
Til beste for den neste – risikoreduserende tiltak etter alvorlige hendelser

DEBATT

LISE BROEN

lib@helsetilsynet.no

Lise Broen (f. 1955) er seniorrådgiver i Statens helsetilsyn.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen
interessekonflikter.

BRYNHILD BRAUT

Brynhild Braut (f. 1964) er avdelingsdirektør i Statens helsetilsyn.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen
interessekonflikter.

JAN FREDRIK ANDRESEN

Jan Fredrik Andresen (f. 1960) er direktør i Statens helsetilsyn.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen
interessekonflikter.

Statens helsetilsyn fikk ca. 3 000 varsler om alvorlige hendelser i perioden 2010–17. Virksomhetene er pålagt å lære av slike hendelser for å unngå at de gjentar seg.

Virksomheter som tilbyr helsetjenester er pålagt å identifisere særlig risikofylte deler av tilbudet. Etter alvorlige hendelser er de pålagt å lære av hendelsen og, om nødvendig, iverksette risikoreduserende tiltak slik at lignende hendelser ikke skjer igjen (1). Helsetilsynets erfaring er at det er mange tilnærmet like hendelser som skjer i ulike virksomheter, og dessverre også altfor ofte i samme virksomhet.

I perioden 2010–17 har Statens helsetilsyn mottatt 2 997 varsler om alvorlige hendelser. I samme periode gjennomførte vi 97 stedlige tilsyn. I en ny rapport fra Statens helsetilsyn løfter vi frem våre erfaringer fra foretakenes arbeid med risikovurderinger før og etter en alvorlig hendelse, der hendelsen ble fulgt opp med et stedlig tilsyn, og saken ble avsluttet i 2017 (2). Hvilke risikoreduserende tiltak hadde virksomheten iverksatt i forkant av den alvorlige hendelsen, og hvilke har de iverksatt som følge av læring etter hendelsen?

Kvalitetsforbedring etter alvorlige hendelser forutsetter detaljert kartlegging av hendelsesforløpet. I dette arbeidet er pasient og pårørende en viktig informasjonskilde. Informasjon som er innhentet fra både pasient/pårørende og personell så raskt som mulig etter hendelsen, gir samlet et mest mulig komplett bilde av det som skjedde. Først da er det mulig å finne årsaker til at hendelsen kunne skje, og iverksette tiltak som kan hindre at lignende hendelser skjer igjen.

Det som ved første øyekast kan oppfattes som en enkel menneskelig feil som førte til hendelsen, kan vise seg å ha sin årsak i mer komplisert og omgripende svikt i ledelse og organisering. Dette kan ha betydning for andre pasienter i lignende situasjoner.

Vi erfarer at virksomhetene vi fører tilsyn med, har svært ulik kompetanse og praksis når det kommer til å lære av feil. Helsetilsynet prøver ut ulike analyseverktøy fra andre samfunnssektorer i de tilsynssakene vi behandler.

I årets rapport ønsker vi å vise hvordan vi har gjort det, til refleksjon og forhåpentligvis inspirasjon for de som er nærmere pasientbehandling, og som håndterer risiko hver dag. Vi løfter også frem noen hendelser som eksempler på hvordan manglende barrierer eller etterlevelser av slike har vært medvirkende til at hendelsen kunne skje. Vårt mål er gjennom tilsyn å bidra «til beste for den neste».

LITTERATUR

1. FOR-2016-10-28-1250. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250> (1.6.2018).
2. Til beste for den neste. Rapport fra Helsetilsynet 2/2018. Oslo: Statens helsetilsyn, 2018.
https://www.helsetilsynet.no/globalassets/upload/publikasjoner/rapporter2018/helsetilsynetrapport2_2018.pdf (1.6.2018).

Publisert: 26. juni 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0344
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 7. februar 2026.