikke systemorientert av å følge en sjekkliste eller mal, men av hvordan man tenker, stiller spørsmål og tolker funn[3].

I rapporten [Pasient- og pårørendeperspektiv ved alvorlige hendelser \(helsetilsynet.no, PDF\)](#) fremheves det at gjennomgangen av hendelsen må være forankret på relevant ledernivå og ledes av en person med tilstrekkelig faglig autoritet. Leder for gjennomgangen må ha mot til å stille kritiske spørsmål ved etablerte rutiner og organisering. Eksempel: «hvor mange kirurger skal operere et bestemt inngrep, og hvilken spesialitet skal behandle en pasientgruppe?». Gjennomgang av hendelser kan være krevende. Sterke

stemmer kan dominere, underliggende konflikter kan komme til overflaten, og viktige årsaker kan tones ned. Det kan også være utfordrende å sikre at helsepersonell ikke går i forsvar, men beholder et systemperspektiv[4].

Det er fordeler og ulemper med de ulike metodene for gjennomgang av alvorlige hendelser. For noen vil anonymiserte intervjuer gi mer psykologisk trygghet og åpenhet enn gruppemøter, andre kan oppleve større trygghet i dialog med mennesker de kjenner. Gjennomgang av hendelser som blir ledet av personer utenfor den aktuelle avdelingen kan gi større distanse og objektivitet, mens nærhet kan på den andre siden gi større forståelse for de kliniske valgene som ble tatt, samt større eierskap til tiltak og mulighet for raskere implementering. Grundige, strukturerte gjennomganger kan avdekke forhold som ellers kunne blitt oversett, samtidig som det kan være ressurskrevende og gi mindre fleksibilitet[5]. Forenklede hendelsesanalyser finner ofte de samme årsakstypene som mer omfattende analyser[6].

Pasienter, brukere, pårørende og samfunnet forventer at noen tar ansvar når det skjer uønskede hendelser [7]. Tilnærmingen «restorative justice» (gjenopprettende rettferdighet) handler om å møte denne forventningen ved å rette blikket fremover, tydeliggjøre roller og ansvar, og sikre god oppfølging etter hendelser. Å ta ansvar betyr å være åpen om hva som har skjedd, anerkjenne hvilke konsekvenser det har fått for dem som er berørt, gi en oppriktig beklagelse og gjøre det som er nødvendig for å rette opp. Det innebærer også å stå for konsekvensene av beslutninger som er tatt på ulike nivåer i organisasjonen, og å få fram hvordan ulike bidrag har påvirket forløpet fram mot et uønsket utfall. Forskning viser at gjenopprettende rettferdighet kan bidra til økt læring, bedre pasientsikkerhet og sterkere relasjoner[8].

Dersom det er åpenbart at hendelsen skyldes personlig svikt hos en medarbeider, håndteres dette etter gjeldende regelverk. Det er likevel viktig å vurdere hvorfor hendelsen kunne skje og hvilke barrierer som manglet eller ikke fungerte.

[1] 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

[2] 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

[3] 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

[4] Erfaringer med hendelsesanalyse og hendelsesgjennomgang. Kapittel 8 fra Rapport fra Helsetilsynet 4/2019)

[5] [Involvering av medarbeidere i gjennomgang av hendelsen, læring og forbedring](#)

[6] [Pasient- og pårørendeperspektiv ved alvorlige hendelser. Eksempler og tilsynserfaringer fra Staens helsetilsyns arbeid med varsler om alvorlige hendelser i 2018. \(helsetilsynet.no\)](#)

[7] [Global Patient Safety Action Plan 2021-2030 \(WHO.int\)](#)

[8] Boskeljon-Horst, Steinmetz og Dekker. Restorative Just Culture: An Exploration of the Enabling Conditions for Successful Implementation. Healthcare, 2024, 12, 2046.

# Samhandling om gjennomgang av alvorlige hendelser

Alvorlige hendelser kan omfatte flere enheter, både innad i samme virksomhet eller på tvers av virksomheter. Når flere er omfattet, legges det en plan for samhandling. Dette kan for eksempel være en felles gjennomgang av hendelsen, eller ved at representanter fra andre virksomheter deltar i gjennomgangen. Planen kan også omfatte hvordan pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere skal involveres på en god og koordinert måte.

For samarbeid mellom helseforetak og kommuner kan det være hensiktsmessig å beskrive dette i en retningslinje i samarbeidsavtalen.

Den enkelte virksomhet må hver for seg og i fellesskap sikre iverksettelse og oppfølging av tiltak i egen virksomhet. Se kapittel 8 for informasjon om innsending av forbedringsrapport til statsforvalteren etter alvorlige hendelser.

## Taushetspliktreglene ved gjennomgang av alvorlige hendelser

Taushetsplikt er ikke til hinder for at opplysninger gjøres tilgjengelige for helsepersonell, som tidligere har ytt helsehjelp til pasienten i et konkret behandlingsforløp, når opplysningene brukes til egen læring eller for kvalitetsforbedring av helsehjelpen slik det ofte vil være ved gjennomgang av alvorlige hendelser, jf. helsepersonelloven § 28, første ledd bokstav a). Videre følger det av helsepersonelloven § 29 a første ledd at taushetsplikten ikke er til hinder for at å dele opplysninger om alvorlige hendelser med virksomhetens egen ledelse når formålet er intern kvalitetsforbedring av tjenesten. Videre følger det av samme bestemmelse annet ledd at også ledelse i annen virksomhet kan få opplysninger som gjelder denne virksomhetens pasienter, når formålet er kvalitetsforbedring av behandlingsforløp<sup>[1]</sup>.

Det fremgår av forarbeidene til bestemmelsene at de er ment å «(...) dekke utveksling av informasjon for å gjennomgå en alvorlig hendelse som har skjedd i et forløp som omfatter flere virksomheter.»

Opplysninger som tilgjengeliggjøres til bruk i gjennomgangen skal være relevante og nødvendige for det aktuelle formålet. Personidentifikasjon skal ikke skje i større utstrekning enn det som er nødvendig for å ivareta formålet. Opplysningene skal så langt det er mulig, tilgjengeliggjøres uten at pasientens navn eller fødselsnummer fremgår.

Hvis det er i tvil om tolkning av taushetspliktregler knyttet til å dele informasjon på tvers av virksomheter, vil det alltid være relevant å spørre pasient om samtykke til å dele informasjon. Dette kan med fordel inkluderes i samtalen om at det skal være en gjennomgang av hendelsen.

## Samhandling og læring utenfor forbedringsrapporten

Merk at samhandling må ikke begrenses til enkelthendelser. Det kan også omfatte mer generelle læringsprosesser. Hendelser kan for eksempel gjennomgå som kasuistikker, uten identifiserbare

opplysninger om pasienter eller personell. Dette er særlig relevant når hendelser inngår i et mønster, der flere lignende hendelser har oppstått. Slik samhandling og læring er imidlertid ikke en del av prosessen med å utarbeide forbedringsrapporten, men kommer i tillegg til dette.

[1] Bestemmelsene om å dele opplysninger etter hpl. § 28 første ledd bokstav a, samt helsepersonelloven § 29 a første ledd, trer i kraft fra 1. juli 2026.

## Involvering av pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere

### Involvering av pasienter, brukere og pårørende i gjennomgang av hendelsen

Involvering av pasienter, brukere og pårørende er kanskje det viktigste redskapet for bedre pasient- og brukersikkerhet. Pasienter, brukere og pårørende har perspektiver som utfyller helsepersonellens kliniske og organisatoriske perspektiver, eksempelvis når det gjelder kommunikasjon, koordinering og samhandling. Deres erfaringer gir innsikt i hele tjenesteforløpet og kan synliggjøre risiko, brudd og sammenhenger som ikke alltid fanges opp i interne systemer. Ved å kombinere deres erfaringer med profesjons- og forbedringskunnskap får virksomheten et mer helhetlig grunnlag for analyse, læring og forbedring [1].

- Gi alternativer for deltakelse
  - Tilpass involveringen til den enkeltes behov og forutsetninger. Det innebærer å legge frem realistiske muligheter for deltakelse og la pasienter, brukere og pårørende selv vurdere hva som er best for dem, for eksempel gjennom strukturert intervju, en skriftlig tilbakemelding, spørreundersøkelse, telefonsamtaler eller videomøter, mindre formelle møter eller deltakelse i strukturerte metoder for gjennomgang av hendelser.
  - Det er også viktig å fange opp spontane tilbakemeldinger, noe som kan støttes ved å utpeke en fast kontaktperson.
- Skap en psykologisk trygg ramme
  - Sørg for at involveringen oppleves trygg, og for at de berørte får reell mulighet til å bidra. Behandle pasienter, brukere og pårørende som en likeverdig part, lytt aktivt, og anerkjenn deres erfaringer. Å bli lyttet til og møte anerkjennelse for sine erfaringer kan i seg selv ha virke helende og tillitsgjenopprettende.
  - Vær bevisst asymmetrien i relasjonen. Vurder nøye hvem og hvor mange som skal delta, bruk forståelig språk, tydeliggjør verdien av deres perspektiv og møt innspill med respekt.
  - Involvering kan være belastende. Tilpass tidspunkt og form, vent til de berørte er klare, og respekter et ønske om ikke å delta.

Se også «Sjekkliste for samtaler», som finnes her: [Materiell til støtte for å ta i bruk Guide for ivaretagelse etter uønskede hendelser \(trykgeheider24-7.no\)](https://trykgeheider24-7.no)

Deltakelse i gjennomgang av hendelsen erstatter ikke pasient-, bruker- og pårørendesamtaler, informasjon og oppfølging i etterkant av hendelsen.

# Involvering av medarbeidere i gjennomgang av hendelsen

Involvering av medarbeidere i gjennomgang av hendelser, lærings- og forbedringsprosesser i etterkant av hendelser er verdifullt både fordi deres perspektiver er nødvendige, og fordi det oppleves ivaretagende å bli hørt og få bidra til å forebygge fremtidige hendelser. Dette kan fremme medarbeidernes gjenopplevelse av mestring.

Dette kan høres selvsagt ut, men det er ikke alltid medarbeidere opplever å bli tilstrekkelig involvert eller at prosessen er god. Hvis prosessene gjennomføres på en måte medarbeidere opplever utrygt eller urettferdig, vil det medføre ytterligere belastninger.

- Ha fokus på å forhindre fremtidige hendelser
  - For å skape nødvendig trygghet er det viktig å presisere at hensikten med gjennomgang av hendelser først og fremst er læring og forbedring, og å forhindre eller redusere risiko for fremtidige hendelser. Det er stor forskjell på å måtte ta beslutninger raskt og i sanntid, og å analysere hendelser i ettertid. At en hendelse kan forebygges er ikke det samme som at den kunne vært unngått der og da<sup>[2]</sup>.
- Skap en psykologisk trygg ramme
  - Punktene over for å skape en psykologisk trygg ramme for pasienter, brukere og pårørende, er også relevante for å skape trygghet for medarbeidere. De må oppleve å bli lyttet til og ha en reell mulighet til å bidra. Hierarki er også en faktor som påvirker psykologisk trygghet og medarbeideres opplevelse av å kunne snakke åpent. Involvering kan være emosjonelt belastende, og det må tas hensyn til samtidig som medarbeidere ikke kan unntas fra å delta. Leder- og kollegastøtte kan bidra til å avlaste.
  - I gjennomføring av «lærerike møter»<sup>[3]</sup> påpekes betydningen av at ledere og kollegaer er lyttende og støttende. Den med ansvar for møtet må være aktivt til stede og sørge for søkelys på det faglige og lede oppmerksomheten bort fra individ. Feil og problemer kan avstigmatiseres ved å være tydelig på at alle kan oppleve det, og at læring av uønskede hendelser er et felles ansvar. Ikke bare de formelle lederne, men også de erfarne kollegaer, nestorene i faget, har en viktig rolle.

[1] [Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#)

[2] NHS England and NHS Improvement, The NHS Patient Safety Strategy: Safer culture, safer systems, safer patients. 2019. p. 84.

[3] Drewes, C., S. Fasting, and S.E. Gisvold, Kultur for bedre pasientsikkerhet. Tidsskrift for den Norske Lægeforening, 2021(16)

## Initiere gjennomgang av alvorlig hendelse

Det er et lederansvar å beslutte at en gjennomgang av hendelsen gjennomføres, legge til rette for arbeidet, inkludert å sette av tid og ressurser og at tiltak iverksettes og følges opp slik at de fører til læring og forbedring.

Det må vurderes ved hver alvorlig hendelse hvor omfattende gjennomgangen skal være for å gi et tilstrekkelig grunnlag for læring og forbedring.

Deltakerne i gjennomgangen av hendelsen er ledere, personer med relevant fagkunnskap for hendelsen, personer som har vært direkte eller indirekte involvert i den aktuelle hendelsen og eventuelt kvalitetsmedarbeidere.

Vurder oppstart av arbeidet med gjennomgang av hendelsen ut fra følgende:

- det kan være en stor påkjenning for involverte og det kan ta tid før pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere er emosjonelt klar til å delta i en gjennomgang av hendelsen<sup>[1]</sup>
- det man husker om hendelsen kan forringes fort, og beskrivelse av hendelsen kan forandres over tid<sup>[2]</sup>

Lag en plan for arbeidet som inkluderer:

- ressurssetting, inkludert behov for veiledning og metodestøtte
- roller, ansvar og oppgaver, inkludert avklaring av hvem leder gjennomgangen, hvordan ivaretagelse av pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere skal organiseres
- tidsplan

Relevante spørsmål å stille de involverte er «hva skjedde?», «hvorfor skjedde det» og «hvordan forhindre at dette skjer igjen?». Hensikten er å få et så bredt bilde av den alvorlige hendelsen som mulig.

[1] [Guide for ivaretagelse av pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere ved uønskede hendelser](#)

[2] [Risiko- og hendelseanalyse - Håndbok for helsetjenesten](#)

## Beskriv hendelsesforløp og medvirkende årsaker

Hensikten med gjennomgang av hendelsen er å støtte læring og forbedring i helsetjenesten gjennom et systemperspektiv, heller enn å forklare hendelsen som et resultat av individuelle feil<sup>[1]</sup>. For å oppnå en helhetlig forståelse av hvilke forhold som bidro til hendelsen, rettes oppmerksomheten mot samspillet mellom systemelementer.

## Innsamling av fakta

Metoder for innsamling av fakta kan være gjennomgang av aktuelle prosedyrer, rutiner, faglige retningslinjer, pasientens journal, samtaler og andre former for innhenting av innspill fra pasient, bruker, pårørende og involverte medarbeidere.

For å få innsikt i hvordan hendelsen kunne skje, er det sentralt å kombinere dokumentgjennomgang med intervjuer. Oppfordre gjerne involvert personell til å dokumentere sin egen beskrivelse av hendelsesforløpet så tidlig som mulig etter hendelsen, utenom journal. Dette bidrar til å bevare konkrete observasjoner og vurderinger før detaljer glemmes eller påvirkes av andres fremstillinger.

Samtaler med involverte bidrar til å synliggjøre hvordan arbeidet faktisk utføres i praksis, hvordan beslutninger tas underveis, og hvilke rammebetingelser som påvirker handlingsrommet. Dette gir ofte annen og mer nyansert kunnskap enn det som framgår av skriftlige rutiner og prosedyrer alene. Valg av

form tilpasses hva som er praktisk mulig, de involvertes preferanser, situasjonen og type hendelse. Tidligere uønskede hendelser og andre undersøkelser, inkludert arbeidsmiljøundersøkelser, kan gi informasjon relatert til medvirkende årsaker.

## Beskriv hendelsesforløpet

Når relevant informasjon er samlet inn, utarbeides en samlet beskrivelse av hendelsesforløpet. Beskrivelsen bygger på ulike kilder og perspektiver, herunder pasient, bruker, pårørende, medarbeidere og ledere. Ulike beskrivelser kan utfylle hverandre og gi innsikt i hvordan hendelsen ble erfart og forstått av de involverte.

Formålet med beskrivelsen er å gi en mest mulig helhetlig framstilling av hva som skjedde og i hvilken sammenheng. Beskrivelsen peker ikke på feil, ansvar eller årsakssammenhenger, men legger et felles faktagrunnlag for videre analyse.

Gjennomgangen av hendelsesforløpet legges frem for og drøftes med involverte parter, noe som bidrar til felles forståelse og kvalitetssikring av framstillingen.

Det er hensiktsmessig å illustrere hendelsesforløpet ved hjelp av en tidslinje eller hendelseskjede.

## Identifiser og beskriv medvirkende årsaker

Når relevant informasjon er samlet inn og hendelsen er beskrevet med utgangspunkt i erfaringer og perspektiver fra pasienter, brukere, pårørende og involverte medarbeidere, vurderes hendelsen og forhold som kan ha bidratt, på ulike nivå i virksomheten.

For å legge til rette for en bred og systematisk analyse, kan gjennomgangen ta utgangspunkt i samspillet mellom følgende forhold<sup>[2]</sup>:

- mennesker
  - f.eks. pasienter, brukere, pårørende, helsepersonell, ledere, team, støttefunksjoner, veiledning
- verktøy og teknologi
  - f.eks. brukervennlighet, tilgjengelighet, kjennskap til programmene og teknologien, funksjonalitet og brukergrensesnitt, om utstyret kan flyttes / er portabelt, vedlikehold
- oppgaver
  - f.eks. kompleksitet og vanskelighetsgrad, informasjonsflyt, samhandling, arbeidsmengde og prioriteringer, samtidighetsutfordringer, rekkefølge
- organisering og organisasjon
  - f.eks. arbeidsskift/turnusplaner/bemanningsplaner, rutiner og prosedyrer, roller, ansvar, styring, ledelse, arbeidsmiljø og kultur
- fysiske omgivelser
  - f.eks. omgivelsene arbeidet utføres i, lyd og lys, temperatur og luftkvalitet, lokasjon – størrelse på avdeling/rom, rot (eksempelvis korridorsenger, traller, skjermbrett etc.), grad av standardisering (utstyr er stort sett på samme plass uavhengig av rom), overfylt (mange som jobber på liten arbeidsplass)
- ytre rammebetingelser
  - f.eks. samfunnsrelaterte (opptaksområde, funksjonsfordeling, geografi etc.), politisk ledelse / regjering, overordnede krav (eksempelvis oppdragsdokument), andre nasjonale styringskrav og mål (veiledere, lover og forskrifter), finansieringsordninger

Formuleringene som brukes i gjennomgang av hendelser har betydning for hvordan gjennomgangen oppfattes og brukes. Et språk som støtter læring og refleksjon, retter oppmerksomheten mot systemet, fremfor enkeltpersoner.

Unngå formuleringer som knytter hendelsen direkte til individuelle feil eller valg, som for eksempel at «legen valgte feil dose». Slike beskrivelser kan snevre inn forståelsen og gi et forenklet bilde av hendelsen.

Beskriv heller hvilke forhold som kan ha påvirket beslutningen, for eksempel informasjon som var tilgjengelig, arbeidsbelastning, samhandling, rutiner, tekniske løsninger eller organisatoriske rammer. Dette gir et bedre grunnlag for å forstå hvorfor hendelsen ble mulig, og for å identifisere læring og forbedringsmuligheter.

Unngå å vurdere hendelsen i etterpåklokskapens lys eller «med fasit i hånden». Vurderinger og handlinger må forstås ut fra den informasjonen som var tilgjengelig på det aktuelle tidspunktet, og ses i sammenheng med hvordan man vanligvis handler i tilsvarende situasjoner.

Når man går igjennom hendelsen og finner medvirkende årsaker kan man også finne risiko som ikke direkte har forårsaket hendelsen. Sørg for at disse dokumenteres og at det lages en plan for oppfølging.

[1] 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

[2] 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

## Identifisering og prioritering av tiltak

### Valg og prioritering av forbedringstiltak

Forbedringsarbeid handler om å identifisere endringer som kan føre til forbedring, jf. [Forbedringsmodellens \(itryggehender24-7.no\)](#) spørsmål: Hvilke endringer kan iverksettes for å skape forbedring? Det kan være nyttig å bruke enkle verktøy for å få oversikt og prioritere tiltak. Slike verktøy bidrar med å sortere ideer, velge hva det er mest hensiktsmessig å starte med og planlegge arbeidet bedre. Et driverdiagram kan for eksempel gi en oversikt over målet og hvilke tiltak som kan bidra til å nå det. En prioriteringsmatrise eller paretoanalyse kan brukes for å velge hvilke tiltak det er mest hensiktsmessig å starte med. Metoder som idemyldring og nominell gruppeteknikk kan brukes for å få innspill fra flere. Valg av verktøy tilpasses lokale behov og hva man ønsker å oppnå[1].

En medvirkende årsak kan kreve flere tiltak, også på ulike nivå. Tiltakene må være konkrete og mulige å følge opp. Identifiser tiltak aktuell for egen enhet, men også tiltak som kan være aktuelle å iverksette i andre deler av virksomheten. Påse at forbedringstiltak som pasienter, brukere, pårørende og involverte medarbeidere har foreslått blir inkludert.

Tiltak som endrer systemets rammebetingelser og arbeidsformer har gjennomgående større og mer varig effekt enn tiltak som i hovedsak baserer seg på enkeltpersoners oppmerksomhet, etterlevelse eller hukommelse.

Tabellene under er ment som støtte for å identifisere og utvikle tiltak som fremmer systematisk læring og varig forbedring.

## Anbefalte tiltak prioritert etter effekt

Tabell 1 Svært effektive tiltak

| Tiltakskategori                                                                        | Eksempel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Tydelig engasjement og fokus fra ledelsen på pasientsikkerhetsarbeid og -kultur</b> | Ta del i enhetenes pasientsikkerhetsarbeid. Støtte prosesser med gjennomgang av uønskede hendelser. Sørge for nødvendig utstyr. Sikre at bemanning og arbeidsbelastning er tilstrekkelig og forsvarlig. Arbeide systematisk med arbeidsmiljø- og kulturutvikling. <a href="#">Del 3 – Ledelse og kultur</a> beskriver tiltak for dette |
| <b>Fysiske endringer i miljøet</b>                                                     | Utskifting av karusellører i hovedinnganger til automatiske skyvedører for å redusere antall fallulykker for pasienter                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nytt utstyr, inkludert brukervennlighetstesting</b>                                 | Enkle tester av blodglukosemåler og teststrimler for polikliniske pasienter, samt valg av mest hensiktsmessig type for aktuell pasientgruppe                                                                                                                                                                                           |
| <b>Teknisk styring (tvangsfunksjon)</b>                                                | Eliminere bruk av universaladaptere for medisinsk teknisk utstyr og anvende slanger/koblinger som kun kan tilkobles korrekt (f.eks. intravenøse slanger)                                                                                                                                                                               |
| <b>Forenkling av prosesser</b>                                                         | Fjerne unødvendige trinn i prosesser                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Standardisering av utstyr eller prosess</b>                                         | Standardisering av legemiddelpumper som brukes i hele virksomheten. Bruk av strekkoder ved legemiddeladministrering                                                                                                                                                                                                                    |

Tabell 2 Effektive tiltak

| Tiltakskategori                                                                              | Eksempel                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Redundans [2]</b>                                                                         | La to sykepleiere, uavhengig av hverandre, beregne dosering av høyrisikolegemidler            |
| <b>Økning av personalressurser eller redusert arbeidsbelastning</b>                          | Planlegge for at tilgjengelig personell kan bistå i perioder med særlig høy arbeidsbelastning |
| <b>Forbedringer og endringer i programvare</b>                                               | Bruke datastøttede varsler for legemiddelinteraksjoner                                        |
| <b>Eliminere eller redusere distraksjoner</b>                                                | Innføre «stille tid» for sykepleiere ved klargjøring av legemidler                            |
| <b>Opplæring gjennom simuleringsbaserte øvelser med regelmessig repetisjon og evaluering</b> | Gjennomføre pasientoverleveringer i simulert miljø, med etterfølgende vurdering og evaluering |
| <b>Sjekklistor / kognitive hjelpemidler</b>                                                  | Bruk av sjekklistor ved operasjoner og andre inngrep                                          |
| <b>Redusere risiko for forveksling av legemidler med liknende utseende eller navn</b>        | Ikke oppbevare legemidler som ligner hverandre tett sammen i enhetens legemiddellager         |

Tabell 3 Mindre effektive tiltak

| Tiltakskategori           | Eksempel                                                                   |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <b>Dobbelkontroll [3]</b> | Én person beregner doseringen, og en annen person kontrollerer beregningen |
|                           |                                                                            |

|                                     |                                                                     |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <b>Varsler</b>                      | Innføre varselsignaler eller advarselsetiketter                     |
| <b>Ny prosedyre / retningslinje</b> | Minne om å kontrollere intravenøse innganger ved hvert arbeidsskift |
| <b>Opplæring</b>                    | Demonstrere korrekt bruk av medisinsk-teknisk utstyr                |

[1] [Her kan du laste ned Forbedringsguiden \(tryggehender24-7.no\)](https://tryggehender24-7.no)

[2] Med redundans menes bruk av flere uavhengige barrierer i en prosess, slik at én enkelt feil ikke skal føre til alvorlig hendelse

[3] Tiltakets nytte forutsetter at leder og helsepersonell har en grunnleggende forståelse av hva dobbeltkontrollen skal bidra til i de enkelte tilfeller. Der bevissthet rundt dette mangler kan risiko for feil i legemiddelhåndteringen øke. Ved innføring av dobbeltkontroll bør derfor virksomhetsleder sørge for at det defineres hva tiltaket innebærer og hvordan det skal gjennomføres – om det er en ren teknisk kontroll, for eksempel å telle og bekrefte antall tabletter for å sikre korrekt beholdning i henhold til regnskap, eller om det også innebærer en faglig kontroll. [Legemiddelhåndtering rundskriv](#)

## Ressurser

- Statsforvalter har veiledningsplikt etter forvaltningsloven §11, som blant annet innebærer informasjon om gjeldende regelverk, meldeplikt og vilkår for melding. Veiledningen kan også omfatte avklaring av sentrale begreper, som alvorlig hendelse, samt veilede og støtte virksomhetene i forståelsen og gjennomføringen av forbedringsarbeidet. Statsforvalteren skal i utgangspunktet ikke foreta en vurdering av selve hendelsen.
- Det finnes flere utviklingssentre og kunnskaps- og kompetansesentre i helse- og omsorgstjenesten med formål å fremme kompetanse- og fagutvikling på tvers av fag, nivåer og sektorer. Sentrene fungerer som ressurser for både kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten. [Oversikt finnes på Helsedirektoratets nettsider](#) og på [Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester \(utviklingssenter.no\)](#).
- Rapporten [Systemperspektiv i gjennomgang av alvorlige uønskede hendelser \(ukom.no\)](#)
- Veileder til forskrift om [ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#)
- [Risiko- og hendelsesanalyse – Håndbok for helsetjenesten](#)
- [Guide for ivaretagelse av pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere ved uønskede hendelser](#)
- SEIPS-metoden[1]
- London-protokollen[2]

[1] 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

[2] 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

---

# Tiltak for å forebygge lignende hendelser og sikre varig forbedring

## Hovedbudskap oppsummert

- Varig forbedring forutsetter planlagt implementering og systematisk evaluering av tiltak.
- Avdekkede mangler i prosesser eller rutiner forbedres og integreres i styringssystemet.
- Læring etter alvorlige hendelser må deles lokalt og nasjonalt for å styrke pasient- og brukersikkerheten, samtidig som de involverte ivaretas gjennom respektfull og gjenkjennelig framstilling.

Ny kunnskap fører ikke automatisk til endring. For at den omsettes i varig praksis, kreves god og systematisk implementering. Når tiltaket er iverksatt, må den nye praksisen følges opp og justeres ved behov. Samtidig evalueres både etterlevelse, effekt og implementeringsprosess. For ytterligere informasjon om implementering vises det til [Guide for implementering: En fagressurs for implementering av Helsedirektoratets nasjonale krav og anbefalinger - Helsedirektoratet](#)

Hvis gjennomgangen avdekker at eksisterende prosesser eller rutiner ikke sikrer tilstrekkelig kvalitet og pasient- og brukersikkerhet, forbedres disse, og nødvendige tiltak integreres og dokumenteres i styringssystemet.

## Implementere tiltak

Noen tiltak vil ha behov for at arbeidsprosesser utvikles fordi man for eksempel kan være usikker på hva som fungerer i praksis. Da benyttes forbedringsmetodikk, eksempelvis ved å teste tiltak i praksis ved bruk av metoder som PDSA-sykluser (plan–do–study–act). Når slik testing har gitt ønsket forbedring, og tiltakene kan gjennomføres på en robust og bærekraftig måte, kan de implementeres i ordinær drift. Andre tiltak kan implementeres direkte fordi det allerede foreligger kunnskap om hva som er riktig praksis, men som ennå ikke er fullt gjennomført.

Når tiltak er valgt, avklares det hvem som har ansvaret for gjennomføringen, hvordan dette gjøres og når det gjennomføres. Hvert tiltak får en realistisk tidsplan med frister.

Med implementering menes at endret praksis blir en fast og integrert del av det daglige arbeidet – «slik gjør vi det hos oss».

Overgangen fra testing til implementering krever planlegging og tilpasning. Hvordan implementeringen gjennomføres, avhenger blant annet av virksomhetens størrelse og hvor komplekse endringene er. Noen tiltak kan innføres samtidig for alle, mens andre krever en mer gradvis og strukturert tilnærming.

Implementering innebærer å integrere forbedringene i hele den relevante enheten. Det forutsetter en plan for nødvendige støtteprosesser, som måling, dokumentasjon, prosedyrer og opplæring, slik at ny praksis opprettholdes over tid. Vellykket implementering krever forankring i ledelsen, hos medarbeidere og i støttefunksjoner, samt oppmerksomhet på de menneskelige sidene ved endring. Se Helsedirektoratets Guide for implementering, tabell 2, for inspirasjon til faktorer som kan påvirke implementeringen ( [Planleggingsfase](#)) og tabell 3, for inspirasjon til ulike implementeringstiltak med tilhørende beskrivelser ( [Implementering, justering og evaluering av ny praksis](#)).

# Vurdere og evaluere effekt av tiltak

Tiltak må ofte justeres underveis i tråd med hvordan praksis fungerer og i forhold til målene for implementeringen. Systematisk oppfølging gjør det mulig å vurdere om den nye praksisen er kjent, akseptert og gjennomføres som planlagt, samt å identifisere behov for justeringer og synliggjøre det som fungerer godt. Slik oppfølging kan bidra til bedre etterlevelse og varig endring av praksis.

Det avklares hva som følges med på, hvordan informasjon innhentes, og hvordan resultatene brukes i videre forbedring. Ved behov inkluderes både pasienters, brukeres, pårørendes, medarbeideres og virksomhetens perspektiver.

Etter implementering vurderes effekten av den nye praksisen opp mot fastsatte mål. Evalueringen viser om praksisen etterleveres over tid, gir ønsket og varig forbedring, og om den har eventuelle utilsiktede konsekvenser for pasienter, brukere, pårørende, medarbeidere eller virksomheten. Det inngår også en vurdering av om nødvendige ressurser er på plass, hvordan praksisen faktisk brukes og hvilke resultater den gir. Erfaringer og funn brukes i videre forbedringsarbeid.

Etter alvorlige hendelser er det særlig viktig å evaluere tiltakene for å avklare om læring og forbedring har funnet sted, og om risikoen for lignende hendelser er redusert. Evalueringen kan struktureres ved å se på forhold knyttet til struktur, prosess og resultat. Se Helsedirektoratets Guide for implementering, tabell 4, for aktuelle metoder for å følge med på og å evaluere ny praksis ([Implementering, justering og evaluering av ny praksis](#)).

## Deling av læring etter alvorlige hendelser

Læringen fra arbeidet med den alvorlige hendelsen formidles og påvirke praksis utover den enkelte enheten hvor hendelsen skjedde. Etabler strukturer og kultur for at læringsmomenter, informasjon om årsaker, endring av praksis og effekten av tiltak deles slik at flere kan ha nytte av denne innsikten. Det kan gjelde deling innad og på tvers av virksomheter. Eksempler på hvordan dette kan gjøres<sup>[1]</sup> <sup>[2]</sup>:

- utarbeidelse av anonyme læringsnotater, som gjøres tilgjengelig for medarbeidere
- fremlegg av caseeksempler på ledersamlinger, kvalitetsdager og lignende
- sammenstille funn fra gjennomgang av hendelser som viser fellestrekk og gir informasjon som grunnlag for ledelsesbeslutninger på strategisk nivå
- presentere læringen fra arbeidet i relevante fora både internt og eksternt, eksempelvis i helsefelleskap, regionale og nasjonale møter
- følge opp gjentakende funn fra gjennomgang av hendelser med konkrete tiltak, for eksempel innen opplæring og kommunikasjon

Ved intern eller eksternt offentliggjøring av læring fra arbeidet med alvorlige hendelser, også når eksempler er anonymisert, tas det hensyn til hvordan de involverte opplever fremstillingen. For å støtte mestring og bearbeiding er det viktig at de involverte får eierskap til egen fortelling og kjenner seg igjen i beskrivelsen.

Vurder også om det er forhold ved hendelsen eller gjennomgangen av den som bidrar til at det kan være vanskelig å finne frem til læringspunkter og/eller dele læringen.

Det er læringen fra arbeidet som skal deles; selve forbedringsrapporten, se kapittel 8, deles ikke, men oversendes statsforvalteren.

[1] [Erfaringer med hendelsesanalyse og hendelsesgjennomgang. Kapittel 8 fra Rapport fra Helsetilsynet 4/2019 \(helsetilsynet.no\)](#)

[2] [Guide for ivaretagelse av pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere ved uønskede hendelser](#)

## Nasjonal læring og identifisering av risikoområder

Læring fra alvorlige hendelser skal ikke bare skje lokalt, men også benyttes på nasjonalt nivå. Erfaringer fra hendelser systematiseres, analyseres og deles av nasjonale myndigheter for å identifisere risikoområder og bidra til forbedring i hele helse- og omsorgstjenesten. Meldeordningen skal særlig støtte læring og forebygging, og styrke kunnskapsdeling på tvers av virksomheter[1].

Det finnes også en rekke utviklingssentre samt kunnskaps- og kompetansesentre i helse- og omsorgstjenesten. Disse har som mål å fremme kompetanse- og fagutvikling på tvers av fagområder, nivåer og sektorer, og fungerer som ressurser for både kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten. I tillegg gir Folkehelseinstituttets forskningsarbeid et viktig kunnskapsgrunnlag for læring og forbedring i tjenestene. Universiteter, høyskoler og forskningsinstitutter bidrar videre med forskning, utvikling og innovasjon som støtter kontinuerlig forbedring av helsetjenesten[2].

[1] [Prop. 121 L \(2024 – 2025\) Endringer i helsetilsynsloven mv. \(ny meldeordning for alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten \(regjeringen.no\)\)](#)

[2] [Fra varsel til læring og forbedring \(regjeringen.no\)](#)

## Ressurser

- [Forbedringsguiden - nettside hvor guiden kan lastes ned \(itryggehender24-7.no\)](#)
- [Guide for ivaretagelse av pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere ved uønskede hendelser](#)
- [Guide for implementering: En fagressurs for implementering av Helsedirektoratets nasjonale krav og anbefalinger](#)
- [Helsedirektoratets nettside om kompetansesentre og kompetansetjenester](#)
- [Nettside for utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester \(utviklingssenter.no\)](#)
- [På Helsetilsynets nettsider finnes oppsummeringer av erfaringer fra tilsyn og forbedringsarbeid \(helsetilsynet.no\)](#)

---

# Refleksjonsspørsmål for kvalitet, læring og forbedring ved gjennomgang av alvorlige hendelser

Uansett metode for gjennomgang av den alvorlige hendelsen, er det relevant å besvare noen spørsmål for å sikre kvalitet, læring og forbedring (se forslag under). Dersom spørsmål ikke lar seg besvare, vurderes det om gjennomgangen er god nok eller om det er behov for ytterligere arbeid<sup>[1]</sup>. Spørsmålene er ment som støtte for refleksjon og økt bevissthet i gjennomgangen av hendelsen - ikke som dokumentasjonskrav i forbedringsrapporten.

Spørsmålene nedenfor besvares sammen med «Hvordan vet vi det?» - samt en kort forklaring av hva som er gjort, eller planlegges gjort. Dette skal tydeliggjøre hva som bygger på kjent informasjon / fakta, og hva som eventuelt må undersøkes nærmere.

## Ivaretagelse av pasient, bruker og pårørende

- Har pasient/bruker/pårørende blitt møtt med empati og støtte?
- Har pasient/bruker/pårørende fått god informasjon i samsvar med deres rettigheter<sup>[2]</sup>?
- Har pasient/bruker/pårørende fått en forklaring på hendelsen?
- Har pasient/bruker/pårørende fått dele sine erfaringer og forbedringsforslag? Er dette fulgt opp i lærings- og forbedringsarbeidet?
- Har pasient/bruker/pårørende fått en beklagelse og evt. en unnskyldning?
- Opplever pasient/bruker/pårørende gjennomgangen av hendelsen og forbedringsarbeidet som trygt og tillitsvekkende? Stoler de på oss når vi sier at det som har skjedd, skal ikke skje igjen?

## Ivaretagelse av medarbeidere

- Har involverte medarbeidere blitt møtt med empati og støtte?
- Har involverte medarbeidere blitt fulgt opp på en systematisk måte?
- Har involverte medarbeidere fått forklare seg om det som skjedde i gjennomgangen av hendelsen og fått delt sine forbedringsforslag? Er dette fulgt opp i lærings- og forbedringsarbeidet?
- Opplever involverte medarbeidere gjennomgangen og forbedringsarbeidet som trygt og tillitsvekkende?

## Virksomheten

- Er gjennomgangen av hendelsen tilstrekkelig omfattende?
- Har gjennomgangen bidratt til å forstå hvordan samspillet mellom mennesker, verktøy og teknologi, oppgaver, organisering og organisasjon, fysiske omgivelser og ytre rammebetingelser bidro til at hendelsen skjedde?
- Har riktige medvirkende årsaker kommet fram?
- Er medvirkende årsaker for det som skjedde plassert på riktig organisatorisk nivå?
- Oppfatter virksomheten gjennomgangen som troverdig?

## Tiltak

- Har tiltakene fokus på system fremfor individrettede løsninger?
- Kommer systemet å bli sikrere om de foreslåtte tiltak innføres?
- Kommer de foreslåtte tiltakene til å gjennomføres?
- Kommer den planlagte oppfølgingen av tiltakene til å gjennomføres?

## Læring og forbedring

- Har involverte personer og virksomheten lært noe av det som har skjedd?
- Kan vi si at virksomheten vil være tryggere etter det som skjedde enn før?
- Kommer læring fra hendelsen til å deles utenfor egen enhet?
- Finnes det en plan for hvordan deling av læring skal skje internt og eksternt?
- Er det forhold som gjør det vanskelig å finne og/eller dele læringspunkter fra hendelsen?
- Er tiltakene integrert og dokumentert i styringssystemet?

## Tidsperspektivet

- Er det grunn til å fullføre gjennomgang av hendelsen før tiltak iverksettes, eller er det grunn til å iverksette tidlige eventuelt passende tiltak før gjennomgangen er avsluttet?

## Risiko

- Er det avdekket bifunn eller risiko som ikke direkte har forårsaket hendelsen, og laget en plan for hvordan disse skal følges opp?

Spørsmålene over er inspirert av LØF: [Handbok Utredning av allvarliga vårdskador – vägledning vid utredning och handbok för metoden händelseanalys \(wp.lof.se, PDF\)](#)

[1] [Handbok utredning och händelseanalys \(wp.lof.se, PDF\)](#)

[2] [Pasienters, brukeres og nærmeste pårørendes rett til informasjon ved skade eller alvorlige komplikasjoner](#)

---

# Forbedringsrapport etter alvorlige hendelser

Alle virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester, har meldeplikt om alvorlige hendelser, og meldinger skal sendes via portalen på melde.no som tidligere. Innen 3 måneder etter at hendelsen er meldt skal virksomheten også sende en forbedringsrapport til statsforvalteren. Det overordnede formålet med å utarbeide forbedringsrapport er læring og forbedring av pasient- og brukersikkerheten, og forbedringsrapporten skal inngå som en del av virksomhetens kvalitetsforbedringsprosess<sup>[1]</sup>. Forbedringsrapportene gir statsforvalteren bedre innsikt i virksomhetenes arbeid og støtter en utvikling fra hovedsakelig kontroll og granskning av enkelthendelser til mer veiledning og støtte.

## Innhold i forbedringsrapporten

Forbedringsrapporten har ikke krav til bestemt form eller fast oppsett. Omfanget skal tilpasses hendelsens karakter og virksomhetens størrelse, og både dokumentasjon og utforming kan variere etter type hendelse.

Mange virksomheter bruker egne maler for sluttrapport etter gjennomgang av alvorlige hendelser. Disse kan benyttes som grunnlag for forbedringsrapport til statsforvalteren, forutsatt at de oppfyller lovpålagte krav til innhold.

Interne prosessdokumenter, referater fra hendelsesgjennomganger og lignende skal ikke legges ved rapporten, da dette regnes som interne arbeidsdokumenter. Informasjon fra slike dokumenter kan likevel brukes som grunnlag i forbedringsrapporten.

Forbedringsrapporten skal blant annet inneholde:

- en beskrivelse av hendelsesforløpet og identifiserte medvirkende årsaker
- hvilke tiltak virksomheten har iverksatt eller planlegger å iverksette for å forebygge lignende hendelser
- hvordan pasient, bruker og pårørende er fulgt opp og involvert i forbedringsarbeidet
- hvordan berørte medarbeidere er fulgt opp og involvert i forbedringsarbeidet

Beskrivelsen av hendelsesforløpet skal være kortfattet, saklig og objektiv, men samtidig inneholde tilstrekkelige detaljer. Språket støtter læring og refleksjon, og retter oppmerksomheten mot systemforhold fremfor enkeltpersoner.

Nedenfor følger forslag til relevante områder som kan inngå i forbedringsrapporten. Listen er ikke uttømmende, men dekker i hovedsak lovpålagte krav. Underteksten til hvert punkt er kun veiledende og ment som støtte til hva området kan inneholde.

Tabell: Forslag til relevante områder som kan inngå i en forbedringsrapport

|                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>INNLEDNING</b>                                                                                                                                   |
| Evt. samhandling i gjennomgang av alvorlige hendelser                                                                                               |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Beskriv hvordan virksomheten har samarbeidet med andre virksomheter i gjennomgangen av hendelsen.</li></ul> |
| Hvem har deltatt i gjennomgang av hendelsen                                                                                                         |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Beskriv roller, ikke navn</li></ul>                                                                         |

## HENDELSESFORLØP OG MEDVIRKENDE ÅRSAKER

### Hendelsesforløpet

- Beskrivelsen bør være enkel, saklig og objektiv, samtidig som den inneholder tilstrekkelig detaljnivå
- Fremstillingen kan gjøres som en tidslinje og/eller i tekst

### Identifiserte medvirkende årsaker

- Beskriv forhold på ulike nivå i virksomheten som kan ha bidratt til at hendelsen skjedde. Legg særlig vekt på samspillet mellom følgende:
  - mennesker
  - verktøy og teknologi
  - oppgaver
  - organisering og organisasjon
  - fysiske omgivelser
  - ytre rammebetingelser

## TILTAK

### Beskrivelse av

- hvilke tiltak som er iverksatt
- hvilke tiltak som skal iverksettes, av hvem og innen hvilken frist
- hvordan og når tiltakene skal evalueres og følges opp, og av hvem
- hvilke endringer som er gjort i styringssystemet etter gjennomgang av hendelsen

En handlingsplan kan evt. legges ved som svar

## IVARETAKELSE AV PASIENT, BRUKER OG PÅRØRENDE

### Beskrivelse av

- hvordan pasient, bruker, pårørende har blitt fulgt opp etter hendelsen (f.eks. fått tilbud tilpasset den enkeltes situasjon og behov, fått en beklagelse / evt. unnskyldning)
- hvordan virksomheten har ivaretatt pasient/bruker/pårørendes behov for informasjon i samsvar med deres rettigheter, jfr. [Pasienters, brukeres og nærmeste pårørendes rett til informasjon ved skade eller alvorlige komplikasjoner \(PDF\)](#)
- hvordan pasient, bruker og pårørende har blitt involvert i gjennomgang av hendelsen og fått anledning til å dele sine erfaringer og forslag til forbedring og hvordan dette har blitt brukt til læring og forbedring

## IVARETAKELSE AV MEDARBEIDERE

### Beskrivelse av

- hvordan berørte medarbeidere har blitt fulgt opp og om dette er gjort på en systematisk måte (f.eks. fått tilbud om kollegastøtte)
- hvordan berørte medarbeidere har blitt involvert i gjennomgang av hendelsen og fått anledning til å dele sine erfaringer og forbedringsforslag og hvordan dette har blitt brukt til læring og forbedring

## LÆRING OG FORBEDRING

### Beskrivelse av

- hva virksomheten har lært av det som har skjedd
- hva andre virksomheter kan lære?
- hvordan læring fra hendelsen skal deles internt og/eller eksternt

# Hvilken virksomhet skal melde hendelsen og sende forbedringsrapport

Det er virksomheten som har ytt helse- og omsorgstjenestene som er omfattet av meldeplikten, og skal sende forbedringsrapport om hendelsen.

I enkelte tilfeller kan det oppstå spørsmål om hvilken virksomhet som skal melde hendelsen. Det kan for eksempel være tilfelle ved hendelser etter utskrivning fra en helseinstitusjon eller overganger mellom tjenestenivåer. I slike tilfeller må involverte tjenester selv gjøre en innledende vurdering av om det foreligger en årsakssammenheng mellom skaden og helse- og omsorgstjenestene som er ytt eller unnlatt ytt.

Ved overganger mellom tjenestenivåer – der en pasientskade oppstår på annet nivå enn der den potensielle svikten i helsetjenestene oppsto, for eksempel ved for tidlig utskrivning eller for sen/manglende henvisning til riktig tjenestenivå er det ikke regulert spesifikt hvilken virksomhet som skal melde om hendelsen. Meldeplikten pålegger imidlertid enhver virksomhet som blir kjent med en alvorlig hendelse, der vilkårene for å melde er oppfylt, å sende melding.

På bakgrunn av de generelle samarbeidspliktene som gjelder for virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester vil virksomhetene også ha plikt til nødvendig samarbeid for å overholde lovpålagt meldeplikt.

I saker der virksomhetene er i tvil om det foreligger meldeplikt for en hendelse, kan virksomheten ta kontakt med statsforvalter for å få veiledning i om hvorvidt hendelsen omfattes av meldeplikten. Statsforvalter kan også veilede dersom det er tvil om hvilken virksomhet som melde og skal sende forbedringsrapport.

## Oversendelse til statsforvalteren

Informasjon om innsending av forbedringsrapport vil finnes på Helsetilsynets nettside, samt i informasjons-/veiledningsbrev virksomhetene mottar etter at melding om alvorlig hendelse er sendt inn.

## Innsyn i forbedringsrapporter

Forbedringsrapporten som sendes til statsforvalteren er en del av saksdokumentene og kan dermed være gjenstand for innsyn. Innsyn i forbedringsrapporter vurderes alltid konkret etter de ordinære reglene i offentlighetsloven, forvaltningsloven og eventuelle taushetspliktsbestemmelser.

Pasienter og pårørende kan også be om å få forbedringsrapporten til gjennomgang og eventuelle innspill som en del av saksbehandlingen.

[1] [Prop. 121 L \(2024 – 2025\) Endringer i helsetilsynsloven mv. \(ny meldeordning for alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten \(regjeringen.no\)\)](#)

---

# Metode og prosess

## Bakgrunn

Helsedirektoratet fikk i januar 2026 oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) å utarbeide veileder(e) for rapport til statsforvalter i ny meldeordning, eventuelt med eksempler og/eller maler. Gjennom innsiktsarbeidet ble det imidlertid klart at behovet strakte seg utover veiledere med hovedvekt på rapportering. Helsedirektoratet valgte derfor å løse oppdraget bredere, ved også å inkludere veiledning til virksomhetenes arbeid med læring og forbedring etter alvorlige hendelser. HOD støttet denne utvidelsen.

Resultatet er utformet som en guide. Denne betegnelsen er valgt for å skille produktet fra Helsedirektoratets normerende produkter. Tilsvarende er begrepet forbedringsrapport brukt for å synliggjøre at arbeidet ikke bare handler om rapportering av alvorlige hendelser, men om læring og forbedring.

Formålet med arbeidet har vært å utvikle en guide som kan støtte virksomheter i helse- og omsorgstjenesten i å arbeide systematisk med læring og forbedring etter alvorlige hendelser, herunder utarbeidelse av forbedringsrapporter i tråd med kravene i ny meldeordning. Guiden er ment å bidra til økt kvalitet og mer enhetlig praksis i gjennomgang av hendelser, styrke systemperspektivet og legge til rette for at læring i større grad omsettes til varig forbedring.

Når det gjelder oppfølging og involvering av de berørte, som forbedringsrapporten også skal inneholde informasjon om, finnes allerede [Guide for ivaretagelse av pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere ved uønskede hendelser](#). Disse to guidene utfyller hverandre, og inngår som et helhetlig verktøy.

## Målgruppe

Guide for læring og forbedring etter alvorlige hendelser og veiledning for arbeid med forbedringsrapport er relevant for:

- ledere på alle nivå i helse- og omsorgstjenesten
- støttefunksjoner som arbeider med fagutvikling, kvalitet og pasient- og brukersikkerhet
- helsepersonell og andre medarbeidere
- pasienter, brukere, og pårørende
- HR, HMS, bedriftshelsetjenesten og vernetjenesten

## Arbeidsform og deltakere

Tabell 4 Intern prosjektgruppe

| Navn                    | Tittel                                                | Sted                          |
|-------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------|
| Kari Annette Os         | Avdelingsdirektør og prosjekteier for dette oppdraget | Avdeling for pasientsikkerhet |
| Anne-Berit Schelbred    | Seniorrådgiver og prosjektleder for dette oppdraget   | Avdeling for pasientsikkerhet |
| Anne Kristin Ihle Melby | Prosjektleder                                         | Avdeling for pasientsikkerhet |
|                         |                                                       |                               |

|                                |                |                               |
|--------------------------------|----------------|-------------------------------|
| <b>Ida Olsen</b>               | Seniorrådgiver | Avdeling for pasientsikkerhet |
| <b>Joy Buikema Fjærtøft</b>    | Prosjektleder  | Avdeling for pasientsikkerhet |
| <b>Wenche Pedersen Patrono</b> | Seniorrådgiver | Avdeling for pasientsikkerhet |

Øvrige bidragsytere:

- Vitalii Ikoiev, seniorrådgiver, avdeling for kompetanse
- Knut Erlend Retvedt, seniorrådgiver, avdeling for helserett
- Marit Garfjeld, seniorrådgiver, avdeling for kommunikasjon
- Dragana Njegic, rådgiver, avdeling for kommunikasjon

Det er samlet inn kunnskap om hvordan virksomhetene i dag håndterer alvorlige hendelser, og hvordan de bruker disse hendelsene til læring og forbedring. Det er også kartlagt hvilke behov virksomhetene har for veiledning og støtte, slik at rapporteringen faktisk bidrar til læring og forbedring, slik loven krever.

Prosjektet har hatt innsiktsmøter med følgende virksomheter:

- Helseforetak: Nordlandssykehuset, Stavanger universitetssykehus, Sørlandet sykehus: Kristiansand, Arendal og Flekkefjord, Helse Nord-Trøndelag og Ahus
- RHF: Helse Nord og Helse Midt-Norge
- Kommuner: Bærum, Bergen, Hustadvika og Skien
- 2 fastleger
- Instruktører i Helsedirektoratets kurs i hendelsesanalyse
- Kommunesektorens organisasjon (KS)
- Senter for kvalitet i legetjenester (SKIL)
- Sosialstyrelsen og IVO
- Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom)
- Statsforvaltere: Vestland, Møre og Romsdal og Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus
- Helsetilsynet

Det er gjennomført møte med pasient- og brukerorganisasjoner blant annet for å innhente råd om hvordan virksomhetene kan sikre god praksis i involvering i gjennomgang av hendelsen og innspill til støttemateriale med formål om læring og forbedring.

Innsiktsarbeidet viser tydelig at virksomhetene har behov for mer kunnskap, veiledning og støttemateriale. Arbeidet med læring og forbedring etter alvorlige hendelser synes å være lite systematisk og preget av stor variasjon. Det er derfor behov for kunnskap om grunnleggende forutsetninger for pasient- og brukersikkerhet, som systemperspektiv, ledelse, medvirkning og læringssystemer, i tillegg til veiledning om hvordan følge opp alvorlige hendelser for å oppnå varig forbedring.

Det har vært jevnlig møter med Helsetilsynet for å samordne arbeidet, planlegge kommunikasjon og sikre god kvalitet og måloppnåelse. Ukom har bidratt med faglige innspill og tekst.

På grunn av kort tidsfrist ble guiden og støttematerialet verken sendt på høring eller testet før den trådte i kraft. Helsetilsynet, alle statsforvalterembetene, Ukom samt virksomhetene som deltok i innsiktsarbeidet og som ønsket å gi innspill, har fått tilsendt utkastet med mulighet til å gi tilbakemeldinger.

For å sikre at guiden og støttematerialet møter virksomhetenes behov, vil Helsedirektoratet innhente innspill etter at loven har tredd i kraft 1. juli 2026. Statsforvalterne kan i tillegg vurdere om forbedringsrapportene gir

god nok og relevant informasjon til at de kan gi veiledning og støtte. Erfaringene fra dette vil bli brukt til å forbedre guiden og støttematerialet. Guiden skal også utvides med flere verktøy og annet støttemateriale.

Det er informert om arbeidet med guiden og støttematerialet i Helsedirektoratets ledermøte.

I arbeidet med språkvask og klarspråk er Microsoft Copilot benyttet som støtteverktøy. Verktøyet er benyttet til oppsummering etter innsiktsarbeidet og har bidratt til å forenkle formuleringer og forbedre lesbarhet. Alt faglig innhold, vurderinger og endelig formulering er kvalitetssikret av Helsedirektoratet.

## Kunnskapsgrunnlaget

Guiden er basert på relevante offentlige dokumenter som

- [Prop. 121 L \(2024 – 2025\) Endringer i helsetilsynsloven mv. \(ny meldeordning for alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten \(regjeringen.no\)\)](#)
- [Meld. St. 9 \(2023 – 2024\) Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027\(regjeringen.no\)](#)
- [Fra varsel til læring og forbedring. Rapport fra utvalg oppnevnt for å vurdere varselordningene til Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten \(regjeringen.no\)](#)
- [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten \(lovdata.no\)](#)
- [Systemperspektiv i gjennomgang av alvorlige uønskede hendelser \(2025\) \(ukom.no\)](#)
- [Pasientskader – fortsatt muligheter for læring og forbedring \(2025\) \(helsetilsynet.no\)](#)
- [Fra erfaring til læring – Første halvårslige rapport med innsikter om varsler om alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten \(helsetilsynet.no\)](#)

Innhold som belyser ivaretagelse av pasienter, brukere, pårørende og involverte medarbeidere, bygger på innholdet i [Guide for ivaretagelse av pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere ved uønskede hendelser](#) (2024). Guiden for ivaretagelse er resultat av et prosjekt i Helsedirektoratet med bred involvering av pasienter og brukere. Den er utviklet etter prinsipper om kunnskapsbasert praksis, som kombinerer forskningsbasert kunnskap, erfaring fra praksis og kunnskap fra pasienter, brukere og pårørende. Brukermedvirkning inkluderte profesjonsforeninger (Legeforeningen Sykepleierforbundet, Psykologforeningen), brukerorganisasjoner (Pasientskadeforeningen, Pasientforeningen, Pårørende Alliansen), brukerråd (Region Nord og Helsedirektoratet), samt koordinerende Pasient- og brukerombud, academia og andre instanser.

Innhold som belyser implementering av tiltak bygger på [Guide for implementering: En fagressurs for implementering av Helsedirektoratets nasjonale krav og anbefalinger](#).

Relevant litteratur innen ledelse, pasientsikkerhet, systemperspektiv og forbedringsmetodikk av blant annet WHO, Karina Aase og Elisabeth Arntzen ligger også til grunn for arbeidet.

## Rettslig betydning

Guide for læring og forbedring etter alvorlige hendelser og veiledning for arbeid med forbedringsrapport må forstås i lys av grunnleggende helserettslige plikter og rettigheter, blant annet om forsvarlig tjenesteyting, pasient- og brukermidvirkning, taushetsplikt og vern av personsensitive opplysninger, dokumentasjonsplikt, opplysningsplikt, samtykke for å yte helsetjenester og kommunikasjon tilpasset mottakerens forutsetninger relatert til alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn m.m.

