

Uønskede hendelser - policydokument

Side 1 av 3

Dokumentplassering:

I.5.2.4-12

Godkjent dato:

17.03.2026

Revideres innen:

17.03.2028

Sist endret:

17.03.2026

Versjon:

2.03

Foretaksnivå/Virksomhetsstyring/Kvalitet og pasientsikkerhet/Uønskede hendelser

ENDRINGER FRA FORRIGE VERSJON: Forlenget gyldighet til 17.03.2028

1. HENSIKT

Dette policydokumentet beskriver hvordan SSHF skal følge opp uønskede hendelser på en måte som bidrar til læring og forbedring i hele organisasjonen, samt bidrar til god oppfølging av pasient og pårørende etter at en uønsket hendelse har skjedd.

Organisasjonen får innsikt i uønskede hendelser gjennom ulike kilder. Ulike typer av uønskede hendelser har ulike meldeordninger, lovkrav og saksbehandlingsrutiner. Føringerne som gis i dette dokumentet gjelder for alle uønskede hendelser.

2. MÅLGRUPPE

Den primære målgruppen for dokumentet er ledere og medarbeidere i SSHF. Dokumentet er også relevant for pasienter, brukere og pårørende, samt for publikum generelt og media.

3. INNHOLD I POLICY

Målet med oppfølging etter en uønsket hendelse er forbedring. Etter at det er satt inn tiltak for å begrense konsekvensene av en uønsket hendelse skal fokus være på å identifisere og implementere korrigerende og forebyggende tiltak (barrierer), for å redusere risikoen for at tilsvarende hendelse skjer igjen.

Alle ledere og medarbeidere i SSHF har plikt til å bidra til dette. Plikten følger av krav i lov og forskrift, men også som en felles etisk forpliktelse for å ivareta en overordnet verdi i helsetjenesten: å ikke påføre skade.

Det er et overordnet mål at det ved alle avdelinger i SSHF skal oppleves som ønsket, trygt og vanlig å melde fra om uønskede hendelser. Nærmeste leder har en nøkkelrolle for å bidra til dette. Hvordan nærmeste leder snakker om uønskede hendelser og hvordan uønskede hendelser følges opp av nærmeste leder, har over tid avgjørende betydning for utvikling av meldekulturen i enheten. Målet er at systematisk oppfølging etter uønskede hendelser skal være en del av den vanlige driften og at det skal være åpenhet rundt dette arbeidet.


Etter at en uønsket hendelse har skjedd skal pasienter og pårørende følges opp med god informasjon i samsvar med deres rettigheter. Se nærmere om dette i [Uønskede hendelser - pasienter og pårørendes rett til informasjon ved skade eller alvorlig komplikasjon](#). «Pasienter, brukere og pårørende har behov å bli møtt med empati og en beklagelse, og for at deres opplevelser og perspektiver blir tatt på alvor», jf.

Helsedirektoratets [guide](#).

Vi får kunnskap om uønskede hendelser gjennom ulike kilder: meldinger i Kvalitetsportalen, klager fra pasienter og pårørende, saker som oversendes fra pasientombudet, tilsynssaker fra statsforvalteren, saker fra norsk pasientskadeerstatning (NPE) mm.

Ledere på alle nivå skal bruke data fra disse kildene til å avdekke svakheter og risiko i egen enhet/avdeling/klinikk. Leder skal påse at arbeidet har systemfokus og ikke personfokus. Hvilke barrierer kan innarbeides i rutiner og systemer for å redusere risikoen for uønskede hendelser? Medarbeidernes kunnskap og forståelse for innebygget risiko i virksomheten må aktivt brukes for å identifisere og implementere slike barrierer.

Utarbeidet av: Kvalitetssjef Else Kristin Reitan	Fagansvarlig: Kvalitetssjef Else Kristin Reitan	Verifisert av: []	Godkjent av: Susanne Miriam Sørensen Hernes	Dok.nr: D54406
---	--	----------------------	---	-------------------

		Uønskede hendelser - policydokument			Side: 2 Av: 3
Dokument-id: I.5.2.4-12	Utarbeidet av: Kvalitetssjef Else Kristin Reitan	Fagansvarlig: Kvalitetssjef Else Kristin Reitan	Godkjent dato: 17.03.2026	Godkjent av: Susanne Miriam Sørensen Hernes	Revisjon: 2.03

Foretaksnivå/Virksomhetsstyring/Kvalitet og pasientsikkerhet/Uønskede hendelser

DETTE OVERORDNEDE DOKUMENTET ER FØRENDE FOR FØLGENDE:

1. Uønskede hendelser som er meldt i det interne kvalitetssystemet Kvalitetsportalen:
 - Pasienthendelser
 - HMS-hendelser
 - Andre hendelser
2. Hendelsesbaserte tilsynssaker fra Statsforvalteren (SF)
3. Hendelser meldt til Statens helsetilsyn etter spesialisthelsetjenesten §3–3a
4. Klagesaker fra pasienter og pårørende
5. Klager oversendt fra Statsforvalteren for lokal avklaring
6. Klager oversendt fra pasientombudene
7. Avviksmeldinger fra kommunene (delavtale 5)
8. Norsk pasientskadeerstatning-saker (NPE)
9. Meldinger om svikt i medisinsk teknisk utstyr (MTU)
10. Meldinger om uønskede strålevernrelaterte hendelser
11. Meldinger om brudd på taushetsplikt
12. Øvrige uønskede hendelser

Det skal foreligge egne retningslinjer i EK for hvordan disse uønskede hendelsene skal meldes og følges opp for å sikre læring og forbedring. Alle disse retningslinjene skal ha en henvisning til dette policydokumentet.

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#) pålegger virksomheten å ha et styringssystem som beskriver hvordan uønskede hendelser og klager mm følges opp slik at det fører til læring og forbedring, se punkt 4-7 under.

4. PLANLEGGE

Det følger av [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten](#) § 6g at aktiviteter skal planlegges slik at vi har

«oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet».


Alle nivå i SSHF må planlegge virksomheten slik at dette kravet ivaretas, gjennom å planlegge hvordan og når enheten/avdelingen/klinikken/foretaket skal skaffe seg slik oversikt.

5. GJENNOMFØRE

I [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 7c](#) fremgår virksomhetens plikt til å ivareta følgende oppgaver:

«Utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet».

Alle nivå i SSHF må påse at dette kravet ivaretas, gjennom å utvikle/implementere rutiner og prosedyrer, følge opp uønskede hendelser og påse at det jobbes systematisk med kvalitet og pasientsikkerhet.

		Uønskede hendelser - policydokument			Side: 3
					Av: 3
Dokument-id: I.5.2.4-12	Utarbeidet av: Kvalitetssjef Else Kristin Reitan	Fagansvarlig: Kvalitetssjef Else Kristin Reitan	Godkjent dato: 17.03.2026	Godkjent av: Susanne Miriam Sørensen Hernes	Revisjon: 2.03

Foretaksnivå/Virksomhetsstyring/Kvalitet og pasientsikkerhet/Uønskede hendelser

6. EVALUERE

Det følger av [forskriftens § 8](#) e om plikten til å evaluere at virksomheten skal ivareta følgende oppgaver:

«Gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges.»

Alle nivå i SSHF må påse at dette kravet ivaretas, ved systematisk gjennomgang av de ulike kildene til læring etter uønskede hendelser innenfor sine ansvarsområder, inklusive å bidra til læring på tvers i hele organisasjonen.

7. KORRIGERE

Det følger av [forskriftens § 9](#) at SSHF skal ivareta følgende oppgaver:

- a) rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold
- b) sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgslovgivningen etterleves, inkludert faglig forsvarlige tjenester, og at systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet gjennomføres.
- c) forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Alle nivå i SSHF må påse at dette kravet ivaretas.

Kryssreferanser

[I.5.2.4-2](#)

[Uønskede hendelser - roller og ansvar](#)

[I.5.2.4-3](#)

[Alvorlige pasienthendelser etter Lov om spesialisthelsetjenesten § 3-3 a - melding og oppfølging](#)

[I.5.2.4-13](#)

[Uønskede hendelser - pasienter og pårørendes rett til informasjon ved skade eller alvorlig komplikasjon](#)

Eksterne referanser

[1.42 Spesialisthelsetjenesteloven](#)