

An illustration of a person in a blue shirt and black pants standing on a dark, curved surface, looking towards a large, glowing network diagram. The network consists of several red circular nodes of varying sizes connected by thin white lines. The background is dark with a light greenish-brown curved shape on the left. A small red logo is visible in the bottom right corner.

# Erfaring fra tilsyn i svangerskaps- og fødselsomsorgen

NSF Jordmorkonferanse 5. mai 2026 LLS



Tilsynsmyndighetenes hovedoppgave er å sikre at virksomheter leverer forsvarlige tjenester etter gjeldende lover og forskrifter, og at de jobber systematisk med kvalitetsforbedring, risikohåndtering og pasient-/brukersikkerhet.

Tilsyn skal understøtte virksomhetenes eget ansvar og bidra til forbedring, ikke bare sanksjonering.



## Kriteriene for å varsle er:

- dødsfall eller svært alvorlig skade på pasient eller bruker, når
- hendelsen skjedde i helse- og omsorgstjenesten, eller ved at pasient eller bruker skadet en annen, og
- utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko



# Avdeling for operativt tilsyn

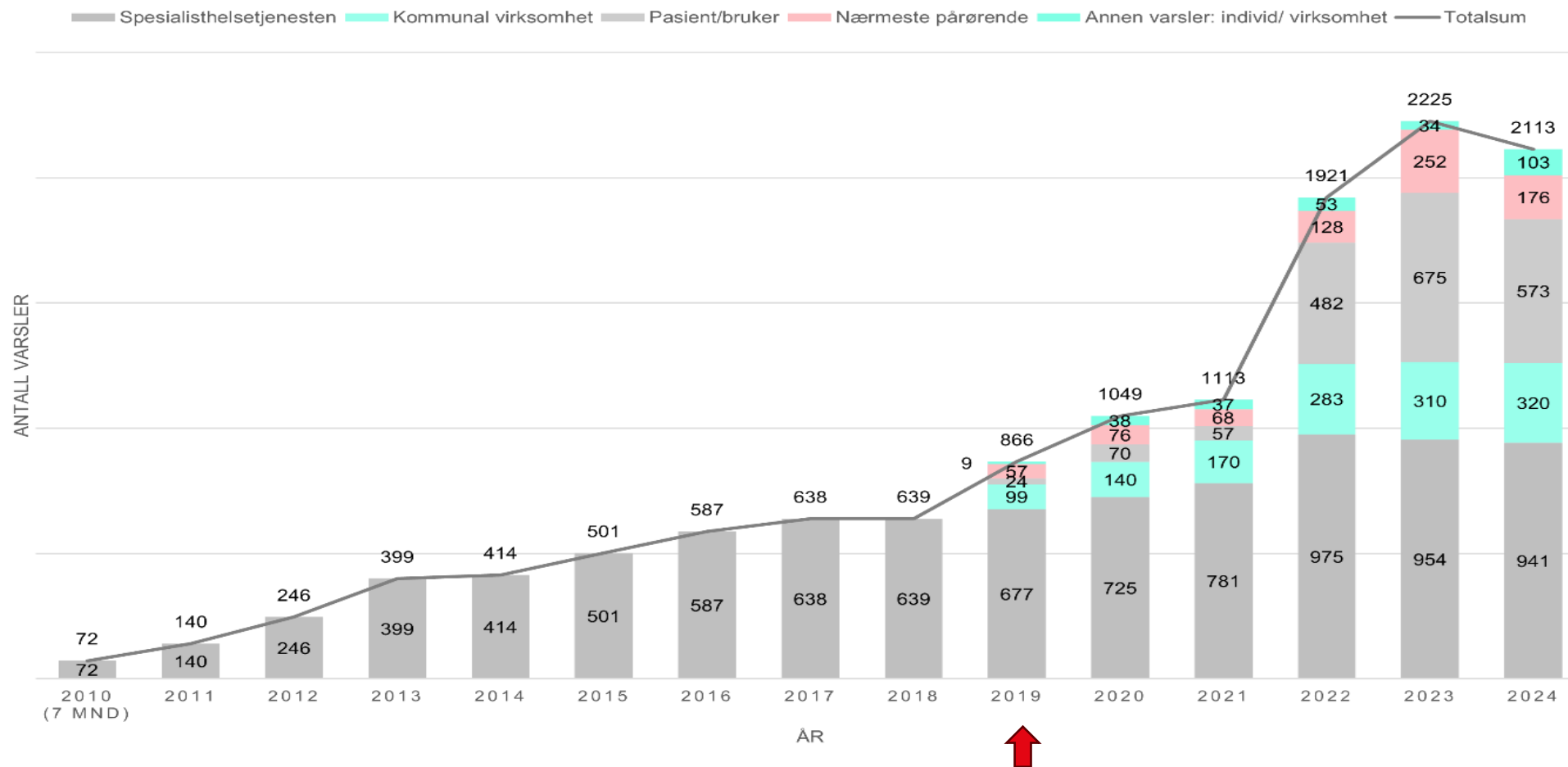
- **Spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer**
- **Jordmor**

## Arbeidsoppgaver:

- Tilsynssaker - virksomhet  
- individ
- Varselhåndtering
- Bistå statsforvalterne i saker
- Formidling ( artikler, foredrag ol)



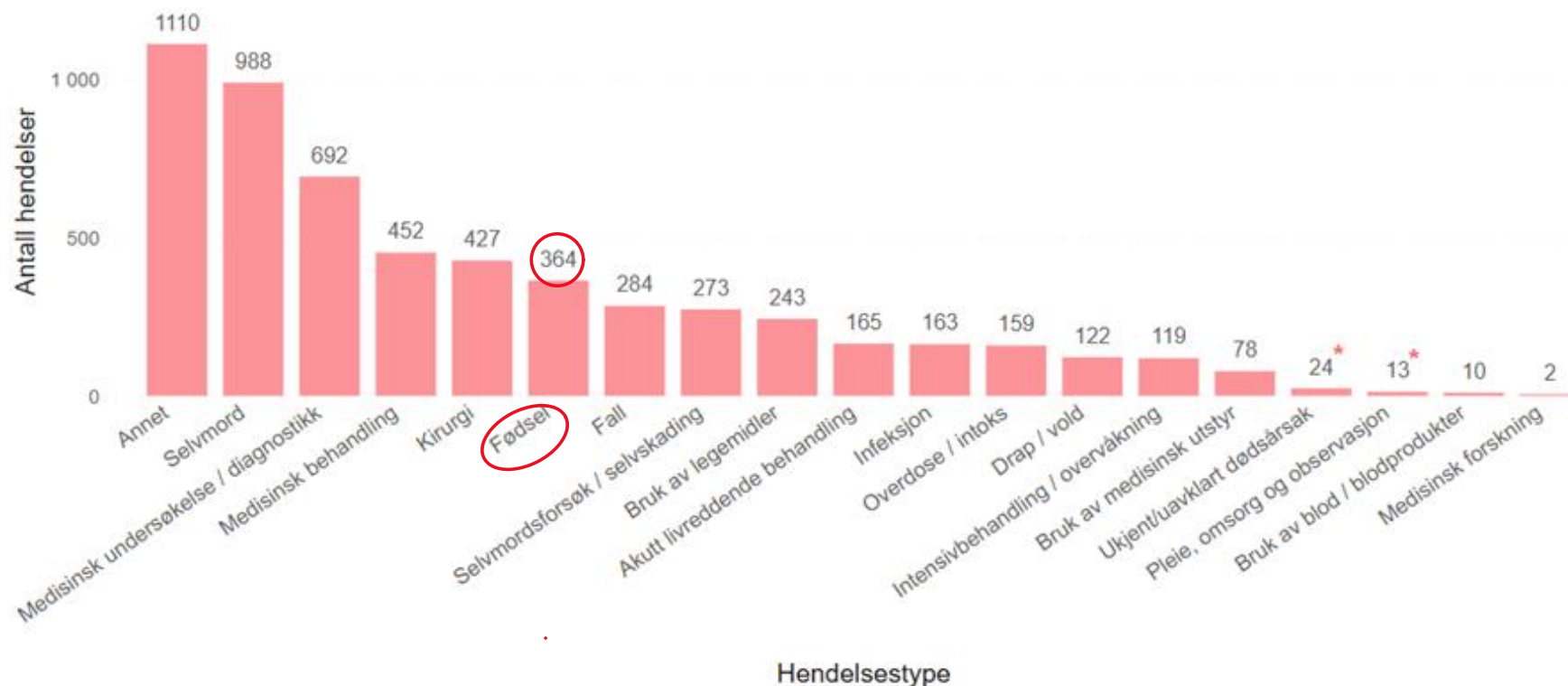
# Meldte saker



(Pasientskader – fortsatt muligheter for læring og forbedring )



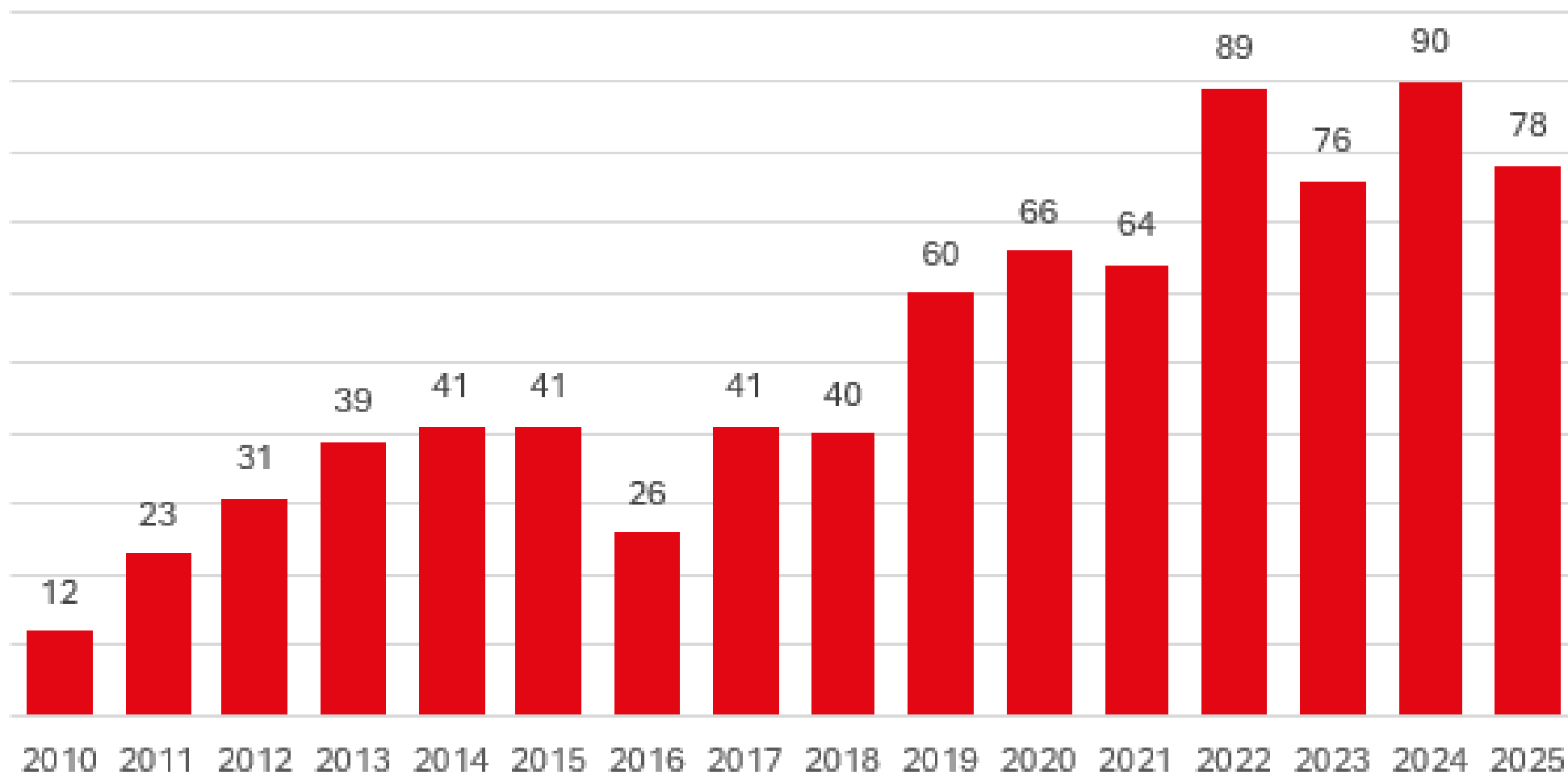
# Hvilke kategorier meldes ? Tall fra 2020 - 2024



(Pasientskader – fortsatt muligheter for læring og forbedring )



## Antall varsler om alvorlige hendelser knyttet til fødsel 2010-2025



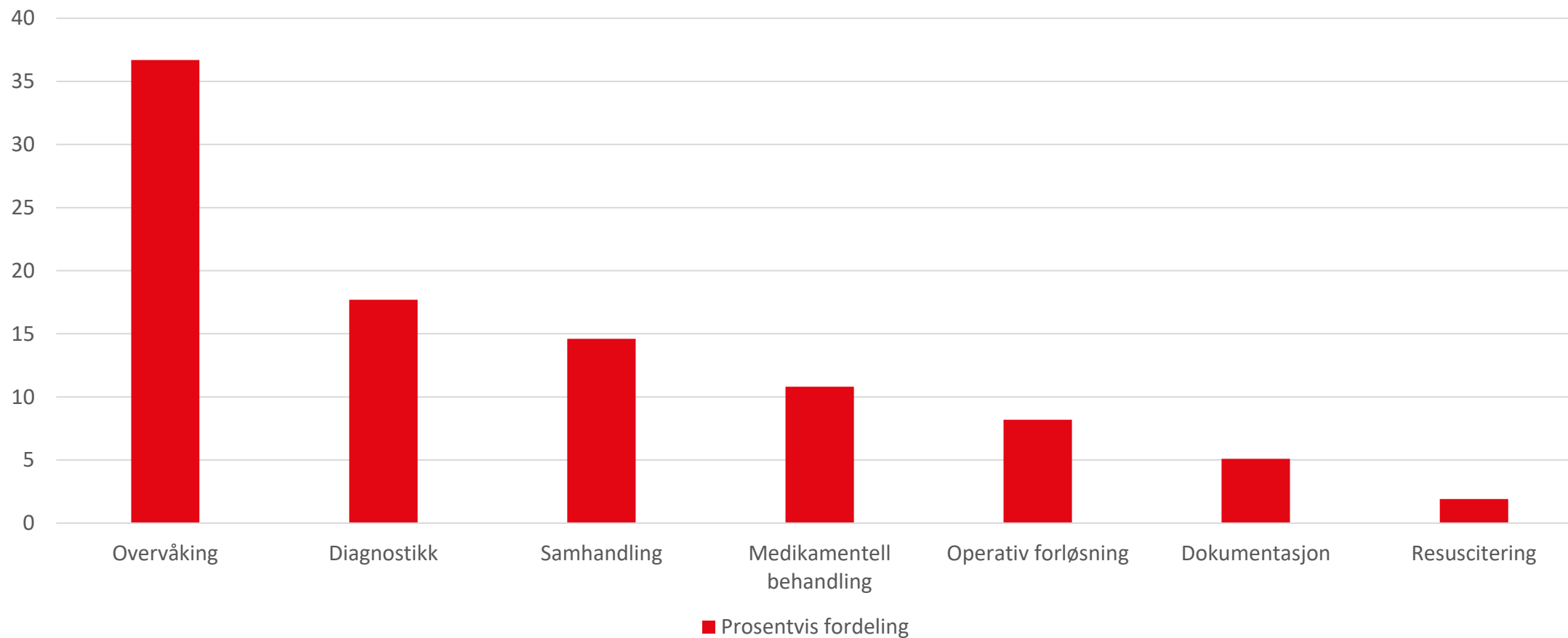
## Fødevarsel 2020 - 2024

Helsetilsynet fulgte opp 17 (4,7 %) av hendelsene med tilsyn (av disse seks stedlige tilsyn), mens 232 (64 %) hendelser ble oversendt til statsforvalterne for videre oppfølging.

De resterende 115 ble avsluttet etter innledende undersøkelser. En større andel av fødsels-hendelsene ble fulgt opp med tilsyn fra Helsetilsynet sammenlignet med andre typer hendelser (4,7 % vs. 1,8 %).



# Hva svikter i fødselsomsorgen?



(Johansen LT et al. 2018)



# Oppsummert viser våre tilsynserfaringer at det er risiko for uønskede hendelser knyttet til:

- fosterovervåkning og feiltolkning av fosterovervåkning
- diagnostikk av komplikasjoner under eller etter fødsel (gjelder både gynekolog, anestesilege og barnelege)
- manglende vurdering av om fødsel skal overvåkes som lav- eller høyrisiko
- manglende eller forsinket tilkalling av lege når det inntreffer komplikasjoner eller når fødsel endres fra lav til høyrisiko, og ved mistanke om patologi
- I en studie ble 81 tilsynssaker meldt til tilsynsmyndighetene over en 3-årsperiode fra 2006 til 2008 undersøkt. Det ble det funnet at fødeavdelinger med færre enn 1 000 fødsler per år hadde signifikant flere skader meldt til Helsetilsynet. Dette ble bekreftet i en senere studie (2).

(Johansen LT et al. 2011)

(Johansen LT et al. 2018)



# Oppsummert viser våre tilsynserfaringer at det er risiko for uønskede hendelser knyttet til:

- manglende bruk av tolk og informasjon på ulike språk kan føre til at alvorlige symptomer ikke blir oppdaget
- planlagte hjemmefødsler der vi ser manglende vurdering av risikofaktorer og forsinket overflytting til sykehus ved komplikasjoner
- sen overflytting til større sykehus med mer ressurser og kompetanse, samt transportutfordringer
- overflytting av barnet når barnet trenger spesialisert helsehjelp etter fødsel og sykehuset mangler tilgang på barnelege

Pasientskader – fortsatt muligheter for læring og forbedring

(Johansen LT et al. 2011)



# Planlagt hjemmefødsel

Vi mottar også varsler som gjelder hendelser ved planlagt hjemmefødsel, både :

- fødselsforløp der jordmor er til stede
- uassistert hjemmefødsel.

Svikt ved planlagt hjemmefødsel er oftest

- Risikogravide føder hjemme
- Manglende overflytting ved oppståtte komplikasjoner

(Johansen LT et al. 2017)

Pasientskader – fortsatt muligheter for læring og forbedring



# Mål for tilsyn og kvalitetsforbedring etter hendelser

- Opplyse saken og kartlegge hendelsen
- Bidra til brukersikkerhet og kvalitet
- Bevisstgjøre ledelsen på å identifisere risiko, og bruke funn i forbedringsarbeidet
- Stimulere til læring
- Bidra til at risiko reduseres
- Fokus på neste pasient



- For å lære av alvorlige hendelser må virksomheter gå fra individrettede, enkle tiltak til helhetlige, systematiske og varige forbedringstiltak som tar hensyn til kompleksiteten i helsetjenesten. Slik kan læring omsettes i bedre praksis og økt pasientsikkerhet.



(III. fra Helsedirektoratet. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten ...Og bedre skal det bli! (2005–2015), s. 29

Fra erfaring til læring



# Behandlingsmåter

- Behandlingsmåte 1 – avslutning med veiledning til den som har henvendt seg
- Behandlingsmåte 2 – oversendelse til virksomheten/helsepersonellet
- Behandlingsmåte 3 – virksomheten følger opp og gir tilbakemelding til statsforvalteren
- Behandlingsmåte 4 – møte med virksomhet og pasient
- • Behandlingsmåte 5 – Tilsynsmyndigheten utreder og avgjør



# Ny meldeordning for alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten

- Stortinget vedtok i juni 2025 en ny meldeordning som erstatter dagens varselordning
- Ny meldeordning innføres 1. juli 2026
- Presiserer tjenestenes ansvar for å følge opp alvorlige hendelser som en integrert del av arbeidet med å ivareta kvalitet og sikkerhet



# Hva skal tjenestene gjøre i ny meldeordning?

- Det innføres en frist på fem virkedager til å melde om alvorlige hendelser
- Tjenestene skal oversende en rapport om hendelsen til statsforvalteren innen tre måneder etter at melding er sendt
- Rapporten skal blant annet inneholde:
  - gjennomgang av hendelsen og mulige årsaker,
  - hvilke tiltak tjenesten skal gjøre for at lignende hendelser ikke skal skje igjen, og
  - hvordan pasienten, brukeren, nærmeste pårørende og berørt helsepersonell er fulgt opp og involvert i forbedringsarbeidet

**Helsetilsynet** vil ha en nasjonal rolle i å systematisere kunnskap, identifisere risikoområder og dele erfaringer fra meldinger, rapporter og tilsyn for at helsetjenestene skal kunne bruke det til læring for å forebygge alvorlige hendelser.




Det er i helse- og omsorgstjenesten at læring og forebygging må skje, og det er kvaliteten i virksomhetenes egen oppfølging etter alvorlige hendelser som først og fremst må bidra til å styrke pasient- og brukersikkerheten, og til å styrke befolkningens tillit til helse- og omsorgstjenesten.

Prop. 121 L (2024–2025) Endringer i helsetilsynsloven mv



# Anbefalt lesning – tips og erfaringer

  
DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

**Prop. 121 L**  
(2024–2025)  
Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

Endringer i helsetilsynsloven mv.  
(ny meldeordning for alvorlige hendelser  
i helse- og omsorgstjenesten)

**Ny guide for ivaretagelse etter uønskede hendelser i helse- og omsorgstjenesten**

Guide for ivaretagelse av pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere etter uønskede hendelser



RAPPORT FRA HESSETILSYNET

**Fra erfaring til læring – Første halvårslige rapport med innsikter om varsler om alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten**

Rapport fra Helsetilsynet 4/2025

20.10.2025



RAPPORT FRA HESSETILSYNET

**Pasientskader – fortsatt muligheter for læring og forbedring**

Innsikter fra varsler om alvorlige hendelser 2020-2024

Rapport fra Helsetilsynet 2/2025

07.03.2025



Systemperspektiv i gjennomgang av alvorlige uønskede hendelser

Kilder:

Helse- og omsorgsdepartementet, 10.04.2025: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-121-l-20242025/id3095799/>

Helsedirektoratet, 13.08.2024: <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/ny-guide-for-ivaretagelse-etter-uønskede-hendelser-i-helse-og-omsorgstjenesten>

Statens helsetilsyn, 11.11.2025: «Hvordan kan vi lære av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene?»:

<https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/varsel-om-alvorlige-hendelser/hvordan-kan-vi-laere-alvorlige-hendelser-helse-omsorgstjenestene/>

Ukom, 15.12.2025: Systemperspektiv i gjennomgang av alvorlige uønskede hendelser <https://ukom.no/rapporter/systemperspektiv-i-gjennomgang-av-alvorlige-uønskede-hendelser>





Takk for  
oppmerksomheten 😊

[lls@helsetilsynet.no](mailto:lls@helsetilsynet.no)

