
Kva får vi ut av å analysera uønskete hendingar?

INVITERT KOMMENTAR

GEIR SVERRE BRAUT

gsb@sus.no

Geir Sverre Braut er spesialist i samfunnsmedisin, seniorrådgjevar ved Helse Stavanger og professor emeritus ved Høgskulen på Vestlandet. Forfattaren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonfliktar.

Undersøking av uønskete hendingar har fått eit visst omfang i helsetenesta. Likevel veit vi ikkje så mykje om kva metodar som er best eigna eller om verknadene av dei.

Helsedirektoratet gav i 2016 ut ei rettleiing om korleis ein kan analysera uønskete hendingar i helsetenesta, og det er i hovudsak verksemdene sjølve som skal gjennomføra analysane [\(1–3\)](#).

Dei interne undersøkingane av uønskete hendingar skal vera ein del av den systematiske styringa av tryggleiken og kvaliteten i tenestene. Undersøkingane som blir gjennomførde av eksterne organ, slik som tilsynsetatane og politiet, kan sjåast i samband med dei interne [\(4\)](#).

Hendingane som blir undersøkte, kjem ofte fram som følge av ulike meldeordningar. Slike ordningar har vore lovpålagde for spesialisthelsetenesta sidan 1992 [\(5\)](#). Det er likevel sprikande oppfatningar og mangelfull kunnskap om verknadene av desse [\(6\)](#). Kunnskapen om kva ein kan læra av undersøkingar av uønskete hendingar, er heller ikkje eintydig.

Liepelt har nyleg forsvart eit doktorgradsarbeid om helsepersonellens erfaringar med rotårsaksanalyse i spesialisthelsetenesta [\(7\)](#). Ho konkluderer med at slike analysar kan fremja pasienttryggleik og organisatorisk læring, men at gjennomføringa av analysane blir påverka av lokale tilhøve. Det er ikkje lett å følgja oppskrifta til punkt og prikke. Det er også vanskeleg å fastslå om kunnskapen ein får gjennom analysane, har varige verknader i tenestene.

Dette samsvarar med det Holme, Ødegaard og Høiberg har funne i studien sin av 35 analysar ved Sørlandet sykehus, som no er publisert i Tidsskriftet (8). Analysane er eigna til å identifisera rotårsaker, men funn av slike garanterer ikkje for at risikoreduserande tiltak blir utførte i etterkant.

Det er interessant at forfattarane har gjort modifikasjonar samanlikna med rettleiinga frå Helsedirektoratet (1) ved at dei har brukt gruppesamtalar i staden for individuelle intervju ved datainnsamlinga. Så lenge formålet er læring tykkjest det å vera fornuftig og i likskap med metodar for risikoanalysar som er velprøvde og robuste (9).

«Den vanlegaste rotårsaken var svikt i informasjon eller kommunikasjon, og då særleg når kommunikasjonen gjekk gjennom fleire ledd»

Studien frå Sørlandet sykehus viser at berre eit fåtal av det som er meldt som uønskte pasienthendingar, blir nærare undersøkte og analyserte. Den vanlegaste rotårsaken var svikt i informasjon eller kommunikasjon, og då særleg når kommunikasjonen gjekk gjennom fleire ledd. Nesten like hyppig var svikt i omgivnader eller organisering, medan manglande kompetanse eller sviktande utstyr sjeldnare blei vurderte som rotårsaker. Forfattarane skriv at forbettringsforslaga etter ei uønskt hending var mange, men at berre eitt av ti tiltak blei vurdert som svært effektivt med tanke på å unngå gjentaking. Dei tre tilfella der tiltaka blei vurderte som svært effektive, handla om fysiske endringar i avdelingane.

Gjennomføringa av hendingsanalysar er ressurskrevjande (7, 8), og ein bør truleg arbeida meir med å finna fram til kva hendingar som eventuelt ikkje eignar seg. Fram til no har ein gjerne lagt opp til at det er hendingar med alvorlege utfall rapporterte i meldesystemet, som blir analyserte. Kanskje det ikkje er det mest fornuftige.

«Som kvalitetsforbettringsinstrument er det sløsing å bruka store ressursar på eit fåtal alvorlege hendingar, der tiltaka som blir foreslått, ikkje blir vurderte som særleg effektive»

Tida er mogen for å sjå på hendingsanalysar som del av eit større tryggleiks- og kvalitetsstyringssystem. Dei hendingane som har dei alvorlege utfalla, er ikkje nødvendigvis dei verksemdene sjølve har mest å læra av. I mengda av rapporterte hendingar er det truleg informasjon som ved nærare analyse kan peika ut område i verksemda som bør undersøkjast. Som kvalitetsforbettringsinstrument er det sløsing å bruka store ressursar på eit fåtal alvorlege hendingar, der tiltaka som blir foreslått, ikkje blir vurderte som særleg effektive.

Derimot kan det vera gode rettstryggleiksgrunnar til å undersøkje hendingar med alvorlege utfall. Det forventar pasientar og pårørande. Samstundes kan det forkludra den interne undersøkinga når verksemda samstundes er under politietterforsking (7).

Valet av analysemetode etter uønskede hendinger må tilpassast formålet med undersøkinga (10), og vi må skilja betre mellom undersøkingar med tanke på betre tryggleik og granskingar for å plassera ansvar. Det er slett ikkje sikkert at desse formåla alltid går i hop.

LITTERATUR

1. Helsedirektoratet. Risikoanalyse. Hendelsesanalyse: Håndbok for helsetjenesten. 1. revisjon. Oslo: Helsedirektoratet, 2019.
https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/risiko-og-hendelseanalyse-handbok-for-helsetjenesten/Risiko-%20og%20hendelseanalyse%20%E2%80%93%20H%C3%A5ndbok%20for%20helsetjenesten.pdf/_/attachment/inline/9f3e8dcc-04b0-4970-abf1-04ce67054b16:c95d91f416c5fcfa1f52da4be11d228034015553/Risiko-%20og%20hendelseanalyse%20-%20H%C3%A5ndbok%20for%20helsetjenesten.pdf Lest 13.1.2026.
2. Helse- og omsorgsdepartementet. FOR-2016-10-28-1250. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 8e.
<https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250> Lest 13.1.2026.
3. Helse- og omsorgsdepartementet. Prop. 121 L (2024–2025). Endringer i helsetilsynsloven mv. (ny meldeordning for alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-121-l-20242025/id3095799/> Lest 13.1.2026.
4. Haver K, Wiklund J. Rapport Petroleumstilsynet. Læring etter hendelser. Stavanger: Proactima, 2022.
https://www.havtil.no/contentassets/88cb37e03c84489cb185895278bf1ad5/laring-etter-hendelser-_2022.pdf Lest 13.1.2026.
5. Sosialdepartementet. Ot.prp. nr. 33 (1991-1992). Om lov om endringer i lov av 19. juni 1969 nr. 57 om sykehus m.v. og i visse andre lover.
https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1991-92&paid=4&wid=a&psid=DIVL858&pgid=a_0995 Lest 13.1.2026.
6. Evensen LH, Lidal IB, Hafstad E et al. Nasjonale og regionale melde- og varselsordninger for uønskede hendelser i pasientbehandlingen: systematisk oversikt. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2022.
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2022/nasjonale-og-regionale-melde--og-varselordninger-for-uonskede-hendelser-i-pasientbehandlingen-rapport-2022.pdf> Lest 13.1.2026.
7. Liepelt S. Healthcare Professionals' Experience with Root Cause Analysis: A Case Study. Doctoral thesis. Trondheim: Department of Health Sciences Ålesund, NTNU. <https://nva.sikt.no/registration/019a16086050-8c66f33d-0a28-4050-ac33-d10a002dec59> Lest 20.1.2026.

8. Holme Ø, Ødegaard A, Høiberg MP. Hendelsesanalyser ved Sørlandet sykehus 2020–22. Tidsskr Nor Legeforen 2026; 146. doi: 10.4045/tidsskr.25.0199. [CrossRef]
 9. Værland IE, Braut GS, Sandvik TJ et al. «Sløyfa» – en metode for risikoanalyse i klinisk arbeid. Erfaringer fra et forbedringsprosjekt. Michael 2025; 22: 110–9. [CrossRef]
 10. Berg SH. Årsaksmodeller og analysemetoder i gransking av uønskede hendelser i helsetjenesten. Michael 2025; 22: 120–34. [CrossRef]
-

Publisert: 29. januar 2026. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.26.0032
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 2. juli 2026.