

Systemperspektiv i gjennomganger av alvorlige uønskede hendelser

Materiell til refleksjon og læring

Rapporten ble lansert 15.12.2025.

Statens undersøkelseskommisjon
for helse- og omsorgstjenesten



Foto: Shutterstock

Foto: Shutterstock

Kort om Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom)

Ukom er en uavhengig undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten. Ukoms samfunnsoppdrag er å undersøke alvorlige hendelser og andre alvorlige forhold i helse- og omsorgstjenesten.

Dette skal bidra til en tryggere tjeneste både for pasienter, brukere og helsepersonell.

Ukoms mandat er å undersøke og kartlegge hva som skjedde, og årsakene til at det skjedde. Basert på funn og analyser gir Ukom anbefalinger til forbedring og læring i tjenestene.

Arbeidet er hjemlet i “Lov om Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten”.

Til deg som skal bruke presentasjonen

Du kan bruke læringsmateriellet og lysarkene i forbindelse med kvalitets- og forbedringsarbeid, til faglig oppdatering og som grunnlag for refleksjon og diskusjon på egen arbeidsplass.

Det er en fordel å ha kjennskap til rapporten.

Presentasjonen er bygd opp tematisk med refleksjonsspørsmål til hvert tema.

Hvem er Ukom?

Spill av filmen (Vimeo)

Les rapporten

- Systemperspektiv i gjennomganger av alvorlige uønskede hendelser



Bakgrunn for undersøkelsen

Ukom har undersøkt hvordan helse- og omsorgstjenesten jobber med gjennomganger etter alvorlige hendelser – både i kommuner og i sykehus.

Gjennomganger etter alvorlige uønskede hendelser blir ofte gjennomført i form av hendelsesanalyser, forenklete hendelsesanalyser, eller varianter av dette.

Helse- og omsorgstjenesten har plikt til å lære av alvorlige hendelser. Ny meldeordning trer i kraft i juli 2026. Tjenestens plikt til å gjennomgå alvorlige hendelser blir da tydeliggjort.

Rapporten viser at helsepersonell kan oppleve utfordringer med dette arbeidet. Disse utfordringene kan føre til at tjenesten går glipp av viktig læring som kunne forebygget nye hendelser.

Funn i rapporten

1. Ledelse av gjennomganger

Mange som leder gjennomganger av alvorlige hendelser forteller at de har utfordringer med tid, ressurser, kompetanse og metodisk støtte.

2. Involvering i gjennomganger

Ikke alle med viktig innsikt blir involvert i gjennomgangene. De som blir involvert forteller ofte om uklare forventninger til deltakelsen, om frykt for skyld og at de opplever det som belastende.

3. Utforming og bruk av rapporter

Rapporter blir ofte utarbeidet i forbindelse med tilsyn, og bare i varierende grad til forbedringsarbeid. Systemperspektivet blir ofte ikke godt nok ivarettatt, og læringspunkter fra rapporten blir sjeldent delt.

En samlet og felles utfordring: Det kan være krevende å innta et systemperspektiv i gjennomganger. Det vil si å se på alvorlige hendelser som et resultat av flere faktorer i hele systemet.

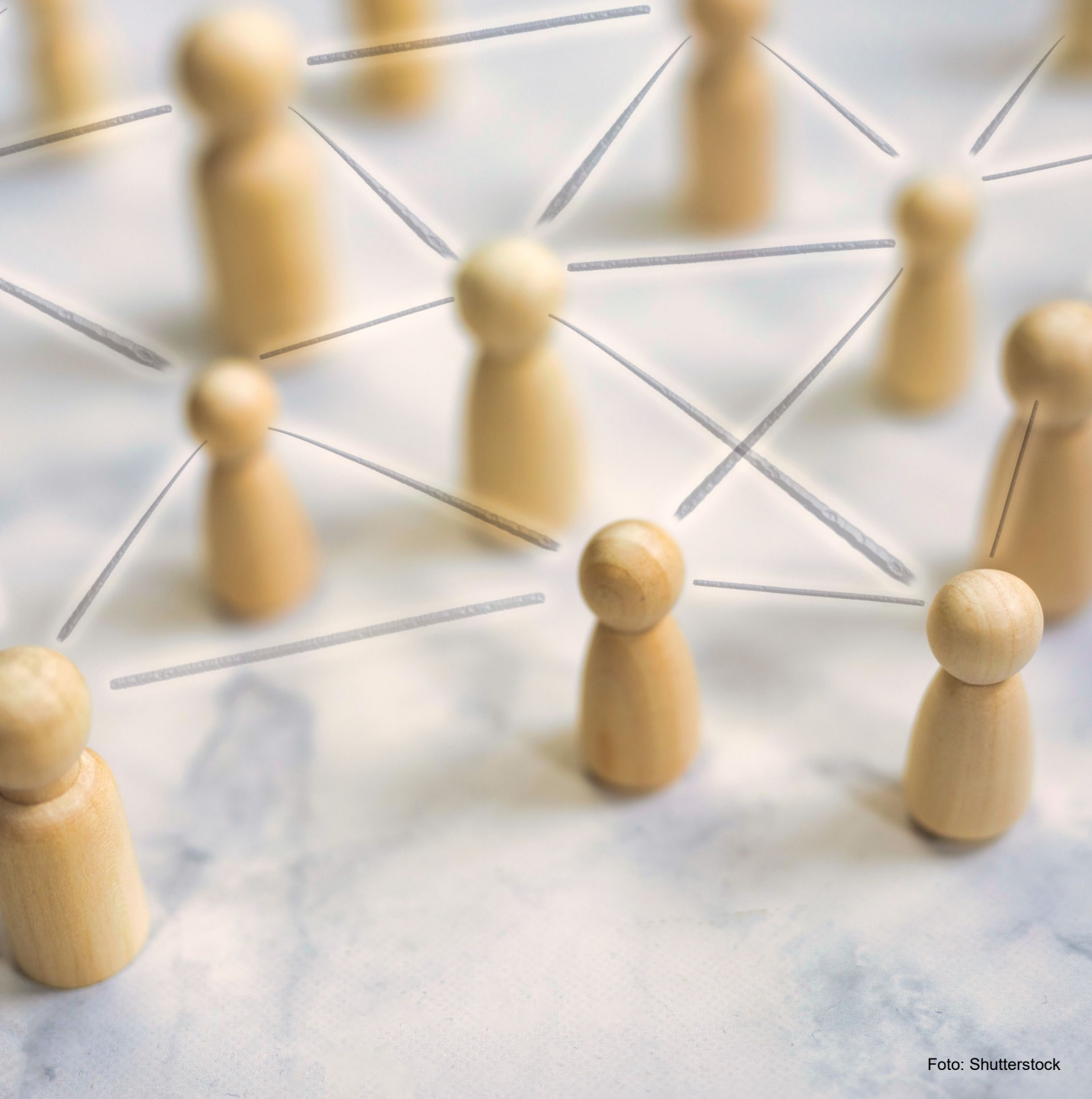
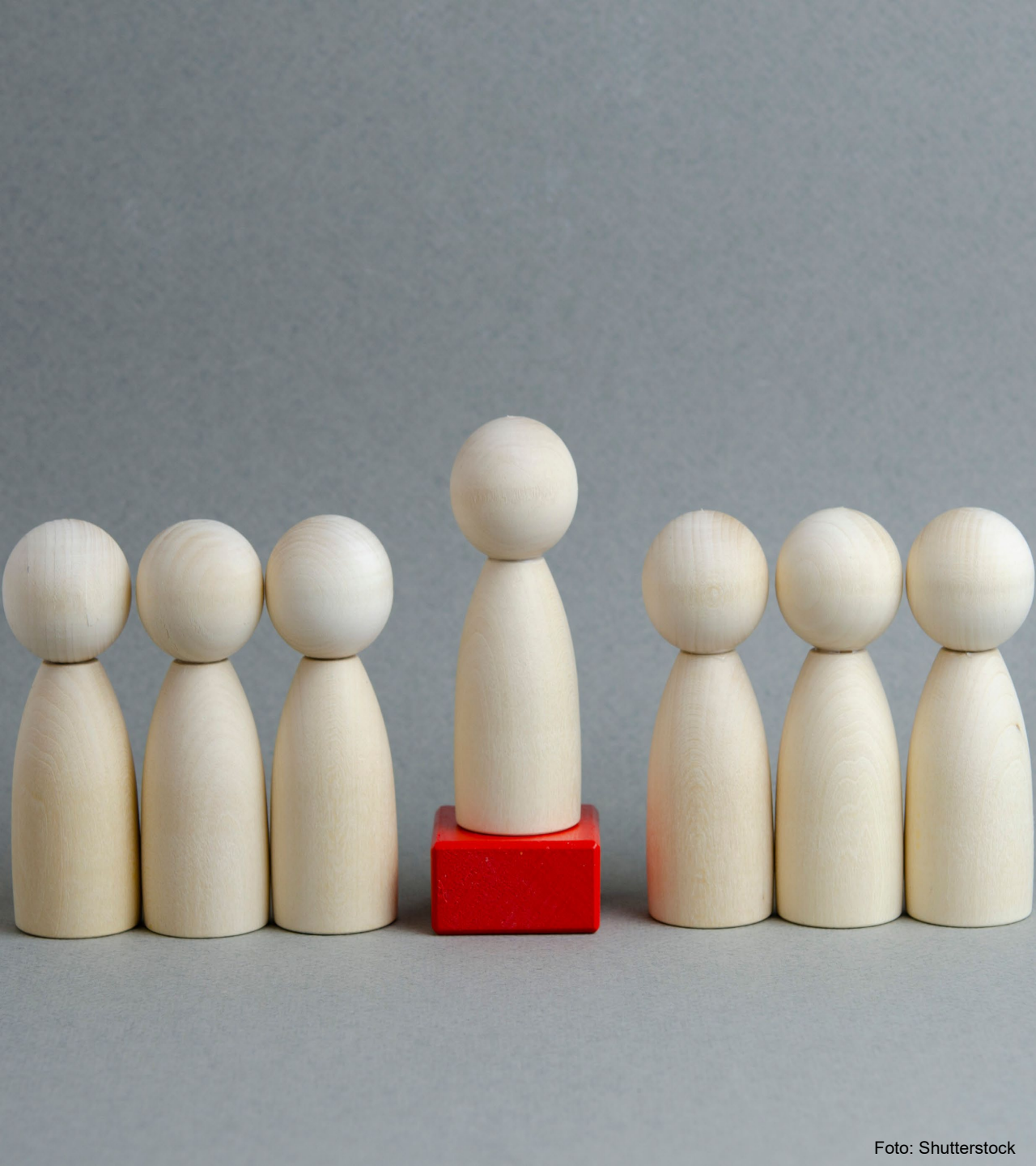


Foto: Shutterstock

I praksis betyr et systemperspektiv at vi:

- utforsker hvordan rammebetingelser, organisering, arbeidsprosesser og teknologi påvirker hverandre og menneskene i systemet.
- involverer alle med relevant innsikt – helsepersonell, ledere, pasienter, brukere, pårørende og andre relevante personer – for å få frem hele bildet.
- bruker analyseverktøy og metoder som favner kompleksitet.
- legger vekt på å forstå både det som gikk galt og det som vanligvis går bra.



1. Ledelse av gjennomganger

Å lede gjennomganger av alvorlige hendelser krever både tid, kompetanse og metodisk støtte. Når dette mangler, kan det svekke åpenhet, læring og kvaliteten i arbeidet.

Refleksjonsspørsmål om ledelse av gjennomganger av alvorlige hendelser

Ta utgangspunkt i ditt ansvarsområde, og diskuter hvordan din rolle påvirker arbeidet.

Til deg som skal lede en gjennomgang, for eksempel avdelingsleder eller kvalitetsrådgiver:

- Hvor får jeg støtte og verktøy til å lede gjennomgangen med et systemperspektiv?

Til deg som er leder i virksomheten, for eksempel klinikkssjef, enhetsleder eller virksomhetsleder:

- Hva gjør jeg for å støtte leder av gjennomgangen, slik at vedkommende har kompetanse, tid, ressurser og legitimitet til å gjennomføre arbeidet med et systemperspektiv?

Til deg som er overordnet leder i virksomheten, for eksempel direktør på sykehus eller kommunalsjef for helse- og omsorg:

- Hvordan sikrer jeg at vi har etablert kultur, strukturer og kompetansestøtte til enheter som skal undersøke en alvorlig uønsket hendelse?





Foto: Shutterstock

2. Involvering i gjennomganger

Det er viktig at personer som kan belyse hendelsen og systemet den skjedde i, blir involvert i hendelsesgjennomganger. Dette kan være pasienter, brukere, pårørende, helsepersonell, ledere og andre.

Målet med gjennomgangen er å forbedre systemet gjennom innsikt fra ulike perspektiver.

Refleksjonsspørsmål om involvering i gjennomganger av alvorlige hendelser

Ta utgangspunkt i ditt ansvarsområde, og diskuter hvordan din rolle påvirker arbeidet.

Til deg som skal lede en gjennomgang, for eksempel avdelingsleder eller kvalitetsrådgiver:

- Hvordan sikrer jeg at personer som kan belyse hendelsen og systemet den skjedde i, blir involvert i gjennomgangen?
- Hvordan forklarer jeg hensikten med gjennomgangen til dem?

Til deg som er leder i virksomheten, for eksempel klinikkssjef, enhetsleder eller virksomhetsleder:

- Hvordan kommuniserer jeg viktigheten av dette arbeidet?
- Hvordan formidler jeg at hensikten med gjennomgangen er læring og forbedring, ikke å finne syndebukker?

Til deg som er overordnet leder i virksomheten, for eksempel direktør på sykehus eller kommunalsjef for helse- og omsorg:

- Hvordan sikrer jeg at vi har en kultur for å involvere personer med relevant innsikt – og at rutiner for dette er beskrevet i styringssystemet?



Foto: Shutterstock

3. Utforming og bruk av rapporter

Rapportene, som din virksomhet utarbeider etter en alvorlig uønsket hendelse, kan bidra til læring og forbedring i hele organisasjonen.



Refleksjonsspørsmål om utforming og bruk av rapport

Ta utgangspunkt i ditt ansvarsområde, og diskuter hvordan din rolle påvirker arbeidet.

Til deg som skal lede en gjennomgang, for eksempel avdelingsleder eller kvalitetsrådgiver:

- Hvordan gjør jeg overordnet ledelse kjent med rapportens innhold etter gjennomgangen?

Til deg som er leder i virksomheten, for eksempel klinikkssjef, enhetsleder eller virksomhetsleder:

- Hvordan bruker jeg innsikt fra gjennomgangen til læring i organisasjonen?

Til deg som er overordnet leder i virksomheten, for eksempel direktør på sykehus eller kommunalsjef for helse- og omsorg:

- Hvordan sikrer jeg at innsikt fra gjennomganger blir kjent for relevante enheter i virksomheten, og at foreslåtte anbefalinger blir vurdert og prioritert?



Anbefalinger fra rapporten

1. Ukom anbefaler at Helsedirektoratet oppdaterer og videreutvikler «Risiko- og hendelsesanalyse - Håndbok for helsetjenesten» i tråd med «Guide for ivaretagelse av pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere ved uønskede hendelser».

Videre anbefaler vi at Helsedirektoratet tar initiativ til å samle relevante fagmiljø for å supplere håndboken med systemrammeverk og relevante verktøy.

Anbefalinger fra rapporten

2. Ukom anbefaler at helse- og omsorgstjenesten og statsforvalterne styrker kompetansen i å forstå hva systemperspektiv innebærer.

Dette kan skje gjennom eksisterende strukturer for forbedrings- og pasientsikkerhetsarbeid, relevante faglige nettverk og helsefellesskap.



Nyttige verktøy

Tips til verktøy dere kan bruke i arbeidet med gjennomgang av alvorlige uønskede hendelser:

- [Risiko- og hendelsesanalyse – Håndbok for helsetjenesten – Helsedirektoratet](#)
- [Guide for ivaretagelse av pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere ved uønskede hendelser – Helsedirektoratet](#)

Tips – ulike verktøy og rammeverk for systemperspektiv

Systems Engineering Initiative for Patient Safety (SEIPS)

- er et rammeverk særlig utviklet for helse- og omsorgstjenesten som viser hvordan ulike deler av arbeidssystemet – personer, oppgaver, verktøy, omgivelser og organisering – påvirker pasientsikkerhet og kvalitet i helsetjenesten.

London-protokollen

- er et internasjonalt anerkjent rammeverk for systematisk analyse av kliniske hendelser. Den bygger på et systemperspektiv, der målet er å forstå hvordan faktorer som rammebetingelser, organisering, teknologi og menneskelig atferd påvirker hverandre.

AcciMap

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

Tips – ulike verktøy og rammeverk for systemperspektiv

Functional Resonance Method (FRAM)

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

Patient Safety Incident Response Framework (PSIRF)

- er et rammeverk som ble innført i NHS England (2019) som for oppfølging av alvorlige hendelser, med mål om læring og forbedring av pasientsikkerheten. En grunntanke i PSIRF er å bruke ulike systembaserte tilnærminger for å lære av alvorlige hendelser knyttet til pasientsikkerhet. For å støtte opp under dette har NHS utviklet et omfattende opplæringsprogram for undersøkelsesledere, der kjernen er opplæring i systemtilnærming for å lære av alvorlige hendelser.

**Les mer fra Ukom på
www.ukom.no**

**Læringsmateriell til
flere rapporter
[ukom.no/laering og
refleksjon](http://ukom.no/laering_og_refleksjon)**