

Fall som symptom

Gjentatte fall, subakutt forverring og legetilgang i bemanna omsorgsbustader

ukom.no

Ukom

Innhold

1. Samandrag 3
2. Bakgrunn for undersøkinga 4
3. Hendinga: Anne fall fleire gonger den same dagen 5
4. Kva kunne dei gjentatte falla til Anne bety? 8
    - Gjentatte fall og uspesifikke symptom kan krevje rask respons 8
    - Kunnskap frå pårørande om habitualtilstanden styrker vurderinga 9
5. Organisering av tenestene til dei eldre 11
    - Tilgang til lege for konferering når situasjonen er uklar 11
    - Bemanning i omsorgsbustad sikrar ikkje nok oppfølging når behova aukar 13
6. Anbefalingar 16
    - 1. Føreseieleg tilgang til medisinsk vurdering 16
    - 2. Forstå når fall er teikn på forverring 18
    - 3. Kommunane må tilpasse tilbodet til behova i bebuargruppa 19
7. Læringsmateriale 21
8. Framgangsmåte for undersøkinga 22
    - Datainnsamlingsfasen 22
    - Bearbeiding av data og rapportskriving 22
9. Oppdraget til Ukom 24
10. Summary in English 25
11. Referanser 27

1 Samandrag

Publisert 17. november 2026 Sist oppdatert 17. november 2026

Rapporten tar utgangspunkt i ei hending der Anne, ei eldre kvinne i ein bemanna omsorgsbustad, fall fleire gonger same dag. Anne var svimmel og periodevis forvirra. Både dottera og fastlegen hadde over tid uttrykt uro for at helsetilstanden hadde blitt dårlegare. På sjukehuset viste ei CT-undersøking eit subduralt hematom, ei bløding under den ytste hjernehinna.

Undersøkinga viser at opplysningane om gjentatte fall, svimmelheit, forvirring og endra funksjon ikkje førte til ei samla vurdering tidleg i forløpet. Kjende forhold ved helsetilstanden til Anne prega forståinga av dei nye symptoma. Hos eldre kan nye eller gjentatte fall vere teikn på sjukdom, skade eller forverring. For pasienttryggleiken er det avgjerande at tenesta ser endringane i samanheng og samanliknar dei med den vanlege helsetilstanden og funksjonen.

Dottera reagerte på at falla var uvanlege. Kunnskap og uro frå pårørande kan utfylle det helsepersonell observerer og måler. Trygg oppfølging må likevel ikkje vere avhengig av at pårørande gjentar bekymring eller sjølve skaffar akutt helsehjelp.

Anne fall fleire gonger og hadde uklare symptom. Dei tilsette fekk ikkje kontakt med fastlegen og brukte heller ikkje dei andre ordningane for å få fatt i lege på dagtid. Dei observerte derfor Anne vidare og venta til legevakta opna på ettermiddagen. Undersøkinga viser samtidig at gode kontaktvegar ikkje alltid er nok. Det kan vere krevjande å etablere ei felles forståing og ordningar for rask medisinsk støtte når bebuarane har ulike fastlegar.

Undersøkinga viser også eit spenn mellom forventningane som fast bemanning kan skape, og rammene for vedtaksbaserte heimetenester. Fast bemanning sikrar i seg sjølv ikkje tett observasjon eller rask medisinsk avklaring. Kommunane må jamleg vurdere om tilbodet svarar til behova i bebuargruppa og gir rom for å tilpasse oppfølginga når behova endrar seg.

Ukom gir tre anbefalingar:

1. Kommunane må sikre at tilsette i bemanna omsorgsbustader har føreseieleg tilgang til medisinsk konferering, og at bebuarane kan få rask medisinsk vurdering gjennom heile døgnet. På dagtid må kommunen og fastlegetenesta ha kjende kontaktvegar og avklarte ordningar for respons. Kommunane må følge med på om ordningane faktisk gir tilsette rask tilgang til lege, også når fastlegen ikkje er tilgjengeleg.

2. Kommunane må sikre at tilsette som følger opp eldre, har kompetanse til å forstå gjentatte fall som eit mogleg teikn på sjukdom, skade eller forverring. Arbeidsmåtane må sikre at relevante opplysningar frå pårørande inngår i den samla vurderinga. Helsedirektoratet kan, i samarbeid med Utviklingssentera for sjukeheim og heimetenester (USHT), styrke den nasjonale faglege støtta gjennom råd, rettleiing og støtte til implementering.

3. Kommunane må jamleg vurdere om tilbodet i bemanna omsorgsbustader svarer til behova i bebuargruppa og om tenesta kan tilpasse oppfølginga når behova endrar seg.

2 Bakgrunn for undersøkinga

Publisert 17. november 2026 Sist oppdatert 17. november 2026

Fleire eldre lever lenger med kronisk sjukdom, kognitiv svikt og samansette helseplagar., Dette utfordrar dei kommunale helse- og omsorgstenestene. Samtidig er det eit politisk mål at fleire skal kunne bu heime eller i omsorgsbustad lengst mogleg (1). Dette fører til at kommunane i aukande grad gir helse- og omsorgstenester til personar med omfattande behov utanfor institusjon.

Ukom fekk varsel frå ein pårørande om ei kvinne som fall fleire gonger same dag i ein bemanna omsorgsbustad. Dei tilsette observerte kvinna, ringte legekontoret, men gav opp i telefonkø. Dottera blei bekymra og reiste til omsorgsbustaden. Ho ringde 113 då ho såg at mora hadde falle igjen.

Bemanna omsorgsbustader er eit omsorgstilbod der fleire med omfattande behov får tenester utanfor institusjon(1, 2). Mange bebuarar har behov for tett oppfølging, koordinering og helsefaglege vurderingar over tid. Tenestene er organiserte som heimetenester, samtidig som fleire bebuarar har behov som tidlegare var vanlegare i institusjon som sjukeheim. Når behova blir meir samansette enn tilbodet er dimensjonert for, kan det bli vanskeleg å gi god oppfølging.

Fall er ei av dei største utfordringane i eldreomsorga. Fall kan føre til skade, funksjonstap og redusert livskvalitet, og kan også vere eit tidleg teikn på sjukdom eller endring i helsetilstanden. Helsepersonell må derfor sjå gjentatte fall eller auka falltendens i ein breiare klinisk samanheng, fordi dei kan vere teikn på alvorlege underliggande tilstandar.

Bebuarar i bemanna omsorgsbustader får som oftast medisinsk oppfølging gjennom fastlegeordninga. Helsepersonell i bustaden observerer og følger opp endringar i helsetilstanden i det daglege. Fleire kommunar og fagmiljø har peikt på at det er vanskeleg å få tilgang til lege.

Ukom har fått fleire meldingar om eldre i omsorgsbustader eller med heimetenester som fekk forsinka vurdering og oppfølging etter fall eller andre endringar i helsetilstanden.

Med denne bakgrunnen valde Ukom å undersøke denne saka. Hendinga viser kor krevjande det kan vere å oppdage og følge opp akutte og subakutte endringar hos eldre i bemanna omsorgsbustadar. Dette er viktig å undersøke fordi forsinka oppdaging og oppfølging kan få alvorlege konsekvensar for pasienttryggleiken.

3 Hendinga: Anne fall fleire gonger den same dagen

Publisert 17. november 2026 Sist oppdatert 17. november 2026

Anne, ei kvinne i slutten av 70-åra, budde i ein bemanna omsorgsbustad. Ho hadde myalgisk encefalomyelitt (ME), ein sjukdom som gir langvarig utmatting, og som over tid hadde gjort henne meir hjelpetrengande. Etter eit lengre opphald på korttids- og rehabiliteringsavdeling, fekk ho tilbod om ein kommunal bustad med bemanning heile døgnet.

Anne har vore yrkesaktiv store delar av livet. Ho har vore gift, og har to barn.

Anne hadde over tid hatt lite energi, låg mykje, åt lite og hadde utfordringar med hukommelsen utan at det var påvist demens. Ho hadde også plager med mellom anna at ho var svimmel, hadde kvalme og smerter. Ho hadde gått ned i vekt. Utover hausten blei både dottera og fastlegen bekymra for denne utviklinga, at ho isolerte seg meir og hadde lågt aktivitetsnivå. Tidlegare hadde ho fortalt om nokre enkeltståande fall.



Foto: Shutterstock

Anne fekk hjelp til måltid, personleg hygiene og reinhald. Sjølv gjorde ho litt husarbeid. Ho hadde jamleg kontakt med dottera, som visste kva som var viktig for at mora skulle trivast.

Ein dag på tidleg nyåret fall Anne fleire gonger mellom morgonen og ettermiddagen. Etter det første fallet observerte ein pleiar eit merke på ryggen. Anne var svimmel og verka periodevis forvirra. Personalet gjorde fleire av dei vanlege observasjonane og målte mellom anna blodtrykk og blodsukker. Blodtrykket var noko høgt, men ikkje alarmerande. Dei tilsette vurderte at

ernæringstilstanden og mogleg dehydrering kunne forklare falla. Ein sjukepleier sa til oss at ho tenkte mest at Anne var svimmel på grunn av matmangel.

Personalet kontakta dottera og informerte om fallet og situasjonen. Det blei planlagt eit møte med henne. Dottera ringde opp att og sa at ho ville kome på ettermiddagen. Det var ei travel vakt for sjukepleiaren i omsorgsbustaden. Ho ringte legekontoret, men gav opp i telefonkø. Dei tilsette hadde erfaring med at det var vanskeleg å få tak i fastlege på dagtid. Det blei derfor lagt ein plan om å følgje ekstra med på Anne og heller kontakte legevakt seinare på dagen. Dei tilsette merka seg at ho ikkje hugsa på å bruke alarmen når ho fall.

Anne fall på nytt medan personalet var i telefonen med dottera. Etter nokre timar tok dottera kontakt igjen. Personalet hadde ikkje nådd fram til fastlegen. Då dottera kom fram etter ei reise på om lag to timar, fekk ho vite at mora hadde falle ein gong til.

Då dottera kom inn til Anne, hadde ho falle på badet, og verka redd og forvirra. Dottera ringde då 113. Ambulansepersonalet tok henne med til legevakt, som sende henne til sjukehus.



Foto: Shutterstock

Ved sjukehuset viste CT-undersøkinga eit subduralt hematom, ei bløding mellom den ytste hjernehinna og hjernen. Anne blei operert dagen etter. Etter sjukehusopphaldet opplevde dottera at mora blei betre enn ho hadde vore den siste tida.

Kronisk subduralt hematom

Ved kronisk subduralt hematom samlar det seg blod mellom den ytste hjernehinna og hjernen. Tilstanden er vanlegast hos eldre og kan utvikle seg gradvis, ofte etter ein mindre hovudskade som pasienten ikkje alltid hugsar. Symptoma kan vere diffuse og kome over tid, for eksempel hovudverk, trøyttleik, forvirring, ustøheit, falltendens eller svekt kraft. Diagnosen blir vanlegvis stilt med CT av hovudet (3).

Anne har no flytta og fått eit anna butilbod i ein annan kommune. Ho bur nærmare dottera og har tett kontakt med henne.

4 Kva kunne dei gjentatte falla til Anne bety?

Publisert 17. november 2026 Sist oppdatert 17. november 2026

Fleire hadde opplysningar om at tilstanden til Anne var i rask endring denne dagen. Tilsette observerte fall, svimmelheit og forvirring. Dottera og fastlegen hadde over tid uttrykt uro for at Anne var blitt dårlegare. Då Anne fall fleire gonger same dag, veit vi no at dette var symptom på ein ny tilstand. I dette kapittelet tek vi opp korleis tenesta kan oppdage at uspesifikke symptom og subakutte/akutte endringar samla gir grunnlag for ei ny helsefagleg eller medisinsk vurdering.

Akutte og subakutte endringar hos eldre

Hos eldre kan sjukdom og skade gi nye fall, forvirring, svimmelheit, trøyttleik eller redusert funksjon. Akutte endringar kjem raskt. Subakutte endringar utviklar seg i løpet av timar eller få dagar. Skiljet er ikkje alltid tydeleg. Fleire teikn kan til saman vise at helsetilstanden har endra seg, og at personen kan trenge rask helsefagleg eller medisinsk vurdering (4).

Gjentatte fall og uspesifikke symptom kan krevje rask respons

Anne fall fleire gonger same dag. Det var uvanleg for Anne å falle. Ho var svimmel og periodevis forvirra. Dei tilsette observerte henne, tok dei vanlege målingane og sette i verk tiltak for å hindre nye fall. Dottera blei tidleg bekymra og kontakta akuttmedisinske tenester då ho kom på ettermiddagen.

Opplysningane om falla og dei andre endringane førte ikkje til ei ny samla vurdering tidleg i forløpet. Kjende forhold ved helsetilstanden prega forståinga av dei nye symptoma.

Målingane viste ingen tydelege avvik, bortsett frå noko høgt blodtrykk. Lite matinntak og låg aktivitet framstod som nærliggande forklaringar. Desse kjende helseplager kan ha skugga for dei nye symptoma. Helsepersonell kan også normalisere fall hos eldre og forstå dei som noko venta. Oppfølginga blei derfor retta mot å følge utviklinga og redusere risikoen for nye fall. Ei travel vakt og erfaringar med at fastlegen kunne vere vanskeleg å nå, gjorde vidare observasjon og seinare kontakt med legevakta til eit nærliggande alternativ.

Vi har i denne undersøkinga sett at det kan vere lite merksemd på korleis ein skal agere på gjentatte fall. Dei tilsette sette i gang tiltak som kunne redusere fallrisikoen, men hadde ikkje merksemd på kva falltendensen kunne skuldast.

Nye eller gjentatte fall kan vere kliniske symptom eller teikn på endring i helsetilstanden, i tillegg til å gi risiko for fleire fall. Torgeir Bruun Wyller omtalar i boka *Geriatri: En medisinsk lærebok* ny falltendens hos eldre som eit uspesifikt teikn på somatisk sjukdom og ein mogleg del av akutt funksjonssvikt (4). Norsk indeks for medisinsk nødhjelp gir gul respons ved auka falltendens som har utvikla seg over eitt til to døgn. Nasjonale faglege råd om tidleg oppdaging og rask respons

legg vekt på systematiske observasjonar, tidleg varsling og rask respons når tilstanden blir dårlegare. Ukom har tidlegare vist at kjende tilstandar kan skugge for nye somatiske symptom. Dette blir omtalt som diagnostisk overskugging (5). Helsetilsynet har også peikt på at alvorleg forverring hos eldre ikkje blir fanga opp (6).

Når symptoma er uklare, kan konferering med lege støtte tolkinga av observasjonane, vurderinga av alvoret og vidare oppfølging.

Vurdering av hastegrad

Prehospitale tenester i Noreg (AMK, ambulansetenesta og legevakt) nyttar hovudsakleg fargekodane raud, gul og grøn for å prioritere førespurnader og pasientar.

Dei sentrale verktøya for vurdering av hastegrad gir liknande føringar. Gul respons blir i prehospitale tenester brukt ved moglege alvorlege tilstandar som ikkje er akutt livstruande, men som krev rask medisinsk vurdering.

I *Norsk indeks for medisinsk nødhjelp* står det at legevaktlege skal vurdere førespurnaden snarast (7).

I *Legevaktsindeks* står det at pasienten skal som hovudregel få rask legekonsultasjon, sjukebesøk eller ny vurdering av hastegrad (8).

I *Legevakthåndboken* står det at lege skal informerast, og pasienten skal vurderast som den neste i køen (9).

Verktøya viser samla at gul respons krev rask medisinsk oppfølging – utan at situasjonen nødvendigvis er så akutt at han utløyser raud (akutt) respons.

Kunnskap frå pårørande om habitualtilstanden styrker vurderinga

Dottera reagerte på at Anne hadde falle fleire gonger på kort tid. Det var uvanleg.

Den siste tida hadde dottera også sett at Anne var blitt trøyttare, meir passiv og fungerte dårlegare. Fastlegen hadde merka seg at Anne var lite aktiv og låg mykje.

Habitualtilstand

Habitualtilstanden er den vanlege helsetilstanden og funksjonen til ein person over tid. Han omfattar mellom anna fysisk og kognitiv funksjon, åtferd, aktivitetsnivå og kjende normalverdiar (10). I den norske helsetenesta blir omgrepet først og fremst brukt som eit munnleg og skriftleg faguttrykk i pasientjournalar. Det står ofte i motsetnad til omgrepet allmenntilstand, som skildrar korleis pasienten har det akkurat no (11). Kunnskap om habitualtilstanden gir eit samanlikningsgrunnlag som kan gjere det lettare å oppdage endringar. Opplysningar frå pasienten, pårørande og tilsette som kjenner personen, kan utfylle systematiske observasjonar og målingar (12, 13).

Pårørande kjende habitualtilstanden og reagerte på dei gjentatte falla. Dottera tok kontakt med omsorgsbustaden fleire gonger denne dagen og bad tenesta kontakte lege. Tenesta foreslo eit samarbeidsmøte om den generelle tilstanden, medan dottera oppfatta situasjonen som meir akutt.

Forsking frå heimetenestene viser at kjennskap til den habituelle tilstanden til personen kan hjelpe helsepersonell med å oppdage gradvise endringar hos skrøpelege eldre (14,15). Pasientar og pårørande sit ofte med unik kunnskap om pasienten sin tilstand (16). Opplysningar frå pårørande kan derfor utfylle observasjonar og målingar frå tenesta (17,18). Pårøranderettleiaren legg vekt på at helsepersonell etterspør, dokumenterer og følger opp slike opplysningar (19). I tillegg anbefaler Helsedirektoratet i nasjonale faglege råd om tidleg oppdaging og rask respons ved forverra somatisk tilstand at tenestene observerer systematisk og reagerer raskt når helsetilstanden blir dårlegare (13). Ukom-rapporten Mellom pasientens behov og sykehjemmets rammer viser også behovet for å organisere samarbeid med pårørande som ein del av det faglege arbeidet (20).

Kunnskap om habitualtilstanden kan gjere det lettare å oppdage endringar tidleg. Opplysningar og vurderingar frå pårørande må inngå i vurderingsgrunnlaget saman med observasjonar og målingar frå tenesta. Det gir eit meir heilskapleg bilete av endringane og eit betre grunnlag for å vurdere behovet for vidare oppfølging. Dersom tenesta ikkje legg vekt på denne kunnskapen, kan nødvendige vurderingar og tiltak kome for seint. Oppfølginga må derfor ikkje vere avhengig av at pårørande er pågåande for å bli forstått.



Foto: Shutterstock

5 Organisering av tenestene til dei eldre

Publisert 17. november 2026 Sist oppdatert 17. november 2026

Fleire forhold forma korleis tenesta forstod og følgde opp endringane hos Anne. Dei tilsette måtte tolke observasjonar som kunne ha fleire forklaringar. Samtidig var arbeidet organisert rundt vedtak, planlagde oppgåver og behov hos fleire bebuarar. Tilgang til medisinsk støtte og organiseringa av tenesta påverkar oppfølginga når helsetilstanden endrar seg.

Tilgang til lege for konferering når situasjonen er uklar

Anne fall fleire gonger og hadde uklare symptom. Dei tilsette fekk ikkje kontakt med fastlegen, og brukte ikkje andre ordningar for å få kontakt med lege på dagtid. Dei hadde plan å kontakte legevakt i løpet av kveldsvakta.

I perioden då dei tilsette var usikre på kva symptoma kunne tyde på, fekk dei ikkje kontakt med fastlegen for å konferere. Dei følgde derfor situasjonen vidare fram til legevakta blei tilgjengeleg.

Kommunen hadde ulike ordningar for at helsepersonell kunne kontakte lege. På dagtid skulle dei kontakte fastlegen ved behov for akuttime. Helsepersonell hadde ei liste med direkte telefonnummer til legekontora. Kommunen hadde også ei daglegevaktordning for pasientar som ikkje fekk hjelp hos fastlegen.

Ordningane var lite innarbeidde i verksemda og få av dei tilsette kjende til at det var ei telefonliste med direktenummer. Dei tilsette ringde legekontoret på den ordinære publikumslinja. Dei kom i den vanlege telefonkøen, som dei då ikkje hadde tid til å vente i.

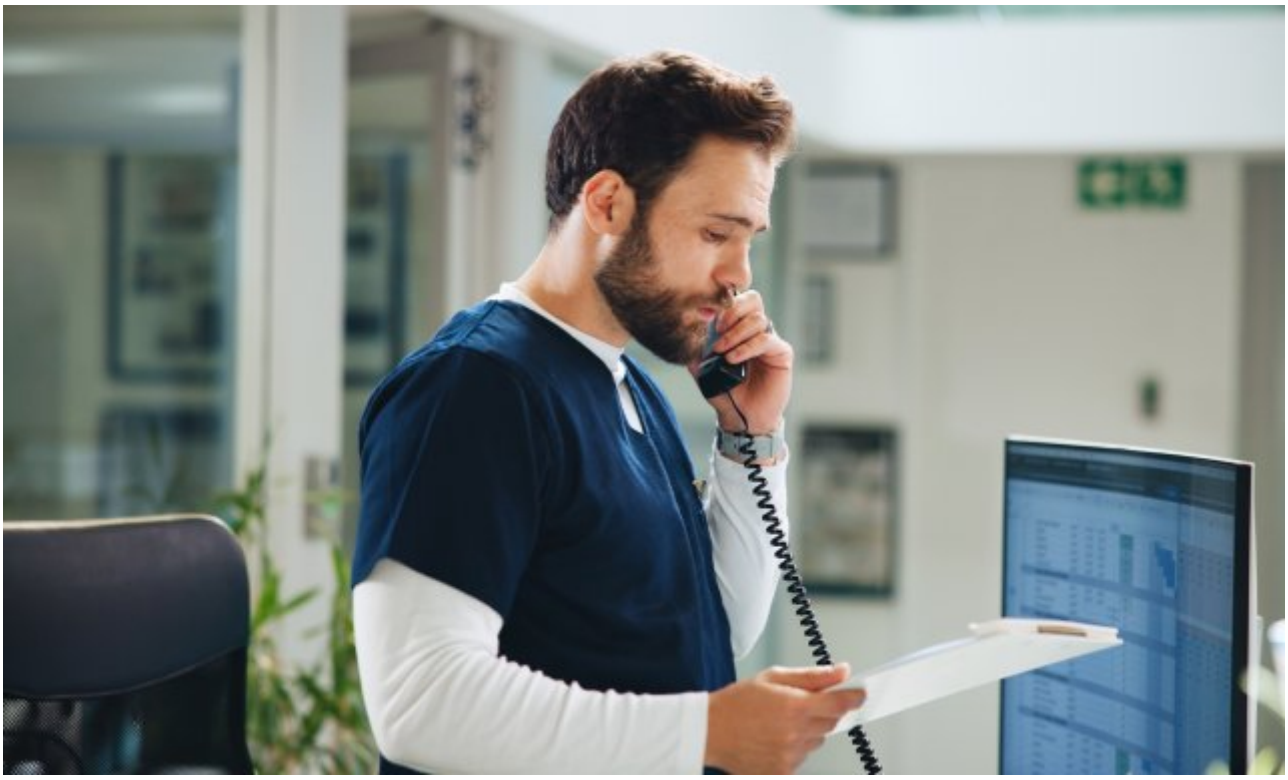


Foto: Shutterstock

Pleie- og omsorgsmeldingar (PLO)

Elektroniske meldingar, ofte kalla pleie- og omsorgsmeldingar (PLO), kan støtte samarbeidet om planlagd oppfølging. Det kan gå to dagar før legekontoret svarer på meldingane.

I omsorgsbustaden nytta dei PLO-meldingar. Sidan det kan gå lang tid før dei får svar på desse, er dette ikkje ein sikker kanal når helsepersonell treng rask medisinsk avklaring.

Eit besøk hos fastlegen ville for Anne kravd følge. Verksemda hadde ikkje tilbod om å følge bebuarar til lege. Legebesøk måtte derfor løysast på ein annan måte i denne verksemda.

For skrøpelege bebuarar kan heimebesøk vere nødvendig for at dei skal få medisinsk vurdering. Fastlegen skal tilby heimebesøk når det er nødvendig for å gi forsvarleg helsehjelp, men ordninga sikrar ikkje nødvendigvis heimebesøk på kort varsel. Ukom har sett i både denne undersøkinga, i andre undersøkingar og i melde saker at det er varierande tersklar for å gå på heimebesøk til pasientane.

Det kan altså vere vanskeleg å få kontakt med lege for tilsette i omsorgsbustad. Ein sjukepleiar fortalte at dei sleit med å få tak i fastlege, «som er eit stort problem for oss i omsorgsbustad, for dei har jo kvar sin fastlege. Nokre er flinke til å svare, mange ikkje». Andre fortalde at det er ein trøttheit knytt til det å få fatt i lege.

Planen om å vente med å kontakte lege var forståeleg ut frå slik dei vurderte symptoma, kontaktvegane, erfaringane og kapasiteten som var tilgjengeleg der og då. Tolkinga av symptoma og erfaringane med avgrensa legetilgang på dagtid gjorde at dei venta med å kontakte lege. Sidan dei vurderte at dei ikkje skulle ringe 113, var alternativet då å vente til dei kunne ta kontakt med legevakt på ettermiddagen.

Bebuarar i omsorgsbustader får i hovudsak medisinsk oppfølging gjennom fastlegeordninga (2). Kartleggingar viser at mange bebuarar i heildøgns omsorgsbustader har omfattande behov. Samtidig varierer organiseringa av legetenesta, kontinuiteten og samarbeidet. Kartleggingane peikar på tilgang til lege, kontinuitet og samarbeid som viktige vilkår for den medisinske oppfølginga (15, 21). Tal frå Helsedirektoratet viser at bebuarar med omfattande bistandsbehov hadde færre konsultasjonar hos fastlegen enn andre bebuarar i omsorgsbustad, men dei med meir behov for hjelp brukte oftare legevakta (2). Vi har i denne undersøkinga og i Funksjonsfall hos eldre som får heimetenester sett at skrøpelege eldre i nokre situasjonar kan vere avhengige av pårørande for å få tilgang til legetenester (22).

Kommunane organiserer følge til fastlege og andre helsetenester ulikt. Kommunane må sikre forsvarlege tenester, også når bebuaren treng følge (23). Korleis kommunane legg til rette for dette påverkar den reelle tilgangen til fastlegen. Undersøkinga viser at utfordringane med tilgang til fastlege får ulik merksemd og blir forstått ulikt av kommunal leiing, omsorgstenesta og fastlegane. Det kan vere krevjande å få god oppslutning og deltaking i samarbeidsarenaer som allmennlegeutvalet. Det kan derfor vere vanskeleg å få ei felles situasjonsforståing.

Når lege er lite tilgjengeleg, kan akutte og subakutte endringar bli avklarte og følgde opp for seint. Skrøpelege eldre som får heimetenester, for eksempel i bemanna omsorgsbustader, treng derfor rask og føreseieleg tilgang til medisinsk vurdering.



Foto: Shutterstock

Bemanning i omsorgsbustad sikrar ikkje nok oppfølging når behova aukar

Til vanleg følgde dei tilsette i den bemanna omsorgsbustaden opp Anne etter individuelle vedtak og innanfor andre rammer enn i sjukeheim. Etter falla vurderte dei tilsette tiltak og planla å sjå oftare til henne.

Undersøkinga viser eit spenn mellom forventningane som eit butilbod med bemanning kan skape, og rammene som bemanna omsorgsbustad har med vedtaksbaserte heimetenester. Tenesta, fastlegar og pårørande kan forstå innhaldet i tilbodet ulikt. Ein leiar fortalde at det kan vere vanskeleg å få tilgang til lege til bebuarane fordi at enkelte fastlegar kan ha høgare terskel for å sjå til desse pasientane sidan dei i bustaden har helsepersonell rundt seg. I tillegg viser undersøkinga at forventingane kan vere vanskeleg å innfri innanfor rammene av vedtaksbaserte heimeteneste.

Bebuarane i omsorgsbustadar kan ha svært ulike behov. Ein sjukepleiar fortalde om mange «dårlege bebuarar med ulike somatiske og psykiatriske tilstandar» og sa: «Vi er eigentleg i mine auge ei sjukeheimsavdeling». Samtidig mangla verksemda praktiske og juridiske innrettingar som ein sjukeheim har. Pasientane i bemanne omsorgsbustad kan vere eller bli meir pleietrengande enn det verksemda er innretta for.

Dei tilsette observerte Anne, informerte pårørande og planla tettare oppfølging. Samtidig skulle dei følge opp planlagde oppgåver og dei andre bebuarane. Bemanninga gav derfor ikkje nødvendigvis rom for tett tilsyn fordi behovet auka raskt.

Vedtaksbaserte tenester

Kommunen må gjere enkeltvedtak når desse tenestene er venta å vare meir enn to veker, det gjeld for eksempel helsetenester i heimen, personleg assistanse, praktisk bistand og opplæring og vedtak om å få plass på sjukeheim eller i ein bustad som gir tilsvarande heildøgnstenester

Vedtaket skal bygge på ei individuell behovsvurdering og seie kva tenester kommunen gir (24).

Institusjon og sjukeheim

Institusjon er ei lovregulert buform. Sjukeheim gir heildøgns opphald. Kommunen gjer vedtak om opphaldet, men ikkje eigne enkeltvedtak om den løpande helsehjelpa. Sjukeheimen skal mellom anna ha organisert legeteneste (23; 25-26).

Bemanna omsorgsbustad

Ein omsorgsbustad er heimen til bebuaren, ikkje ein institusjon. «Bemanna» viser at personell er knytt til bustaden, men endrar ikkje den rettslege statusen.

Bebuarane får individuelt vurderte tenester i heimen. Fastlegen har vanlegvis det medisinske ansvaret (23-25).

Vedtaksbaserte tenester kan rette merksemda mot planlagde oppgåver og gjere det vanskelegare å fange opp endringar i den samla helsetilstanden. Ukom fann dette også i rapporten Funksjonsfall hos eldre som får heimetenester (22).

Forsking frå heimetenestene viser at arbeidsplanar og planlagde oppgåver påverkar kva endringar dei tilsette fangar opp. Kjennskap til bebuaren, klinisk observasjonskompetanse og støtte frå kollegaer kan styrke vurderingane. Det krev at arbeidsplanar, ressursar og rutinar gir rom for å observere og følge opp endringar (27, 28).

I undersøkinga fortalde informantane at dei som bur i desse omsorgsbustadane no har større hjelpebehov enn tidlegare. Ein fastlege, som har vore kommuneoverlege, peika på at «bebuarar i omsorgsbustad har blitt skrøpelegare og samtidig har mindre kontakt med fastlege».

Knytt til dette må vi vere merksame på tal som viser nettopp dette med at bebuarar med omfattande bistandsbehov har færre fastlegekonsultasjonar enn andre bebuarar (2). Dette synleggjer eit spenn mellom behova i bebuargruppa og den medisinske oppfølginga som er tilgjengeleg.

Bemanning sikrar ikkje i seg sjølv tett observasjon, rask medisinsk avklaring eller mellombels forsterka oppfølging. Kommunane må derfor jamleg vurdere om tilbodet svarar til behova i bebuargruppa.



Foto: Shutterstock

6 Anbefalingar

Publisert 17. november 2026 Sist oppdatert 17. november 2026

Undersøkinga viser at det er viktig for pasienttryggleiken at tenesta oppdagar akutte og subakutte endringar, tolkar symptoma og ser opplysningane i samanheng. Gjentatte fall og andre nye symptom, god kjennskap til habituell tilstand og bekymring frå pårørande kan samla gi grunnlag for ei ny vurdering. Når situasjonen er uklar, må dei tilsette få fagleg støtte og ha tilgang til konferering med lege.

Mange bebuarar i bemanna omsorgsbustader har omfattande og samansette behov. Tenestene er organiserte som heimetenester og den medisinske oppfølginga skjer vanlegvis gjennom fastlegeordninga. Kommunane må derfor innrette organiseringa, kompetansen og den medisinske støtta etter behova i bebuargruppa og kunne trappe opp oppfølginga når behova endrar seg.

På denne bakgrunnen gir Ukom tre anbefalingar som handlar om:

- tilgang til medisinsk støtte
- kompetanse til å forstå og følge opp endringar i helsetilstanden
- å vurdere om organiseringa og innhaldet i bemanna omsorgsbustader svarar til behova i bebuargruppa

Anbefalingane rettar seg i hovudsak mot kommunane, men også mot Helsedirektoratet når det gjeld nasjonal fagleg støtte. Gjennomføringa krev samarbeid mellom kommunal leiing, fastlegar, legevakt, omsorgstenester, bebuarar, pårørande og USHT.

1. Føreseieleg tilgang til medisinsk vurdering

Kommunane må sikre at tilsette i bemanna omsorgsbustader har føreseieleg tilgang til medisinsk konferering, og at bebuarane får rask medisinsk vurdering gjennom heile døgnet. På dagtid må kommunane og fastlegetenesta ha kjende kontaktvegar og avklarte ordningar for respons. Kommunane må følge med på om ordningane faktisk gir tilsette rask tilgang til lege, også når fastlegen ikkje er tilgjengeleg.

Skiljet mellom omsorgsbustad og institusjon set samtidig rammer for korleis kommunen kan organisere legetenesta. Kommunen kan ikkje utan vidare organisere denne tenesta som i sjukeheim. Ein må tilpasse supplerande løysingar til rammene i fastlegeordninga.

Vurdering av korleis vegen til lege kan fungere i praksis

Tilsette må ofte vurdere fall og andre symptom som kan ha fleire forklaringar. Medisinsk konferering kan støtte tolkinga av observasjonane og avklare vidare oppfølging. I hendinga fekk dei tilsette ikkje kontakt med fastlegen. Kommunane treng derfor eit kjent og fungerande alternativ når fastlegen ikkje er tilgjengeleg.

Kommunane kan samle oppfølginga hos nokre få fastlegar. Det kan gi færre kontaktpunkt og tettare samarbeid, men kan også bryte etablerte behandlingsrelasjonar og avgrense den reelle valfridommen. Kommunane må derfor tilpasse ordninga til lokale forhold og retten til å velje fastlege. Kartleggingar viser gode erfaringar med samla legetilknyting, men ikkje at éin modell gir betre helseutfall (15, 21).

Kommunane har ansvar for å organisere allmennlegetenesta. Fastlegane skal tilby allmennlegetenester til innbyggarane på fastlegelista, og følge dei opp ved behov, jf. helse- og omsorgstenestelova (23) og fastlegeforskrifta (29). Kommunen og fastlegane må avklare kontaktvegar, responstid og alternativ på dagtid når fastlegen ikkje er tilgjengeleg. Legevakta skal gi hjelp når hjelpa ikkje kan vente, jf. helse- og omsorgstenestelova (23) og akuttmedisinforskrifta (30). Legevakta skal likevel ikkje vere ei fast erstatning for fastlegen på dagtid. Kommunane må også avklare korleis bebuarar som treng bistand, skal kome til legevurdering, jf. helse- og omsorgstenestelova (23).

Betre kontaktvegar er ikkje alltid nok. Fastlegeordninga er i hovudsak innretta mot konsultasjonar med den enkelte pasienten og sikrar ikkje i seg sjølv rask konferering eller heimebesøk. Det kan også vere krevjande å etablere ei felles forståing og felles ordningar når bebuarane har ulike fastlegar.

Kommunane må følge med på om kontaktvegane er kjende og brukte. Dei kan vurdere supplerande ordningar, for eksempel tilsynslege. Slike løysingar er ikkje uproblematiske. Skiljet mellom omsorgsbustad og institusjon set rammer for kva kommunen kan etablere. Ein tilsynslege i ein omsorgsbustad får for eksempel ikkje utan vidare same rolle og ansvar som ein sjukeheimslege. Kommunane må tilpasse supplerande løysingar til rammene i fastlegeordninga, med tydeleg avklaring av ansvar, oppgåver og kapasitet.



Foto: Shutterstock

Ukom anbefaler derfor at kommunane etablerer ordningar som gir føreseieleg tilgang til medisinsk konferering og vurdering når helsetilstanden endrar seg. Slik kan risikoen reduserast for at nødvendig medisinsk vurdering kjem for seint.

Kommunane og fastlegane treng å finne ut gode samarbeidsmåtar med allmennlegeutvalet og samarbeidsutvalet for å avklare behov, ansvar, kapasitet, responstid og kompensasjon innanfor ASA 4310 og dei individuelle fastlegeavtalane.

Samarbeid og avtalar i fastlegeordninga

Allmennlegeutvalet (ALU)
ALU skal bidra til nødvendig samarbeid mellom legane om oppgåvene i fastlegeordninga. Kommunen skal ta initiativ til å opprette utvalet. Alle sjølvstendig næringsdrivande og kommunalt tilsette allmennlegar deltar.

Lokalt samarbeidsutval (LSU)
LSU skal legge til rette for samarbeid mellom kommunen og fastlegane. Utvalet gir råd i saker som gjeld allmennlegetenesta, mellom anna planlegging, kapasitet, organisering og rutinar.

ASA 4310 og individuelle avtalar
ASA 4310 er rammeavtalen mellom KS og Den norske legeforening for sjølvstendig næringsdrivande fastlegar (31). Avtalen regulerer oppgåver og samarbeid og gir rammer for den individuelle avtalen mellom kommunen og fastlegen. Andre reglar gjeld for kommunalt tilsette fastlegar.

Denne undersøkinga har gitt innblikk i ulike lokale og tverrsektorielle prosjekt og modeller som kan både fange opp og følgje opp akutte og subakutte behov. Eksempel er kommunale fag- og tryggleiksteam og samarbeid der kommunale tenester og spesialisthelsetenesta vurderer pasientar saman. Helsefellesskapa kan vere ein arena for å utvikle samhandlingsmåtar. Prosjekt X er eit anna eksempel på samarbeid mellom kommunale tenester og spesialisthelsetenesta. Målet er at pasientane skal få raskare og meir samanhengande hjelp som er tilpassa lokale behov og føresetnader (32).

Helsereformutvalet foreslår ei teambasert allmennmedisinsk teneste som svarar på fleire av utfordringane denne undersøkinga peiker på. Utvalet går lenger organisatorisk enn våre anbefalingar. Vi har tatt utgangspunkt i dagens organisering (41).

2. Forstå når fall er teikn på forverring

Kommunane må sikre at tilsette som følger opp eldre, kan forstå gjentatte fall som teikn på akutte eller subakutte endringar i helsetilstanden. Arbeidsmåtane må sikre at relevante opplysningar frå pårørande inngår i den samla vurderinga.

Ukom anbefaler at Helsedirektoratet, i samarbeid med USHT, styrker den nasjonale faglege støtta gjennom råd, rettleiing og støtte til implementering.

Korleis kan leiing og arbeidsmåtar styrke dei kliniske vurderingane.

Hos skrøpelege eldre kan sjukdom, skade eller legemiddelproblem vise seg som gjentatte fall, svimmelheit, forvirring, uro eller redusert matlyst. Tilsette må kunne fange opp endringar som kan verke subakutte eller akutte, sjå dei i samanheng, samanlikne med habitualtilstanden og avklare behovet for helsefagleg eller medisinsk oppfølging. Kunnskap og bekymring frå pårørande kan gi viktig informasjon til den samla vurderinga.



Foto: Shutterstock

Kompetanse hos den enkelte er ikkje nok. Tenesta må ha faste arbeidsmåtar for fagleg konferering når tilstanden endrar seg eller vurderinga er usikker. Dei tilsette må vite kven dei kan drøfte observasjonane med, og få støtte frå personell med relevant klinisk kompetanse.

Tenesta må ha ein kultur der tilsette lyttar til pårørande, også når tilstanden verkar akutt eller subakutt. Arbeidsmåtane må sikre at relevante opplysningar frå pårørande inngår i den samla vurderinga.

Nasjonale faglege råd om fallførebygging og tidleg oppdaging og rask respons legg vekt på forhold som kompetanse, systematiske observasjonar, ferdigheitstrening og rutinane for varsling og respons (13, 33). KlinObsKommune, utvikla av USHT gir ein trinnvis modell for klinisk observasjonskompetanse (34). Råda og opplæringsressursane viser likevel i avgrensa grad at gjentatte fall kan vere eit klinisk signal om sjukdom, skade eller legemiddelproblem. Helsedirektoratet kan tydeleggjere dette i dei nasjonale faglege råda og bygge vidare på eksisterande opplæringsressursar, mellom anna KlinObsKommune.

Leiinga må vurdere kva kompetanse bebuargruppa treng, og sikre at arbeidsdeling og rammer gjer det mogleg å bruke kompetansen, jf. forskrift om leiing og kvalitetsforbetring (35). Forsking frå heimetenestene viser at opplæring åleine ikkje er nok, men er avhengig av implementering og for eksempel oppfølgingsaktiviteter (28). Leiing, arbeidsrutinar, ressursar og stabil bemanning påverkar om dei tilsette bruker den nye kunnskapen (27, 28). Strukturerte verktøy kan støtte kliniske vurderingar, men kan ikkje erstatte fagleg skjønn og ei samla vurdering av pasienten (36, 37).

3. Kommunane må tilpasse tilbodet til behova i bebuargruppa

Kommunane må jamleg vurdere om tilbodet i bemanna omsorgsbustader svarar til behova i bebuargruppa.

Vurdering av korleis rammene betre kan svare til behova

Bemanna omsorgsbustader er heimar, ikkje institusjonar. Bebuarane får individuelt vurderte vedtak om heimetenester, og fastlegen står vanlegvis for den medisinske oppfølginga. Dette skil seg frå sjukeheimar, som har organisert legeteneste og ikkje fattar eigne vedtak om den daglege helsehjelpa. Ein bemanna omsorgsbustad kan likevel skape forventningar om tett oppfølging, nesten som sjukeheim. Bebuarar, pårørande, fastlegar og tenesta kan derfor forstå innhaldet i tilbodet ulikt.

Vedtak, arbeidsplanar og planlagde oppgåver påverkar kva dei tilsette har høve til å observere og følge opp. Fast bemanning sikrar derfor ikkje i seg sjølv at tenesta har kapasitet, kompetanse eller tilgang til lege når behova aukar. Forsking frå heimetenestene viser at arbeidsplanar, ressursar, klinisk observasjonskompetanse og støtte frå kollegaer påverkar om dei tilsette fangar opp endringar (27, 28). Ukom peikte i Funksjonsfall hos eldre som får heimetenester på at vedtak, arbeidsplanar og bemanning kan avgrense høvet til å oppdage og følge opp funksjonsfall (22). Når tenesta i stor grad er organisert rundt vedtak og planlagde oppgåver, kan oppfølginga bli reaktiv. For å fange opp endringar før situasjonen blir akutt, må tenesta også ha rom for å arbeide proaktivt og tilpasse oppfølginga når behova endrar seg (18).

Kommunane må jamleg vurdere behov, vedtak, bemanning, kompetanse, arbeidsmåtar og medisinsk støtte i samanheng. Vurderinga må vise om rammene gir dei tilsette handlingsrom til å tilpasse oppfølginga. Når tilbodet ikkje lenger svarar til behova i bebuargruppa, må kommunen justere tenestene, bemanninga eller kompetansen. Dei må også avklare tilgangen til lege eller vurdere eit anna omsorgsnivå, jf. forskrift om leiing og kvalitetsforbetring (35).



Foto: Shutterstock

7 Læringsmateriale

Publisert 17. november 2026 Sist oppdatert 17. november 2026

På ukom.no finn du forslag til presentasjonar i PowerPoint-format og i PDF-format. Desse forslaga kan de tilpasse og justere etter eigne behov og føremål. Presentasjonane inneheld også spørsmål som verksemder kan bruke som utgangspunkt for refleksjon rundt eigen praksis og eiget forbetringsarbeid. Spørsmåla tek utgangspunkt i funn og anbefalingar og er retta mot både helsepersonell som jobbar klinisk, og mot leiararar og dei som tek avgjerder på ulike nivå i helsetenesta.

Gå til læringsmateriell

8 Framgangsmåte for undersøkinga

Publisert 17. november 2026 Sist oppdatert 17. november 2026

Ukom har utvikla eit rammeverk for undersøkingar i samarbeid med sikkerheitsfaglege miljø. Rammeverket skal sikre at vi samlar inn nødvendige opplysningar og analyserer og etterprøver funn, tolkingar og anbefalingar systematisk. Vi såg også til kunnskap om resiliens i helsetenesta, som legg vekt på korleis menneske og system tilpassar seg utfordringar og endringar for å oppretthalde trygge tenester (38).

Vi brukte hendinga med Anne som referansehending for å forstå kva som skjedde, korleis det kunne skje, og kva tenestene kan lære. Vi undersøkte korleis dei involverte løyste oppgåvene og tilpassa arbeidet, kva som fungerte, og kva som bidreg til trygge tenester.

Datainnsamlingsfasen

Innleiingsvis gjekk vi gjennom varselet, pasientjournalen og annan dokumentasjon frå kommunen og helsetenestene. Vi laga tidleg ei tidslinje over hendinga som vi justerte undervegs.

Vi byrja med ein samtale med Anne og intervju med pårørande. Deretter intervjua vi tilsette, helsepersonell og leiarar i kommunen. Vi hadde til saman 22 semistrukturerte intervju med 23 informantar. Vi brukte SEIPS (39) som rammeverk for intervjuguidane og analysen. Det hjelpte oss med å undersøke samspelet mellom menneske, oppgåver, teknologi, organisering og omgjevnader. Intervjuguidane bygde også på tidslinja og foreløpige hypotesar om kva som kunne ha påverka hendinga. Samstundes opna vi for nye opplysningar og perspektiv.

Vi henta kunnskap frå forsking, offentlege rapportar, talgrunnlag, regelverk og faglege råd. Vi gjekk også gjennom andre varsel til Ukom som kunne belyse temaet. Før intervjua møtte vi relevante fagmiljø, mellom anna Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester og Helsedirektoratet. Møta gav meir kunnskap og fleire perspektiv på hendinga.

Bearbeiding av data og rapportskriving

Vi veksla mellom datainnsamling og analyse. Undervegs vurderte vi ulike måtar å forstå hendinga på og korleis fleire forhold kunne ha verka saman. Nye opplysningar kunne endre spørsmåla, hypotesane og retninga på undersøkinga.

Tidleg i arbeidet avklarte vi kva forståing og kunnskap vi tok med oss inn i undersøkinga. Deretter forma vi foreløpige hypotesar om forhold som kunne ha påverka hendinga.

Vi brukte hypotesane til å planlegge den vidare datainnsamlinga. Vi undersøkte kva som støtta eller svekte dei, og om andre måtar å forstå hendinga på passa betre. Nye funn førte til at vi justerte hypotesane og henta inn meir informasjon, mellom anna gjennom supplerande intervju.

Til slutt samanlikna vi opplysningar frå intervju, dokument, tidslinja og kunnskapsgrunnlaget. AcciMap synleggjorde korleis forhold på ulike nivå hang saman. Vi samla dei best støtta forståingane i funnområde.

Seinare gjennomførte vi 11 dialogmøte med fleire ulike aktørar frå verksemda, yrkesorganisasjonar, fagmiljøa og andre sentrale aktørar. Vi la fram foreløpige funn og moglege

anbefalingar. Deltakarane gav innspel om korleis dei forstod utfordringane, om funna var relevante utover hendinga, og om anbefalingane kunne gjennomførast. Vi vurderte innspela opp mot resten av datagrunnlaget og justerte rapporten der det var grunnlag for det.

Ukom har hatt dialogmøter med:

- Allmennlegeforeningen
- Allmennsykepleierne i Norsk sykepleierforbund
- Den norske legeforening
- Fagforbundet
- FO (Fellesorganisasjonen)
- Helsedirektoratet, avdeling for pasientsikkerhet
- Kommunesektorens organisasjon - KS
- Nasjonalforeningen for folkehelsen
- Nasjonalt senter for aldring og helse
- Norsk forening for alders- og sykehjemsmedisin Norsk forening for geriatri
- Norsk forening for allmennmedisin (NFA)
- Norsk sykepleierforbund
- Norsk sykepleierforbund, Geriatri- og demenssykepleierne
- Pårørendebevegelsen
- Senter for omsorgsforskning
- Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Rogaland

Vi hadde og dialog med enkeltpersonar frå fagmiljø og representantar frå kommunar som har utvikla ulike ordningar for klinisk støtte og samarbeid om akutte og subakutte behov. Innspela gav kunnskap om moglege løysingar og vilkåra for å få dei til å fungere i praksis.

I arbeidet med rapporten har vi brukt Microsoft 365 Copilot til å strukturere og språkbearbeide tekst og lage utkast til det engelske samandraget. Vi har også brukt verktøyet i avgrensa grad i kjeldearbeidet. Medarbeidarar i Ukom har vurdert og kvalitetssikra forslaga og kontrollert kjelder og opplysningar mot originalkjeldene. Ukom har sjølv utarbeidd faglege vurderingar, funn og anbefalingar.

9 Oppdraget til Ukom

Publisert 17. november 2026 Sist oppdatert 17. november 2026

Statens undersøkingskommisjon for helse- og omsorgstenesta (Ukom) er ei uavhengig, statleg verksemd som har fått i oppdrag å undersøke alvorlege hendingar og andre alvorlege tilhøve i helse- og omsorgstenesta i Noreg.

Ukom skal greie ut hendingar, årsaksfaktorar og samanhengar. Føremålet med undersøkingane er å betre pasient- og brukarsikkerheita gjennom læring og førebygging av alvorlege hendingar på nasjonalt nivå.

Ukom tek ikkje stilling til sivilrettsleg eller strafferettsleg skuld og ansvar. Ukom avgjer sjølv kva for alvorlege hendingar og tilhøve som skal undersøkast, og omfanget av undersøkingane.

Ukom gjennomfører undersøkingane i dialog med involverte partar, det vil seie tilsette i helse- og omsorgstenesta, pasientar, pasientar og pårørande.

Rapportane frå Ukom er offentlege og inneheld ikkje referansar til namn og adresse på enkeltpersonar.

Verksemda til Ukom er heimla i lov 16. juni 2017 nr. 56 om Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (40).

10 Summary in English

Publisert 17. november 2026 Sist oppdatert 17. november 2026

This report examines an incident involving Anne, an older woman living in staffed supported housing, who had several falls on the same day. Anne was dizzy and intermittently confused. Both her daughter and her general practitioner (GP) had previously expressed concern about her deteriorating health. At the hospital, a CT scan revealed a subdural haematoma.

The investigation found that information about repeated falls, dizziness, confusion and changes in functioning did not prompt an early reassessment of her overall condition. Anne's existing health problems influenced how the new symptoms were understood. In older people, new or repeated falls may indicate illness, injury or deterioration. Services must therefore consider these changes together and assess them against the person's usual health and level of functioning.

Anne's daughter knew her well and recognised that the falls were unusual. Information and concerns from next of kin can complement observations and measurements. Safe follow-up must not, however, depend on next of kin repeatedly raising concerns, attending in person or obtaining emergency medical help themselves.

Anne fell several times and had unclear symptoms. Staff were unable to contact her GP and did not use other established routes for contacting a doctor during the daytime. They therefore continued to observe Anne and waited until the out-of-hours medical service opened in the afternoon. The investigation also shows that effective contact routes are not always enough. Establishing a shared understanding and arrangements for prompt medical support can be challenging when residents have different GPs.

The investigation also found a gap between the expectations that permanent staffing may create and the way individually assessed home-care services are organised. Permanent staffing does not in itself ensure close observation or prompt medical assessment. Municipalities must regularly assess whether the service meets residents' needs and allows care to be adapted when those needs change.

Ukom makes three recommendations:

Recommendation 1:

Municipalities must ensure that staff in staffed supported housing have predictable access to medical consultation and that residents can receive prompt medical assessment around the clock. During the daytime, the municipality and the GP service must have established contact routes, clearly defined response arrangements. Municipalities must monitor whether these arrangements actually give staff prompt access to a doctor, including when the GP is unavailable.

Recommendation 2:

Municipalities must ensure that staff who follow up older people have the competence to recognise repeated falls as a possible sign of illness, injury or deterioration. Working methods must ensure that relevant information from next of kin is included in the overall assessment. The

Norwegian Directorate of Health, in cooperation with the Centres for Development of Institutional and Home Care Services (USHT), can strengthen national professional support through advice, guidance and implementation support.

Recommendation 3:

Municipalities must regularly assess whether the services provided in staffed supported housing meet residents' needs and whether the service can adapt care when those needs change.

11 Referanser

Publisert 17. november 2026 Sist oppdatert 17. november 2026

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Fellesskap og meistring: Bu trygt heime. 2023. Meld. St. 24 (2022–2023). Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20222023/id2984417/

2. Helsedirektoratet. Legetjenester blant beboere i omsorgsbolig [nettdokument]. Oslo: Helsedierktoratet [oppdatert 28. februar 2024; lest 07. juli 2026]. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/legetjenester-blant-beboere-i-omsorgsbolig

3. Kronisk subduralt hematom [nettdokument]. Oslo: nhi.no [oppdatert 2021; lest 15. september 2026]. Tilgjengelig fra: https://nhi.no/sykdommer/hjernenervesystem/hjerneslag-og-blodninger/subduralt-hematom-kronisk

4. Wyller TB. Geriatri: en medisinsk lærebok. 4. utg.: Gyldendal akademisk; 2026.

5. Ukom. Somatisk helse hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse [nettdokument]. Stavanger: Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten [oppdatert 23. august 2023; lest 14. oktober 2026]. Tilgjengelig fra: https://ukom.no/rapporter/somatisk-helse-hos-pasienter-med-alvorlig-psykisk-lidelse

6. Helsetilsynet. Risiko for at forverring hos hjemmeboende eldre ikke oppdages i tide. Oslo: Statens Helsetilsyn; 2025. Rapport 7/2025. Tilgjengelig fra: https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2025/risiko-for-at-forverring-hos-hjemmeboende-eldre-ikke-oppdages-i-tide

7. NAKOS. Norsk indeks for medisinsk nødhjelp (NIMN). Versjon 5.0 utg. Oslo: Helsedirektoratet; 2024. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/norsk-indeks-for-medisinsk-nodhjelp/Norsk%20indeks%20for%20medisinsk%20n%C3%B8dhjelp.pdf

8. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Legevaktindeks – Beslutningsstøtte for legevakthenvendelser [database]. Bergen: NORCE Research [lest 05. oktober 2026]. Tilgjengelig fra: https://legevaktindeks.no/

9. Johansen IH, Blikeng J. Legevakthåndboken [database]. Oslo: Gyldendal, Helsebiblioteket, NORCE [oppdatert 10. april 2024; lest 04. mars 2026]. Tilgjengelig fra: https://www.lvh.no/

10. HabituellOslo: Store norske leksikon på snl.no [oppdatert 24. februar 2025; lest 19. okrober 2026]. Tilgjengelig fra: https://snl.no/habituell

11. Madsen E, Johnsgaard N. AllmenntilstandOslo: Store medisinske leksikon på snl.no [oppdatert 16. august 2024; lest 19. oktober 2026]. Tilgjengelig fra: https://sml.snl.no/allmenntilstand

12. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT). Fagkompendium grunnleggende ferdigheter: USHT; 2025. Tilgjengelig fra: https://www.utviklingssenter.no/254308-grunnleggende-ferdigheter-trinn-1-trykk.pdf

13. Helsedierktoratet. Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [lest 02. september 2026]. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tidlig-oppdagelse-og-rask-respons-ved-forverret-somatisk-tilstand

14. Kyrdalen IL, Laukli I, Dunseth G, Ranhoff AH, Strand BH, Ormstad H. Fastlegens rolle ved skrøpelighet hos hjemmeboende eldre personer. Tidsskrift for Den norske legeforening 2021;(4). DOI: 10.4045/tidsskr.20.0582 Tilgjengelig fra: https://tidsskriftet.no/2021/03/kronikk/fastlegens-rolle-ved-skropelighet-hos-hjemmeboende-eldre-personer

15. Tingvold L, Melby L. Kartlegging av medisinskfaglig tilbud i heldøgns omsorgsboliger - Rapport til Helsedirektoratet. Senter for omsorgsforskning; 2021. 3/2021. Tilgjengelig fra: https://nva.sikt.no/registration/01993e1a2425-50128822-4e6e-4da6-8b00-a84b94091d87

16. Albutt AK, O'Hara JK, Conner MT, Fletcher SJ, Lawton RJ. Is there a role for patients and their relatives in escalating clinical deterioration in hospital? A systematic review. Health Expect 2017;20(5):818–25. DOI: 10.1111/hex.12496 Tilgjengelig fra: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27785868

17. Bergerød IJ, Gilje B, Braut GS, Wiig S. Next-of-kin involvement in improving hospital cancer care quality and safety - a qualitative cross-case study as basis for theory development. BMC Health Serv Res 2018;18(1):324. DOI: 10.1186/s12913-018-3141-7 Tilgjengelig fra: https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-018-3141-7

18. Myhre J, Bergh S, Kirkevold Ø, Lichtwarck B. An organisation working mainly reactively instead of proactively: a qualitative study of how frail users of home care services and their next of kin experience crises. BMC Health Services Research 2024;24(1):1102. DOI: 10.1186/s12913-024-11544-5 Tilgjengelig fra: https://doi.org/10.1186/s12913-024-11544-5

19. Helsedierktoratet. Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 29. juni 2026; lest 19. oktober 2026]. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder

20. Ukom. Mellom pasientens behov og sykehjemmets rammer [nettdokument]. Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten [oppdatert 10. november 2026; lest 10. november 2026]. Tilgjengelig fra: https://ukom.no/rapporter

21. Melby L, Ågotnes G, Ambugo E, Førland O. Kartlegging av medisinskfaglig tilbud i sykehjem og heldøgns omsorgsboliger. Senter for omsorgsforskning; 2019. 03/2019. Tilgjengelig fra: https://nva.sikt.no/registration/0198cc61f58f-b3ed912b-471b-4523-9dfb-f43448220820

22. Ukom. Funksjonsfall hos eldre som får heimetenester [nettdokument]. Stavanger: Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten; 2024 [oppdatert 22. november 2024; lest 02. oktober 2026]. Tilgjengelig fra: https://ukom.no/rapporter/funksjonsfall-hos-eldre-som-far-heimetenester

23. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). LOV-2011-06-24-30. Sist endret i: LOV-2024-06-25-53. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30

24. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). LOV-1999-07-02-63. Sist endret i: LOV-2024-06-25-53. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63

25. Forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon. FOR-2011-12-16-1254. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1254

26. Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie. FOR-2022-06-23-1176. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1988-11-14-932

27. Strømme T, Aase K, Tjoflat I. Homecare professionals' observation of deteriorating, frail older patients: A mixed-methods study. J Clin Nurs 2020;29(13-14):2429–40. DOI: 10.1111/jocn.15255 Tilgjengelig fra: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32227641

28. Strømme T, Tjoflat I, Aase K. A competence improvement programme for the systematic observation of frail older patients in homecare: qualitative outcome analysis. BMC Health Serv Res 2022;22(1):938. DOI: 10.1186/s12913-022-08328-0 Tilgjengelig fra: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35864484

29. Forskrift om fastlegeordning i kommunene (fastlegeforskriften). FOR-2025-12-02-2405. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2025-12-02-2405

30. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften). FOR-2015-03-20-231. Sist endret i: FOR-2022-10-28-1817. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-03-20-231

31. KS, Legeforeningen. Rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene (ASA 4310). 2026. Tilgjengelig fra: https://www.legeforeningen.no/contentassets/56cae1ef9aaa4c74b97a6404cb9fd15b/rammeavtale-mellom-legeforeningen-og-ks-justeringer-2026.pdf

32. Dette er Prosjekt X [nettdokument]. Oslo: regjeringen.no [oppdatert 2026; lest 15. september 2026]. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/dette-er-prosjekt-x/id3145374/

33. Helsedierktoratet. Nasjonale faglige råd for forebygging av fall hos eldre [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 16. mai 2024; lest 02. september 2026]. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fallforebygging-hos-eldre

34. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT). KlinObsKommune – klinisk observasjonskompetanse i kommunehelsetjenesten [nettdokument]. utviklingssenter.no [oppdatert 2025; lest 04. september 2026]. Tilgjengelig fra: https://www.utviklingssenter.no/nettressurs/klinobskommune

35. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. FOR-2016-10-28-1250. Sist endret i: FOR-2020-02-04-119. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250

36. Jeppestøl K, Vitelli V, Kirkevold M, Bragstad LK. Factors Associated With Care Trajectory Following Acute Functional Decline in Older Home Nursing Care Patients: A Prospective Observational Study. Home Health Care Management & Practice 2022;34(1):42–51. DOI: 10.1177/10848223211034774 Tilgjengelig fra: https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/10848223211034774

37. Dekker SWA. The bureaucratization of safety. Safety Science 2014;70:348–57. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ssci.2014.07.015 Tilgjengelig fra: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S092575351400174X

38. Wiig S, Aase K, Billett S, Canfield C, Røise O, Njå O, et al. Defining the boundaries and operational concepts of resilience in the resilience in healthcare research program. BMC Health Services Research 2020;20(1):330. DOI: 10.1186/s12913-020-05224-3 Tilgjengelig fra: https://doi.org/10.1186/s12913-020-05224-3

39. Carayon P, Schoofs Hundt A, Karsh BT, Gurses AP, Alvarado CJ, Smith M, et al. Work system design for patient safety: the SEIPS model. Qual Saf Health Care 2006;15 Suppl 1:i50–8. Tilgjengelig fra: https://qualitysafety.bmj.com/content/15/suppl_1/i50.long

40. Lov om Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten. LOV-2017-06-16-56. Sist endret i: LOV-2021-05-07-31. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-56

41. Én helsetjeneste. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2026. NOU 2026:12. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2026-12/id3190350/

Statens undersøkelseskommisjon
for helse-og omsorgstjenesten

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

ISBN 978-82-8465-051-7