
Uklart om uønskede hendelser

KRONIKK

ALMA MULAC

alma.mulac@farmasi.uio.no

Alma Mulac er farmasøyt, ph.d. og postdoktor ved Farmasøytisk institutt, Universitetet i Oslo.

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

SOLRUN ELVIK

Solrun Elvik er farmasøyt og seniorrådgiver i Helsedirektoratet.

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

ØYSTEIN FLESLAND

Øystein Flesland er dr. med., spesialist i immunologi og transfusjonsmedisin og seniorforsker ved Kirurgisk divisjon, Akershus universitetssykehus.

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

På en fødeavdeling ligger to nyfødte ved siden av hverandre. En sykepleier oppdager at det ene barnet mangler navnebånd. Det andre har pustevansker, og man oppdager at det har fått feil medisin. Begge disse episodene er slikt som ikke skal skje, altså uønskede hendelser. Hvordan skiller dagens definisjoner disse?

Betegnelsen *uønsket hendelse* har de siste årene blitt brukt om hendelser i helsetjenesten man ikke ønsker skal skje igjen. Samtidig brukes begreper som *avvikshendelse*, *uheldig hendelse*, *utilsiktet hendelse* og *nesten-hendelse*. Med lang erfaring i praktisk arbeid med meldesystemer og forskning på uønskede

hendelser mener vi at dette mangfoldet bidrar til uklarhet og truer pasientsikkerheten. Vi vil her foreslå en klassifisering som både forenkler og tydeliggjør begrepene.

Begrepsutvikling på ville veier

Det er vår erfaring at begrepet *uønsket hendelse* forstås ulikt blant helsepersonell, fag- og forskningsmiljøer og i helseforvaltningen. Grunnen kan være at begrepet mangler en entydig definisjon eller at definisjonene er krevende å forstå.

«Mangel på tydelige felles definisjoner fører til at kommuner, helseforetak, institusjoner og fagmiljøer utvikler og benytter egne definisjoner basert på tolkninger av regelverk og faglitteratur»

De fleste som jobber i helse- og omsorgstjenesten, har vært involvert i eller berørt av en uønsket hendelse. Uønskede hendelser i helsetjenesten kan for eksempel skje som følge av feil i medisinerings, kirurgi, eller diagnostikk. Mangel på tydelige felles definisjoner fører til at kommuner, helseforetak, institusjoner og fagmiljøer utvikler og benytter egne definisjoner basert på tolkninger av regelverk og faglitteratur (1). For eksempel bruker enkelte helseforetak *uønsket hendelse* som et samlebegrep for hendelser som kunne ha ført til eller har ført til pasientskade (2, 3), mens akademiske miljøer har brukt begrepet for hendelser som har resultert i pasientskade (4).

Behov for gjennomgang

I 2023 leverte Varselutvalget sin rapport *Fra varsel til læring og forbedring* (5). Utvalget har evaluert landets varslingsordninger, og foreslår blant annet en ny meldeordning for alvorlige uønskede hendelser i helse- og omsorgstjenesten. I rapporten påpeker utvalget at det er behov for at begrepene *uønskede hendelser*, *nesten-alvorlige hendelser* og *nesten-hendelser* både defineres i lovverket og beskrives nærmere i nasjonal veileder. Samtidig har Varselutvalget definert flere begreper i rapporten. Dette kan oppfattes som et forsøk på å rydde i begrepene, men gjør de egentlig det?

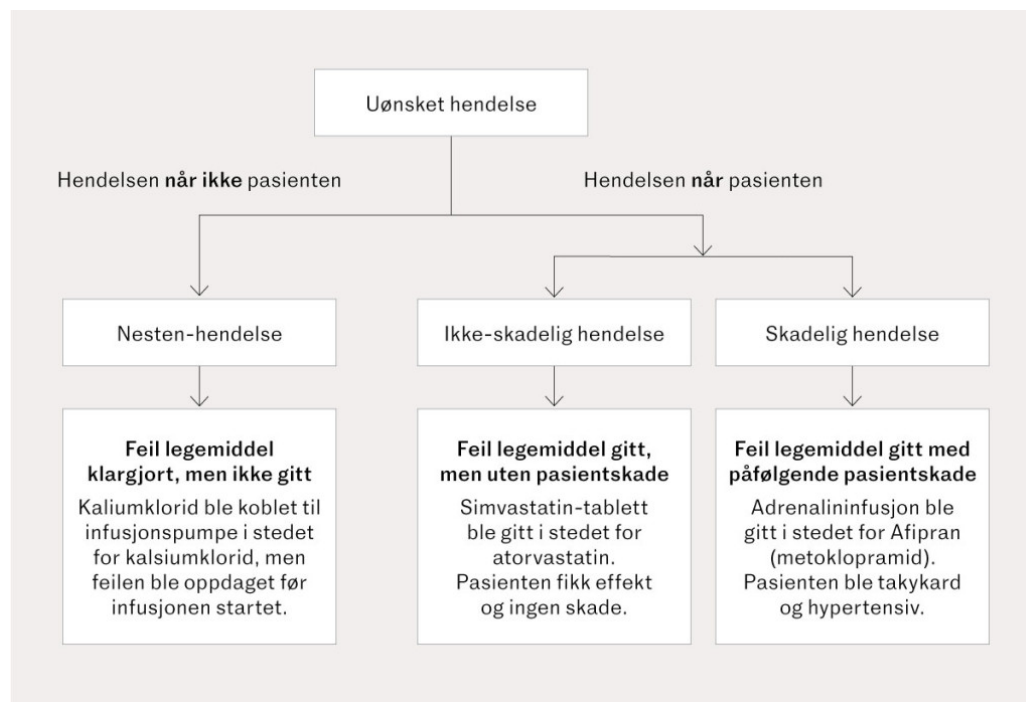
Varselutvalget foreslår en raus definisjon for uønskede hendelser, og inkluderer «... både alvorlige hendelser, nesten-alvorlige hendelser, nesten-hendelser, bagatellmessige hendelser, hendelser uten alvorlig skade osv.» (5). Hvordan skal helsepersonell og ledere i helsetjenesten forholde seg til hva som er «bagatellmessig»? Det er uheldig å inkludere både hendelsestype og konsekvens for pasienten i ett begrep, som for eksempel i *nesten-alvorlige hendelser*. Dette gjør det vanskelig for ansatte i helsetjenesten å forstå hva som er meldepliktig og hvor hendelsen eventuelt skal meldes. Hvor passer «et manglende navnebånd hos nyfødt» inn i denne paraplydefinisjonen? Er det en

hendelse uten alvorlig skade, en nesten-alvorlig hendelse, eller noe annet? Og kan dette vurderes på noen få minutter, som er tiden helsepersonell ofte har når de skal melde en hendelse?

Et forsøk på å gjøre det enklere

Heller enn å blande alt i den samme gryta, foreslår vi en alternativ klassifikasjon med tre typer uønskede hendelser inspirert av Verdens helseorganisasjons rammeverk for klassifisering av pasienthendelser [\(6\)](#).

I vårt forslag skilles det på om hendelsen har nådd pasienten eller ikke. Hendelser som ikke når pasienten, klassifiseres som *nesten-hendelser*. Ved hendelser som når pasienten, skilles det på om hendelsen har medført pasientskade eller ikke: det vil si *skadelig hendelse* og *ikke-skadelig hendelse*. Se figur 1 for de tre hendelsestypene eksemplifisert med uønskede hendelser tilknyttet legemidler. Videre bør de tre typer hendelser klassifiseres for alvorlighet og forebyggbarhet med utgangspunkt i for eksempel Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser [\(7\)](#).



Figur 1 Forslag til klassifikasjon av pasienthendelser. Figuren er tilpasset og oversatt til norsk ved forfatterne [\(6\)](#). Verdens helseorganisasjon (lisens CC BY-NC-SA 3.0 IGO) er ikke ansvarlig for innholdet eller nøyaktigheten av tilpasningen eller oversettelsen.

Et klassifikasjonssystem som på denne måten skiller hendelser som når pasient fra de som ikke gjør det, kan bidra til felles forståelse og en enklere og riktigere klassifisering. Det kan også bidra til at de alvorligste meldingene om pasientskade ikke drukner blant mindre alvorlige meldinger. Klassifiseringen kan dessuten forenkle uttrekk fra databaser og gi et bredere grunnlag for læring og forbedring.

Ulik begrepsforståelse er ikke noe nytt

Pasientsikkerhet er et relativt nytt fagfelt som oppstod ved millenniumskiftet med rapporten *To Err Is Human*. Den presenterte urovekkende tall om pasientskader og dødsfall som følge av feil i helsetjenesten (8).

Begreper innen pasientsikkerhet har siden gjennomgått en utvikling. Allerede i 2000 løftet Peter F. Hjort problemstillingen rundt ulike begrep i kjølvannet av den globale pasientsikkerhetsbevegelsen (9). Hjort erstattet *feil* med *uheldig hendelse*, et nøytralt begrep som ikke plasserer skyld.

I 2010 gjennomførte Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (10) en evaluering av begreper innen pasientsikkerhet. Allerede i denne rapporten kom det fram at kjært barn har mange navn. I tillegg til *uønsket hendelse* og *uheldig hendelse*, nevnes *utilsiktet hendelse*, som også er brukt av danskene i deres pasientsikkerhetsarbeid. Begrepene forteller om en hendelse som kunne ha ført til skade eller har ført til skade, men sier ikke noe om konsekvens for pasienten.

Avvik er et annet begrep som er godt kjent hos helsepersonell. Avvik er imidlertid knyttet opp mot mangel på oppfyllelse av krav eller brudd på lover, forskrifter og prosedyrer. De siste årene synes det å ha blitt en uformell enighet om å bruke *uønsket hendelse*, men det er ikke enighet om hva begrepet innebærer.

Uklar begrepsbruk har flere implikasjoner

Meldesystemer i helsetjenesten er preget av underrapportering, og kun toppen av isfjellet av hendelser blir meldt inn (11). En undersøkelse gjort av Norsk pasientskadeerstatning, viste at kun 33 % av sakene hvor en pasient har fått pasientskadeerstatning ble funnet igjen i meldesystemene ved sykehusene (12). Sykehusene kan dermed ha mistet muligheter til å lære av feil og forbedre praksis. Hvis det skjer systematisk underrapportering av visse typer hendelser eller fagområder, kan det føre til feilprioritering av innsatsen for å bedre pasientsikkerheten.

En forklaring på underrapportering kan være en mangelfull felles forståelse av begrepet *uønsket hendelse*. For eksempel kan det manglende navnebåndet klassifiseres som en administrativ hendelse og ikke som en pasientrelatert hendelse (13). Usikkerhet hos både meldere og saksbehandlere kan dermed svekke læringsutbyttet av meldesystemene.

«Hvis det skjer systematisk underrapportering av visse typer hendelser eller fagområder, kan det føre til feilprioritering av innsatsen for å bedre pasientsikkerheten»

Norge har stor nytte av å sammenligne og lære av pasientsikkerhetsarbeid i andre land, men har også en rolle i å bidra internasjonalt. Å kunne anvende internasjonale data fra publikasjoner om *adverse event* og *patient safety incident*, som er etablerte begrep i litteraturen, krever en egnet oversettelse av begrepene til norsk.

I internasjonal litteratur defineres *adverse event* ofte som en hendelse som har resultert i pasientskade. *Patient safety incident* favner bredere enn *adverse event* og inkluderer hendelser uavhengig av om de har nådd pasienten og om de har ført til skade. *Patient safety incident* kan da oversettes til *uønsket hendelse*.

Det ser altså ut til at vi per i dag ikke har et egnet begrep for *adverse event* på norsk. Et eksempel som illustrerer dette, er bruk av Global Trigger Tool. Dette verktøyet måler *adverse events* (hendelser som resulterer i pasientskade) per 1 000 pasientdager, per 100 innleggelser og andelen av innleggelser med *adverse event* (14, 15). I mangel av en bedre oversettelse av *adverse event*, måler vi i Norge *pasientskade* og ikke hendelser som har resultert i pasientskade (16). Bør vi fortsette å oversette *adverse event* som pasientskade, eller bør vi introdusere et egnet begrep som indikerer at det gjelder en hendelse og ikke kun konsekvens av hendelsen, som for eksempel *skadelig hendelse*, slik vi foreslår? Tydeligere begrepsbruk vil gjøre det mulig å sammenligne forekomsten av hendelser som resulterte i pasientskade på tvers av landegrenser og studier (17).

Ikke la de tusen blomster blomstre

Pasientsikkerhet er et fagfelt i rask utvikling, som det i økende grad forskes på (18). Det mangler imidlertid overvåkning av og diskusjon rundt begrepsutviklingen i feltet.

Vi ser behov for en nasjonal faggruppe som fremmer felles begrepsutvikling, klassifisering og standardisering nasjonalt og internasjonalt. Å luke i blomsterbedet er også viktig for å la den teknologiske utviklingen bidra til automatisert klassifisering og analyse av uønskede hendelser.

Mens helsepolitikkerne står overfor beslutningene om veien videre for varsel- og meldeordninger, er tiden moden for å rydde opp i begrepene.

REFERENCES

1. Hofstad E. Liten nytte av å melde avvik. Sykepleien 12.3.2015. <https://sykepleien.no/2015/03/1-av-2-ser-ikke-nytt-en-av-melde> Lest 1.12.2023.
2. Oslo Universitetssykehus. Uønskede hendelser. <https://www.oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/kvalitet/uonskede-hendelser> Lest 1.12.2023.

3. Helse Bergen. Uønskede hendelser - melding, saksbehandling og læring. <https://kvalitet.helse-bergen.no/docs/pub/dok63738.pdf> Lest 13.12.2023.
4. Aase K. Pasientsikkerhet. Oslo: Universitetsforlaget, 2022.
5. Helse- og omsorgsdepartementet. Fra varsel til læring og forbedring. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/fra-varsel-til-laring-og-forbedring/id2971072/> Lest 11.3.2024.
6. WHO. Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010338> Lest 11.3.2024.
7. Helsedirektoratet. Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/norsk-kodeverk-for-uonskede-pasienthendelser/Norsk%20kodeverk%20for%20u%C3%B8nskede%20pasienthendelser.pdf/_/attachment/inline/e95247b1-bdb4-463b-b730-5a09398db917:88e99f1e911c29fd8101025ad12f685eef995b9c/Norsk%20kodeverk%20for%20u%C3%B8nskede%20pasienthendelser.pdf Lest 11.1.2024.
8. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, red. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington DC: National Academies Press, 2000.
9. Hjort PF. Uheldige hendelser i helsetjenesten—forebygging og håndtering. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3184–9. [PubMed]
10. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Kartlegging av begrepet pasientsikkerhet. https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2010/notat_2010_kartlegging-av-begrepet-pasientsikkerhet_v2.pdf Lest 11.3.2024.
11. Mulac A, Taxis K, Hagesaether E et al. Severe and fatal medication errors in hospitals: findings from the Norwegian Incident Reporting System. Eur J Hosp Pharm Sci Pract 2021; 28 (Suppl 2): e56–61. [PubMed][CrossRef]
12. Norsk Pasientskadeerstatning. 33 prosent av NPE-saker blir funnet igjen i sykehusenes meldesystemer. <https://www.npe.no/no/Helsepersonell/pasientsikkerhet/rapporter/33-prosent-av-npe-saker-blir-funnet-igjen-i-sykehusenes-meldesystemer/> Lest 11.1.2024.
13. Riksrevisjonen. Sak 1: Helseforetakenes håndtering av uønskede hendelser. <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2016-2017/undersokelse-av-helseforetakenes-handtering-av-uonskede-hendelser.pdf> Lest 11.1.2024.
14. Griffin FA, Resar RK. IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement, 2009.

15. Hibbert PD, Molloy CJ, Schultz TJ et al. Comparing rates of adverse events detected in incident reporting and the Global Trigger Tool: a systematic review. *Int J Qual Health Care* 2023; 35: mzad056. [PubMed] [CrossRef]
 16. I trygge hender. Praktisk informasjon for Global Trigger Tool-team. <https://www.itryggehender24-7.no/malinger/global-trigger-tool-gtt/praktisk-informasjon-for-global-trigger-tool-team> Lest 1.12.2023.
 17. Deilkås ET, Haugen M, Risberg MB et al. Longitudinal rates of hospital adverse events that contributed to death in Norway and Sweden from 2013 to 2018. *J Patient Saf Risk Manag* 2021; 26: 153–60. [CrossRef]
 18. Illingworth J, Shaw A, Fernandez Crespo R et al. Global State of Patient Safety 2023. Imperial College London 2023. <https://www.imperial.ac.uk/Stories/global-state-of-patient-safety/> Lest 11.3.2024.
-

Publisert: 15. april 2024. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.24.0053

Mottatt 25.1.2024, første revisjon innsendt 20.2.2024, godkjent 11.3.2024.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 6. februar 2026.