



Evaluering av Ukom

Med utredning av veien videre

Juni 2026



Forord

PricewaterhouseCoopers (PwC) har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet evaluert Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten, og utredet veien videre for kommisjonen.

Vi takker for et spennende oppdrag og godt samarbeid. Vi vil også takke for tilgjengelighet, åpenhet og velvilje fra alle som har deltatt i evalueringen og bidratt med viktige perspektiver. I den sammenheng vil vi rette en særlig takk til medlemmene av prosjektets referansegruppe.

Vi håper rapporten vil være nyttig og gi departementet et godt grunnlag for å ta stilling til Ukoms mandat, organisering og plassering i forvaltningen.

Oslo, 30. juni 2026

Marie Ingvaldsen

Ansvarlig partner

Innholdsfortegnelse

Forord	2
Innholdsfortegnelse	3
Sammendrag	5
Sentrale begreper og forkortelser	8
1 Introduksjon	9
1.1 Bakgrunn for evalueringen	9
1.2 Formålet med evalueringen	11
1.3 Sentrale avgrensninger og presiseringer	12
1.4 Rapportens oppbygging	12
2 Metodikk og gjennomføring	14
2.1 Metodisk tilnærming for evalueringen (del 1).....	14
2.2 Metodisk tilnærming for utredningen (del 2)	15
2.3 Datainnsamling	15
2.4 Analyse og sammenstilling av data	20
2.5 Metodiske begrensninger	21
2.6 Referansegruppe	22
2.7 Kvalitetssikring.....	22
3 Aktørlandskap: Roller, ansvar og myndighet	23
3.1 Aktører i hendelsesoppfølgingen	24
3.2 Ny meldeordning og endringer i aktørlandskapet.....	27
3.3 Øvrige aktører.....	30
Del 1: Evaluering av Ukoms praksis og virksomhet fra 2019-2025	33
4 Ukoms samfunnsoppdrag	33
4.1 Evalueringsramme og kriterier	33
4.2 Observasjoner	34
4.3 PwCs vurdering av Ukoms samfunnsoppdrag.....	42
5 Ukoms måloppnåelse	48
5.1 Evalueringsramme og kriterier	48
5.2 Observasjoner	48
5.3 Vurdering av måloppnåelse	63
6 Ukoms nytteverdi	67
6.1 Evalueringsramme og kriterier	67
6.2 Observasjoner	67

6.3	PwCs vurdering av Ukoms nytteverdi	76
7	Ukoms kostnadseffektivitet	81
7.1	Evalueringsramme og kriterier	81
7.2	Observasjoner og funn	81
7.3	PwCs vurdering av Ukoms kostnadseffektivitet.....	88
8	PwCs samlede vurdering av Ukoms praksis og virke	91
8.1	En etablert læringsaktør med moderat og ujevn nytte.....	91
8.2	Fem hovedutfordringer begrenser nytten	91
8.3	Implikasjoner for veien videre	93
Del 2: Utredning av fremtidig innretning for Ukom		94
9	Hva er problemet og hva vil vi oppnå?.....	94
9.1	Problembeskrivelse	94
9.2	Hva vil vi oppnå?	95
10	Mulighetsrommet - hvilke tiltak er aktuelle?.....	97
10.1	Mulighetsdimensjoner	97
10.2	Alternative konsepter for fremtidig innretning (lang-liste).....	99
10.3	Nedvalg av konsepter.....	107
11	Detaljerte konseptbeskrivelser.....	110
11.1	K0+ Forbedret videreføring av Ukom.....	110
11.2	K5 Systemorienterte læringsundersøkelser i Helsetilsynet	114
11.3	K6 Styrket statsforvalter	119
12	Samfunnsøkonomisk analyse – positive og negative virkninger	123
12.1	Nullalternativet: Ukom etter 1. juli 2026, ellers uendret praksis	123
12.2	Metode og datagrunnlag for verdsetting av virkninger	124
12.3	Verdsetting av virkninger.....	126
13	PwCs anbefaling for Ukom fremover.....	140
13.1	K0+ kan i realiteten bli et svakt alternativ	140
13.2	K5 har størst oppside	141
13.3	K6 er et relevant alternativ til dagens modell.....	142
13.4	PwC anbefaler K5.....	143
Vedlegg 1: Sammenligning av rapporter fra Ukom og tilsynsmyndigheten		144
Kilder.....		151

Sammendrag

Bakgrunn og formål

Pasientsikkerhet er en grunnleggende forutsetning for samfunnets tillit til helse- og omsorgstjenesten. Til tross for betydelig innsats over tid, er omfanget av pasientskader fortsatt stort. Det nasjonale arbeidet med å lære av alvorlige hendelser har siden 1990-tallet utviklet seg gjennom flere reformer – blant annet lovfestet meldeplikt i 1992 og en todelt struktur fra 2012 med varselordning hos Statens helsetilsyn og en sanksjonsfri meldeordning. På bakgrunn av en vedvarende bekymring for tjenestens evne til å lære av alvorlige hendelser, ble Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) etablert 1. januar 2019. Dette til tross for at flertallet i Arianson-utvalget (NOU 2015:11) hadde frarådet etableringen. Etter et forslag om sammenslåing med Helsetilsynet og en delt høringsrunde, besluttet regjeringen i Prop. 121 L (2024–2025) å gjennomføre en evaluering av Ukom før spørsmålet om fremtidig organisering avgjøres. Det er denne evalueringen som presenteres i foreliggende rapport.

PwC har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet evaluert Ukom. Oppdraget er gjennomført i to deler. Først har vi evaluert Ukoms virksomhet og praksis i perioden 2019–2025. Evalueringen har vurdert Ukoms samfunnsoppdrag, måloppnåelse, nytteverdi og kostnadseffektivitet. Deretter har vi med utgangspunkt i evalueringens funn, utredet alternative konsepter for Ukoms fremtidige mandat, organisering og plassering i forvaltningen.

For å sikre et bredt og robust kunnskapsgrunnlag har PwC benyttet metodisk triangulering. Evalueringen bygger på en omfattende dokumentgjennomgang, 49 intervjuer med sentrale aktører i og rundt Ukom, og to spørreundersøkelser rettet mot henholdsvis Ukoms ansatte og et utvalg helsepersonell.

Hovedkonklusjoner fra evalueringen

Evalueringen viser et sammensatt bilde. Ukom har levert på sentrale deler av sitt mandat, blant annet gjennom sanksjonsfrie og systemorienterte læringsundersøkelser, rapporter og formidling av læring. Flere aktører oppfatter Ukom som en viktig læringsaktør, og kommisjonen har bidratt til økt oppmerksomhet om pasientsikkerhet i sektoren.

PwC vurderer imidlertid at Ukom skaper moderat og ujevnt fordelt nytte. Nyten er tydeligst i form av økt oppmerksomhet, refleksjonsgrunnlag i deler av tjenesten og synliggjøring av pasient- og pårørendeperspektivet. Det finnes også eksempler på at Ukom har bidratt til lokale praksisendringer i tjenesten, men nytten i form av bredere systemisk gjennomslag og bidrag til nasjonale styringsprosesser er begrenset.

Flere forhold svekker evnen til å realisere det overordnede formålet med kommisjonen om å bidra til bedre pasient- og brukersikkerhet. PwC har identifisert fem hovedutfordringer:

- **Tydelig i lov, utydlig i praksis:** Rolle- og ansvarsfordelingen mellom Ukom og tilsynsmyndigheten er tydelig i lov, men oppfattes av sektoren som utydlig i praksis. Den nye meldeordningen forsterker behovet for en tydeliggjøring av roller og ansvar.
- **Parallelle prosesser er ikke koordinert:** Ukom og tilsynsmyndigheten gjennomfører parallelle prosesser i samme saker – både ved håndtering av meldinger, gjennomføring av undersøkelser og formidling av læring. Prosessene er ikke koordinert, og samhandling har vært mangelfull. Selv om Ukom og tilsynsmyndigheten bidrar med komplementær kunnskap, gir dette en belastning på tjenestene som ikke alltid står i rimelig forhold til merverdien.
- **Begrenset gjennomslagskraft:** Ukoms mandat og arbeidsform er basert på modellen fra Havarikommisjonen. Denne modellen har flere begrensninger i helsesektoren, der kausalitet er mer kompleks og hendelsespopulasjonen er stor. Samtidig mangler Ukom virkemidler for å sikre at anbefalinger mottas, behandles og følges opp.
- **Lavt volum og svak kostnadseffektivitet:** Med 27 rapporter på seks år, en estimert kostnad på om lag 8,27 MNOK per rapport og et lønnsnivå over sammenlignbare virksomheter, fremstår både produksjonsvolumet og kostnadseffektiviteten som svakere enn forventet. Fraværet av budsjett, timeføring og kostnadsfordeling per undersøkelse er en klar svakhet i intern styring.
- **Svak effektkjede etter publisering:** Effekten av Ukoms arbeid kan dokumenteres frem til og med publisering av rapporter, men deretter er sporbarheten begrenset. Det finnes eksempler på lokal nytte, men det kan ikke påvises at anbefalingene og læringspunktene i vesentlig grad tas i bruk i sektoren. Sektoren mangler strukturer og kapasitet til å sikre at læring fra Ukoms arbeid blir mottatt, behandlet og fulgt opp.

Den faktiske betydningen av Ukoms sanksjonsfrihet har ikke latt seg fastslå innenfor rammene av denne evalueringen. Sett i lys av foreliggende litteratur innenfor sikkerhetsfaget og vårt datagrunnlag, fremstår sanksjonsfrihet som ett av flere forhold som kan bidra til åpenhet og tillit i undersøkelser av alvorlige hendelser.

Anbefalinger fra utredningen

På bakgrunn av evalueringens funn har PwC formulert følgende samfunns mål for retningsvalget for Ukom fremover: *Helse- og omsorgstjenesten lærer effektivt av alvorlige hendelser og alvorlige forhold, slik at pasient- og brukersikkerheten styrkes, gjentakelser forebygges og samfunnets samlede ressurser brukes på en måte som gir størst mulig nytte.* Samfunns målet er konkretisert i fem effektmål, som også svarer på utfordringene evalueringen peker på.

PwC har utviklet syv ulike konseptskisser. Etter en innledende vurdering opp mot effektmålene har vi gått videre med de tre konseptene som best svarer på målene. De tre konseptene som deretter er nærmere beskrevet og vurdert opp mot hverandre i en samfunnsøkonomisk analyse, er som følger:

K0+ – Forbedret videreføring av Ukom: Ukom videreføres som en selvstendig, uavhengig og sanksjonsfri undersøkelseskommissjon, men får en mer målrettet innretning og tettere kobling til øvrige aktører i melde-, tilsyns- og læringssystemet. Den faglige uavhengigheten og prioriteringsmyndigheten beholdes, samtidig som konseptet søker å redusere dagens svakheter knyttet til samordning, prioritering og gjennomslag. Virksomheter under Helse- og omsorgsdepartementet får plikt til å vurdere anbefalinger fra Ukom.

K5 – Systemorienterte læringsundersøkelser i Helsetilsynet: Ukom avvikles som selvstendig virksomhet, og oppgaven med systemorienterte læringsundersøkelser overføres til Helsetilsynet gjennom virksomhetsoverdragelse. Formålet er å samle arbeidet med alvorlige hendelser, tilsyn og læring i én nasjonal myndighet. Konseptet innebærer samtidig en sentral avveining, ved at læringssporet ikke lenger vil være sanksjonsfritt. Konseptet forutsetter at de systemorienterte læringsundersøkelsene skjermes så godt som mulig fra tilsynssporet, i tråd med skillet som ligger til grunn i sikkerhetsfaglig litteratur og i internasjonale rammeverk i andre sikkerhetskritiske sektorer.

K6 – Styrket statsforvalter: Ukom avvikles, og ressursene overføres til statsforvalterne for å styrke deres kapasitet til å følge opp alvorlige hendelser, gjennomføre tilsyn og gi veiledning nærmere tjenestene. Konseptet representerer det tydeligste bruddet med dagens modell, ved at det nasjonale, uavhengige og sanksjonsfrie undersøkelsessporet bortfaller som eget fagmiljø.

PwC anbefaler K5, der de systemorienterte læringsundersøkelsene overføres til Helsetilsynet gjennom virksomhetsoverdragelse. Vår vurdering er at K5 gir høyest samfunnsøkonomisk nytte, best ressursutnyttelse og størst potensial for at læringspunkter og anbefalinger faktisk omsettes i endring – både i nasjonale styringsprosesser og ute i tjenestene. Evalueringen viser at den største svakheten ved dagens modell nettopp er at anbefalinger fra Ukom i for liten grad følges opp i praksis. Avveiningen mellom sanksjonsfrihet og full uavhengighet på den ene siden, og reell læring og endring på den andre, faller etter vår vurdering klart ut i favør av sistnevnte. Uten en fungerende effektkjede har verken sanksjonsfrihet eller uavhengighet reell verdi for pasientsikkerheten. K5 vurderes derfor å gi det største bidraget til å forebygge lidelse, og død og til å styrke tryggheten og tilliten til helsetjenesten.

Sentrale begreper og forkortelser

Tabellen under gir en oversikt over sentrale forkortelser og begreper i rapporten.

Begrep/forkortelse	Forklaring
Alvorlig hendelse	Dødsfall eller svært alvorlig skade på pasient eller bruker hvor utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko (Lovdata, 2017).
Alvorlig forhold	Omstendigheter eller sammenhenger som antas å kunne føre til alvorlige hendelser (Lovdata, 2017).
FHI	Folkehelseinstituttet
HOD	Helse- og omsorgsdepartementet
HSSIB	Health Services Safety Investigations Body
Pasientsikkerhet	Vern mot unødig skade som følge av helse- og omsorgstjenestens ytelser eller mangel på ytelser (Helsedirektoratet, 2026).
Tilsynsmyndigheten	Tilsynsmyndighetene består av Statens helsetilsyn som overordnet nasjonalt tilsynsorgan og Statsforvalterne som regionalt tilsynsorgan.
Ukom	Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten.
Ukom-loven	Lov om Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten

1 Introduksjon

1.1 Bakgrunn for evalueringen

Pasientsikkerhet er en grunnleggende forutsetning for samfunnets tillit til helse- og omsorgstjenesten. Til tross for betydelig innsats over tid, er omfanget av pasientskader fortsatt stort: I 2022 ble det registrert pasientskade i 12,6 prosent av somatiske sykehusopphold, og i 2025 mottok Norsk pasientskadeerstatning (NPE) 8 372 erstatningsøknader, ga medhold i 24 prosent av sakene og utbetalte om lag én milliard kroner. Samtidig er det dokumentert betydelig underrapportering av alvorlige hendelser (Varselutvalget, 2023).

Det nasjonale arbeidet med å forebygge og lære av alvorlige hendelser har utviklet seg gradvis.¹ Plikten til å melde fra om alvorlige hendelser ble lovfestet allerede i 1992 (sykehusloven § 18 a), og på helseinstitusjoner å rapportere betydelig personskade på pasient til fylkeslegen. Året etter ble det etablert en nasjonal meldesentral i Helsedirektoratet som mottok kopi av, registrerte og fulgte opp meldingene. Meldeplikten ble videreført og utvidet i spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 fra 2001, slik at den også omfattet hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade (Prop. 121 L (2024–2025), kap. 4).

Fra 2010 startet en utvikling mot tydeligere nasjonale strukturer for oppfølging av alvorlige hendelser. Det ble etablert en toårig prøveordning med utrykningsgruppe i Statens helsetilsyn, som også innebar innføring av en varslingsplikt for spesialisthelsetjenesten – på daværende tidspunkt uten lovhjælp (Regjeringen, 2010). I 2012 ble det etablert en todelt struktur: Varslingsplikten for spesialisthelsetjenesten ble lovfestet gjennom spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a, og den eksisterende meldeordningen etter § 3-3 ble overført fra Helsetilsynet i fylket til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og gjort anonym og sanksjonsfri. Resultatet var en varselordning hos Statens helsetilsyn for tilsynsmessig oppfølging av de alvorligste hendelsene, og en sanksjonsfri meldeordning hos Kunnskapssenteret med formål om å avdekke årsaker og forebygge gjentakelse. Innretningen bygget på internasjonale anbefalinger om at systemer for læring bør holdes adskilt fra systemer som kan lede til sanksjoner (Prop. 121 L (2024–2025)).

Til tross for disse strukturene var det en vedvarende bekymring fra fagmiljøer, pårørende og myndigheter, om at helse- og omsorgstjenesten ikke i tilstrekkelig grad evnet å lære av alvorlige hendelser. I Meld. St. 10 (2012–2013) varslet regjeringen en bred utredning av hvordan samfunnet burde følge opp alvorlige hendelser og mistanke om lovbrudd i helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Det var i denne konteksten regjeringen i 2013 nedsatte Arianson-utvalget

¹ Historikken knyttet til melde- og varselordninger i helse- og omsorgstjenesten er utførlig beskrevet andre steder, slik som i Prop. 121 L (2024–2025), kapittel 4, og gjengis her i forkortet form.

(NOU 2015:11 Med åpne kort), som fikk i oppdrag å utrede hvordan alvorlige hendelser og mistanke om lovbrudd burde følges opp. Etter opprettelsen av utvalget ble det gitt en presisering og utvidelse av mandatet, der utvalget ble eksplisitt bedt om å vurdere om en undersøkelseskommisjon var hensiktsmessig.

Utvalget var delt i spørsmålet. Flertallet (10 av 14 medlemmer) anbefalte ikke å opprette en undersøkelseskommisjon, og foreslo i stedet å styrke varselordningen til Helsetilsynet og den sanksjonsfrie meldeordningen. Mindretallet (4 av 14 medlemmer) mente at tilsynsordningen ikke var tilstrekkelig for å sikre nødvendig læring, og at en uavhengig kommisjon ville gi dypere, mer systemrettede undersøkelser samt styrke tillit, åpenhet og pårørendes rettigheter. Høringssvarene viste et tilsvarende delt bilde.

Til tross for flertallets anbefaling, foreslo regjeringen Solberg i Prop. 68 L (2016–2017) å etablere Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom), med hjemmel i lov 16. juni 2017 nr. 56. I lovforslaget ble det lagt vekt på at en uavhengig, sanksjonsfri undersøkelseskommisjon ville ha bedre forutsetninger for å fremme læring fra uønskede hendelser, fordi spørsmålet om skyld og straff ikke blir en del av undersøkelsen.

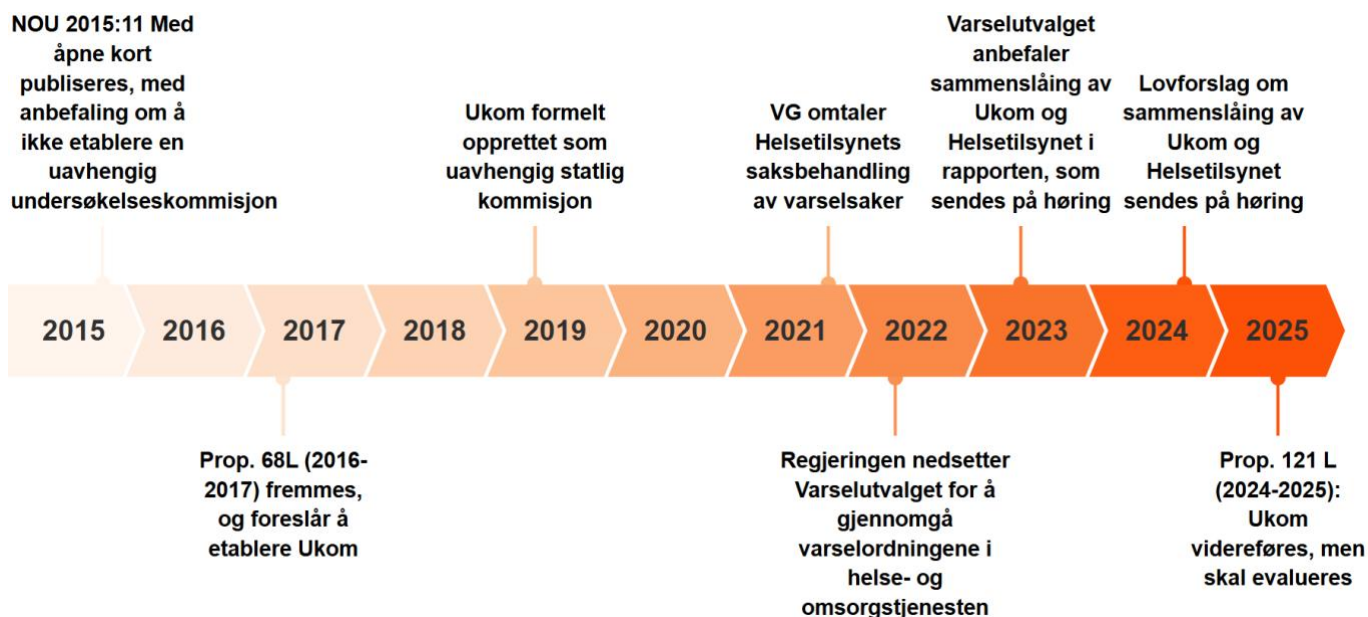
Parallelt la regjeringen i Prop. 150 L (2016–2017) frem ny lov om statlig tilsyn, som blant annet utvidet varslingsplikten til å gjelde alle virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester. Lovene trådte i kraft ved kongelig resolusjon 26. april 2019, der Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) også klargjorde forholdet mellom Ukoms og Helsetilsynets virksomhet. Ukom ble opprettet 1. januar 2019 og startet operativ virksomhet 1. mai samme år, med lokalisering i Stavanger.

Siden etableringen har diskusjonen om Ukom fortsatt. I mai 2022 opprettet regjeringen Varselutvalget, blant annet etter kritikk av at varslingssystemet var komplisert og uoversiktlig. Utvalget konkluderte i april 2023 med at varslingsordningen ikke fungerer tilfredsstillende, og foreslo blant annet å slå sammen Helsetilsynet og Ukom, samle meldinger hos statsforvalteren og oppheve *lov om Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten* («Ukom-loven»).

Regjeringen sendte i 2024 et lovforslag om sammenslåing på høring. Høringsinstansene var tydelig delt i spørsmålet om sammenslåing. Fra flere hold ble det påpekt at styrker og svakheter ved dagens organisering, og konsekvenser av å samle de to virksomhetene, ikke var tilstrekkelig evaluert.

Regjeringen gikk i Prop. 121 L (2024–2025) tilbake på forslaget om sammenslåing og besluttet i stedet at det skulle gjennomføres en evaluering av Ukom, før det skulle tas stilling til spørsmålet om fremtidig organisering. Det er denne evalueringen som presenteres i foreliggende rapport. Det ble samtidig foreslått en ny meldeordning der meldinger skulle gå til statsforvalter, heller enn Helsetilsynet. Den nye meldeordningen vil tre i kraft 1. juli 2026, mens meldesporet til Ukom videreføres.

Tidslinjen nedenfor viser saksgangen fra NOU 2015:11 frem til beslutning om evaluering.



Figur 1 Tidslinje for saksgang frem til evaluering

1.2 Formålet med evalueringen

HOD har lagt følgende formålsbeskrivelse til grunn for oppdraget:

Formålet med evalueringen er å vurdere Ukoms virksomhet og praksis med hensyn til hvordan Ukom leverer på følgende punkter:

- *måloppnåelse,*
- *kostnadseffektivitet,*
- *samfunnsoppdrag, herunder ansvar og rolle,*
- *og nytteverdi av undersøkelseskomisjonen.*

Evalueringen skal bidra med kunnskap om Ukoms undersøkelser sett i lys av formålet om økt pasientsikkerhet og læring og forbedring i helse- og omsorgstjenestene, men også gi grunnlag for å vurdere om det er hensiktsmessig med en sammenslåing med Statens helsetilsyn sett i lys av forventninger om trangere handlingsrom over statsbudsjettene fremover og i så fall hva dette vil innebære for Ukoms mandat.

PwC har med utgangspunkt i formålsbeskrivelsen gjennomført oppdraget i to deler. Først (del 1) er det gjennomført en evaluering av Ukoms virksomhet og praksis i perioden 2019–2025, strukturert rundt de fire evalueringstemaene gitt av HOD. Deretter (del 2) har vi med utgangspunkt i evalueringens funn, utredet alternative konsepter for Ukoms fremtidige mandat, organisering og plassering i forvaltningen. I metodekapitlet redegjør vi for vår operasjonalisering og tolkning av de fire evalueringstemaene.

1.3 Sentrale avgrensninger og presiseringer

PwCs undersøkelser er avgrenset til formålet beskrevet over. Rapporten er utarbeidet på grunnlag av de opplysninger og den dokumentasjon som har vært gjort tilgjengelig for oss. Evalueringen er videre avgrenset i tid og tematikk på følgende måte:

Evalueringen dekker Ukoms virksomhet fra oppstart 1. mai 2019 til 31. desember 2025. Evalueringen av Ukom gjøres opp mot lover og regelverk som har vært gjeldende i evalueringsperioden. Med Prop. 121 L (2024–2025) innføres det fra 1. juli 2026 en ny meldeordning som endrer ansvar og roller mellom Helsetilsynet og statsforvalterne. Ukoms rolle og mandat er i utgangspunktet uendret i ny meldeordning, men systemet som Ukom skal samspille med endres. Vi har derfor lagt vekt på å redegjøre for endringene og hvordan det påvirker Ukoms samfunnsoppdrag og rolle fremover. Vi tar forbehold om at den praktiske operasjonaliseringen av ordningen når den blir implementert, kan avvike fra vår forståelse av hvordan dette er beskrevet i lovforslaget og i ulike samtaler vi har hatt med aktørene gjennom vårt arbeid.

Ukoms virksomhet inngår i et sammensatt aktørbylde der det er metodisk krevende å isolere effekten av kommisjonens arbeid fra andre tiltak og utviklingstrekk i helse- og omsorgstjenesten. Evalueringen vurderer derfor sannsynlige bidrag og virkningsmekanismer fremfor kausale effekter. Dette er i tråd med anerkjent evalueringsmetodikk for intervensjoner der kontrollgrupper og kontrafaktiske analyser ikke er mulig (jf. DFØs veileder til gjennomføring av evalueringer (DFØ, 2023)). Evalueringen baserer seg på dokumentgjennomgang, intervjuer og spørreundersøkelser. Tilgangen til data har vært god, men vi gjør samtidig oppmerksom på at Ukom med begrunnelse i sin strenge taushetsplikt ikke har gitt oss mulighet til å snakke direkte med aktører og enkeltpersoner som har bidratt inn i eller vært gjenstand for en undersøkelse av Ukom. Evalueringen har derfor i begrenset grad kunnet verifisere selvrapporterte effekter og vurderinger fra Ukom.

Evalueringen tar ikke stilling til spørsmålet om fremtidig lokalisering av arbeidsplasser. Da lovforslaget om sammenslåing med Helsetilsynet var på høring i 2024, ble det forutsatt at Ukoms fagmiljø skulle opprettholdes i Stavanger (jf. Prop. 121 L (2024–2025)). Vi legger til grunn at dette vil øke sannsynligheten for å bevare det etablerte fagmiljøet i Ukom. Vi har imidlertid ikke sett på opprettholdelsen av arbeidsplasser i Stavanger som et krav til fremtidig organisering, og har derfor også inkludert konseptalternativer der dagens fagmiljø ikke videreføres.

1.4 Rapportens oppbygging

Rapporten starter med en redegjørelse for metoden som ligger til grunn for arbeidet i kapittel 2. Deretter er rapporten bygd opp i to hoveddeler. Del 1 (kapittel 3–8) presenterer evalueringen av Ukoms virke i perioden 2019-2025, mens del 2 (kapittel 9–13) inneholder utredningen av fremtidig innretning. Nedenfor følger en kort oversikt over innholdet i de to hoveddelene:

Del 1: Evaluering av Ukoms praksis og virksomhet fra 2019-2025

- Kapittel 3 beskriver det relevante aktørlandskapet som Ukom er en del av.
- Kapittel 4-7 presenterer våre observasjoner og vurderinger knyttet til de fire evalueringstemaene samfunnsoppdrag, måloppnåelse, nytteverdi og kostnadseffektivitet.
- Kapittel 8 gir PwCs samlede vurdering av Ukoms virke fra 2019 til 2025.

Del 2: Utredning av fremtidig innretning for Ukom

- Kapittel 9 innleder utredningen av fremtidig innretning for Ukom, og redegjøre for målsettingene som ligger til grunn for vurderingen av mulige konsepter
- Kapittel 10 presenterer en mulighetsstudie der vi utforsker alternative konsepter for fremtidig innretning og vurderer disse opp mot målene fra kapittel 9.
- Kapittel 11 gir en detaljert beskrivelse av de tre konseptalternativene som er valgt ut for nærmere vurdering.
- Kapittel 12 inneholder en samfunnsøkonomisk analyse av disse tre konseptene.
- Kapittel 13 gir PwCs anbefaling for Ukom fremover.

2 Metodikk og gjennomføring

Oppdraget er todelt og omfatter henholdsvis en evaluering og en utredning. Evalueringen i del 1 utgjør kunnskapsgrunnlaget for utredningen i del 2, men de to delene har ulike metodiske tilnærminger og normative rammeverk.

2.1 Metodisk tilnærming for evalueringen (del 1)

Evalueringen ser på fire hovedtemaer. For hvert hovedområde er det utarbeidet evalueringskriterier og indikatorer som operasjonaliserer hovedområdene. Tabellen nedenfor viser en oversikt over temaene, hvordan de har blitt operasjonalisert og evalueringskriteriene:

Evalueringsstema	Operasjonalisering og kriterier
Samfunnsoppdrag	Omhandler Ukoms mandat, roller og ansvar, grenseflater og arbeidsdeling med øvrige aktører – herunder Helsetilsynet og statsforvalterne. Vurderer om de institusjonelle rammene er gode. Evalueringskriterier: <i>E1: Ukoms rolle og ansvar er tydelig avgrenset mot tilsynets</i> <i>E2: Arbeidsdelingen mellom Ukom, Helsetilsynet og statsforvalterne er hensiktsmessig</i> <i>E3: Samhandlingen mellom Ukom og tilsynet understøtter et effektivt samlet system for pasientsikkerhet</i> <i>E4: Ukoms mandat gir tilstrekkelig grunnlag for å realisere samfunnsoppdraget</i>
Måloppnåelse	Omhandler i hvilken grad Ukom har levert på sine oppgaver definert i de årlige tildelingsbrevene fra HOD. Evalueringskriterier: <i>E5: Ukom gjennomfører uavhengige undersøkelser av alvorlige hendelser, med systematisk involvering av pasienter og pårørende</i> <i>E6: Ukom formidler kunnskap og bidrar til læring, blant annet gjennom læringspunkter og deltakelse på sentrale arenaer</i> <i>E7: Ukom bygger relasjoner og samarbeid med tjenestene, tilsynsmyndigheter, bruker- og pårørendeaktører, nasjonale og internasjonale (pasient)sikkerhetsaktører</i>
Nytteverdi	Omhandler opplevd og dokumentert nytte for helsepersonell, virksomheter, pasienter, pårørende og myndigheter. Vurderer om leveransene har hatt virkning hos mottakerne. Evalueringskriterier: <i>E8: Ukoms arbeid har bidratt til læring og konkret forbedring i helse- og omsorgstjenesten</i> <i>E9: Ukoms arbeid har gitt nytteverdi for myndigheter og nasjonalt nivå</i> <i>E10: Ukoms sanksjonsfrihet har bidratt til åpenhet og tillit som gir tilgang til innsikt som ellers ikke ville vært tilgjengelig</i> <i>E11: Ukom har ivaretatt og synliggjort pasient- og pårørendeperspektivet</i>
Kostnadseffektivitet	Omhandler Ukoms ressursbruk i forhold til aktivitetsnivå, kvalitet og resultater. Vurderer ressursbruken primært opp mot produksjonsvolum, sammenlignbare kostnader og intern prosesseffektivitet. Evalueringskriterier: <i>E12: Ukoms ressursbruk står i rimelig forhold til omfanget og kvaliteten på leveransene</i> <i>E13: Ukom har systemer for intern ressursstyring som muliggjør effektiv drift og læring</i> <i>E14: Ukoms arbeidsprosesser understøtter effektiv gjennomføring av undersøkelser</i>

Tabell 1 Evalueringskriterier for evalueringen

Kriteriene utgjør det normative grunnlaget for vurderingene, mens indikatorene gir en struktur for systematisk innsamling, analyse og syntese av data. Evalueringen vurderer sannsynlige bidrag og virkningsmekanismer, snarere enn kausale effekter. Tilnærmingen er valgt fordi Ukoms virksomhet inngår i et sammensatt aktørbilde der det er krevende å isolere effekter fra andre samtidige tiltak og utviklingstrekk i helse- og omsorgstjenesten.

Evalueringen bygger på metodisk triangulering, der funn fra dokumentstudier, kvalitative intervjuer og spørreundersøkelser ses i sammenheng og vurderes opp mot evalueringskriteriene. Trianguleringen er valgt for å belyse kriteriene fra ulike perspektiver og styrke grunnlaget for helhetlige vurderinger.

2.2 Metodisk tilnærming for utredningen (del 2)

Utredningen i del 2 bygger på funnene fra evalueringen og følger rammeverket i utredningsinstruksen (DFØ, 2024). I henhold til instruksen skal en utredning besvare følgende seks spørsmål.

1. Hva er problemet, og hva vil vi oppnå?
2. Hvilke tiltak er relevante?
3. Hvilke prinsipielle spørsmål reiser tiltakene?
4. Hva er de positive og negative virkningene av tiltakene, hvor varige er de, og hvem blir berørt?
5. Hvilket tiltak anbefales, og hvorfor?
6. Hva er forutsetningene for en vellykket gjennomføring?

Med utgangspunkt i formålet med Ukom, samt funnene og vurderingene fra evalueringen, har vi utledet et samfunns mål og fem effektmål som beskriver hva vi ønsker at fremtidig innretning av Ukom skal bidra til. Vi har definert fem mulighetsdimensjoner som beskriver forhold som kan løses på varierende vis, og deretter utviklet en langliste med mulige konsepter som alle har blitt vurdert opp mot effektmålene. Tre konsepter ble deretter valgt ut for en nærmere analyse basert på vår vurdering av måloppnåelse, prinsipiell egnethet og strategisk særpreg. For de tre utvalgte konseptene er det gjennomført en virkningsanalyse i tråd med veileder for samfunnsøkonomisk analyse, samt en vurdering av prinsipielle spørsmål. PwCs anbefaling om fremtidig innretning er deretter en samlet vurdering av måloppnåelse, samfunnsøkonomisk lønnsomhet og en vurdering av de prinsipielle spørsmålene.

2.3 Datainnsamling

Datainnsamlingen som danner grunnlaget for evalueringen og utredning, har bestått av dokumentgjennomgang, kvalitative intervjuer og spørreundersøkelser:

Datakilde	Primært formål i evalueringen
Dokumentgjennomgang	Kartlegge rammer, aktiviteter, resultater og utviklingstrekk over tid
Kvalitative intervjuer	Fange erfaringer, vurderinger og opplevd nytte fra ulike aktørperspektiver
Spørreundersøkelser	Gi kvantitative data om kjennskap, erfaringer og opplevd nytte i bredden

Tabell 2 Datakilder for evalueringen

2.3.1 Dokumentgjennomgang

Dokumentstudier utgjør en sentral del av kunnskapsgrunnlaget. Formålet med dokumentgjennomgangen har vært å få innsikt i relevant historikk knyttet til opprettelsen av Ukom, Ukoms virksomhet i perioden etter etablering og dagens situasjon. Dokumentgjennomgangen har omfattet, men er ikke begrenset til:

- Lov- og regelverk samt forarbeider, herunder lov om Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten, tilhørende forskrift og Prop. 121 L (2018–2019)
- Styrings- og tildelingsdokumenter, herunder tildelingsbrev, årsrapporter og virksomhetsplaner
- Interne prosess- og metodebeskrivelser fra Ukom
- Utvalgte undersøkelsesrapporter fra Ukom
- Relevante dokumenter og tilsynsrapporter fra Helsetilsynet
- Tidligere evalueringer, forskning og offentlige utredninger knyttet til pasientsikkerhet, undersøkelsesvirksomhet og forvaltningsorganisering

Vi har også sett på internasjonale erfaringer fra sammenlignbare organer, herunder Health Services Safety Investigations Body (HSSIB) fra England og den danske Styrelsen for Patientsikkerhed, men dette har vært i et begrenset omfang.

Dokumentene er analysert gjennom en kombinasjon av systematisk gjennomgang og eksplorativ lesning. Relevante funn er kategorisert etter evalueringskriterier og indikatorer, samtidig som vi har vært åpen for å identifisere temaer og problemstillinger som faller utenfor det forhåndsdefinerte evalueringsrammeverket.

2.3.2 Kvalitative intervjuer

Intervjuene har hatt som formål å innhente kunnskap om ulike aktørers innsikt og erfaring med dagens situasjon og deres tanker om fremtidig situasjon. Intervjuutvalget er basert på en formålsrettet, strategisk tilnærming. Formålet har vært å belyse evalueringskriteriene gjennom erfaringer og vurderinger fra aktører med ulike roller i styrings- og gjennomføringskjeden, snarere enn å sikre statistisk representativitet. Utvalget dekker sentrale perspektiver knyttet til Ukoms mandat, arbeidsform, grenseflater mot tilsynsmyndigheter og øvrig forvaltning, og opplevd nytte i tjenestene.

Noen informanter er blitt intervjuet flere ganger. Totalt er det gjennomført 40 intervjuer med 49 unike informanter fordelt på følgende aktørgrupper:

Aktørgruppe	Antall intervjuer	Antall unike informanter
Ukom (ledelse og ansatte)	9	9
Helsetilsynet	5	7
Statsforvalterne	4	4
Helsedirektoratet	3	3
RHF/HF (spesialisthelsetjenesten)	8	14
Kommunale helse- og omsorgstjenester	2	2
Fag- og profesjonsorganisasjoner	4	4
Pasient- og pårørendeorganisasjoner	4	4
Pasient- og brukerombud	1	1
Statens havarikommisjon	1	1
Totalt	40	49

Tabell 3 Oversikt over aktører som er blitt intervjuet

Nøkkelaktører er intervjuet ved flere anledninger gjennom evalueringsperioden for å fange opp utviklingstrekk og utdype sentrale problemstillinger. Intervjuene er gjennomført som semistrukturerte dybdeintervjuer med intervjuguider tilpasset den enkelte aktørgruppen. Guidene er utformet med utgangspunkt i evalueringskriteriene og indikatorene, og er tilpasset informantenes rolle, ansvarsområde og forutsetninger for å belyse ulike deler av evalueringen. Intervjuene er gjennomført både fysisk og digitalt, med en varighet på om lag 1–1,5 timer.

Intervjudata er analysert ved hjelp av kvalitativ koding mot evalueringskriteriene og tilhørende indikatorer. Analysen er samtidig supplert med en induktiv tematisk tilnærming for å fange opp problemstillinger, nyanser og utilsiktede effekter som ikke fullt ut dekkes av indikatorrammeverket.

2.3.3 Spørreundersøkelser

Det er gjennomført to spørreundersøkelser som ledd i datainnsamlingen. En spørreundersøkelse rettet mot helsepersonell og en rettet mot ansatte i Ukom.

Spørreundersøkelse rettet mot helsepersonell

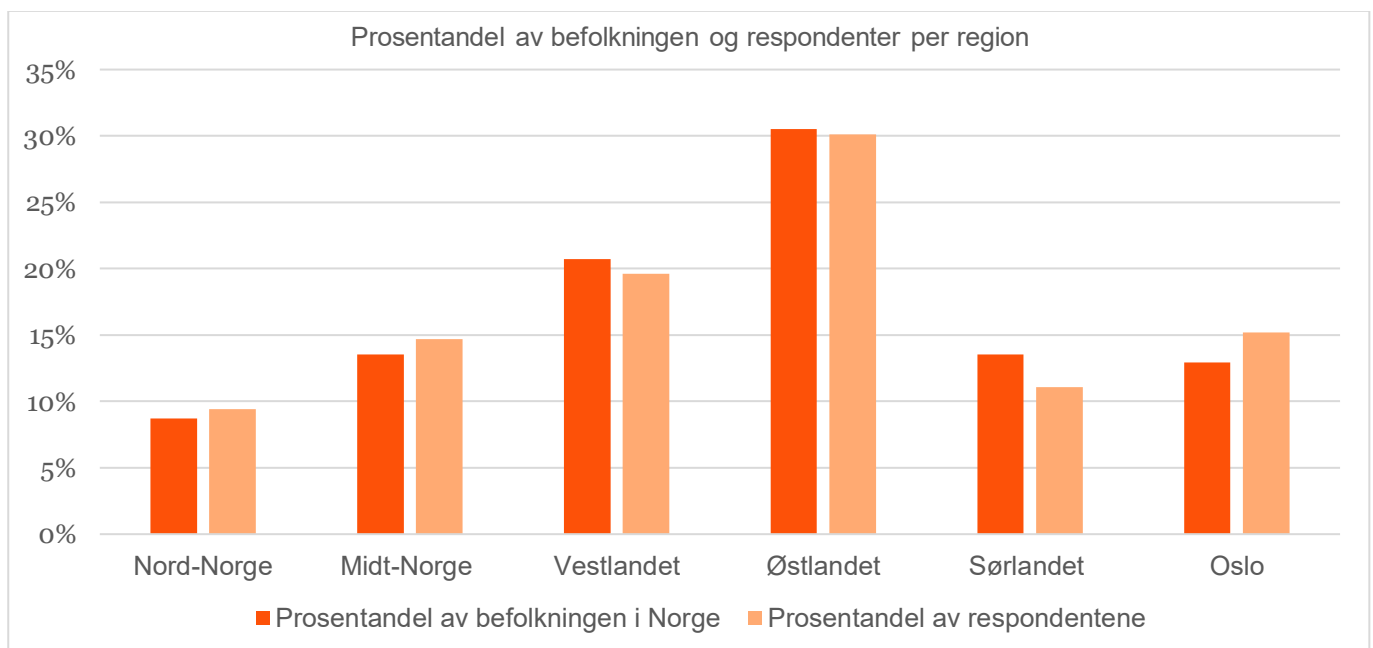
Det ble gjennomført en panelbasert spørreundersøkelse blant helsepersonell via Norstats helsepersonellpanel. Undersøkelsen var rettet mot helsepersonell i både primær- og spesialisthelsetjenesten og ga 1001 svar. Spørreskjemaet ble utformet med kobling til evalueringskriteriene og indikatorene, og dekker blant annet kjennskap til Ukoms rapporter og hva som oppleves som viktig når man skal melde eller snakke åpent om uønskede hendelser på arbeidsplassen. Spørreskjemaet ble pilotert med et utvalg helsepersonell før utsending. Spørreundersøkelsen ga

kvantitativ data, og sikret at et stort omfang av helsepersonell fikk delt sine synspunkter på hva som er viktig for dem når de vurderer å melde fra om alvorlige hendelser og forhold, eller skal dele informasjon med aktøren som gjennomfører undersøkelser.

Valget om å distribuere undersøkelsen gjennom Norstat ble tatt for å sikre tilgang til et stort antall ansatte i helse- og omsorgssektoren, uten behov for å samle inn personopplysninger om respondentene. Undersøkelsen gir verdifull innsikt i erfaringer og holdninger blant et relativt stort utvalg ansatte i helse- og omsorgssektoren. Norstat etterstreber at webpanelet skal være så statistisk representativt som mulig.

Blant de 1001 respondentene var 63 prosent kvinner og 37 prosent menn. Dette innebærer at menn er noe overrepresentert i utvalget sammenlignet med den generelle kjønnsfordelingen blant personer med helse- og sosialfaglig utdanning i Norge, hvor 84 prosent er kvinner og 16 prosent er menn (Statistisk sentralbyrå, 2026).

Når det gjelder geografisk representativitet, viser fordelingen av respondentene at utvalget i stor grad samsvarer med befolkningsfordelingen i Norge. Avvikene mellom andelen respondenter og andelen av befolkningen er relativt små og varierer mellom 0 og 3 prosentpoeng. Nord-Norge har tilnærmet identisk representasjon i utvalget og befolkningen (9 prosent), mens Vestlandet og Østlandet kun avviker med ett prosentpoeng. De største avvikene finnes for Sørlandet, som er noe underrepresentert i utvalget (11 prosent mot 14 prosent i befolkningen), og Oslo, som er noe overrepresentert (15 prosent mot 13 prosent). I regioninndelingen inkluderer Midt-Norge også Møre og Romsdal, mens Sørlandet inkluderer Telemark og Vestfold. Samlet sett tyder dataen på at utvalget har en god geografisk representativitet.



Figur 2 Prosentandel av befolkningen og respondenter per region (Norstat, 2026; Statistisk sentralbyrå, 2026)

Ved analyser av variasjon mellom respondenter fra ulike geografiske regioner, ble det ikke identifisert statistisk signifikante forskjeller av betydning på tvers av de ulike spørsmålene i spørreundersøkelsen.

Geografisk tilhørighet er derfor ikke inkludert som egen analysedimensjon i de videre analysene i rapporten.

Respondentene representerer i hovedsak en erfaren del av arbeidsstyrken i helsesektoren. Flertallet var 50 år eller eldre (41 prosent), mens 26 prosent var mellom 30 og 39 år og 23 prosent mellom 40 og 49 år. Kun 11 prosent av respondentene var under 30 år. Dette gjenspeiles også i arbeidserfaringen til respondentene, hvor nær halvparten (49 prosent) hadde arbeidet i helsesektoren i mer enn 15 år. Videre hadde 17 prosent mellom 11 og 15 års erfaring, mens mindre andeler hadde kortere arbeidserfaring. Samlet sett indikerer dette at utvalget i stor grad består av etablerte og erfarne yrkesutøvere innen helsesektoren.

Når det gjelder arbeidssted, viser respondentfordelingen at utvalget omfatter ansatte fra flere deler av helse- og omsorgssektoren, med en tydelig hovedvekt i de kommunale tjenestene. Spesialisthelsetjenesten er også godt representert gjennom både somatiske tjenester og psykisk helse og rus, mens en mindre andel arbeider i privat sektor eller ved fastlegekontor. Dette bidrar til at undersøkelsen fanger opp erfaringer og perspektiver fra ulike nivåer og deler av helsetjenesten, samtidig som kommunale tjenester får størst tyngde i materialet.

Arbeidsplass på respondenter etter sektor	Andel
Kommunal helse- og omsorgstjeneste	43%
Somatisk spesialisthelsetjeneste	23%
Psykisk helse og rus i spesialisthelsetjenesten	12%
Annet sted	11%
Privat helsetjeneste	9%
Fastlegekontor	2%

Tabell 4 Arbeidsplass på respondenter etter sektor (Norstat, 2026)

Respondentene representerer også et bredt spekter av helsefaglige profesjoner. Sykepleiere og beslektede profesjoner utgjør den største delen av utvalget, noe som samsvarer med at disse yrkesgruppene er sentrale i norsk helse- og omsorgstjeneste. Samtidig inkluderer utvalget både leger, vernepleiere, rehabiliteringspersonell og flere mindre profesjonsgrupper. Dette gir et datamateriale med faglig bredde og ulike perspektiver fra helse- og omsorgssektoren.

Faglig bakgrunn på respondentene	Andel
Sykepleier / jordmor / helsesykepleier	39%
Helsefagarbeider / helsesekretær	18%
Annen helsefaglig bakgrunn	15%
Re-/habilitering (fysioterapeut, ergoterapeut, klinisk ernæringsfysiolog, logoped)	7%
Lege	6%

Vernepleier	6%
Bioingeniør / radiograf	3%
Psykolog	2%
Tannlege / tannhelsepersonell	2%
Ambulansearbeider / paramedisiner	2%
Farmasøyt / apoteker	1%

Tabell 5 Faglig bakgrunn på respondentene (Norstat, 2026)

Spørreundersøkelse blant ansatte i Ukom

Det ble også gjennomført en spørreundersøkelse blant ansatte i Ukom. Av 28 ansatte besvarte 21 undersøkelsen, noe som gir en svarprosent på 75 prosent. Spørreskjemaet ble utformet med utgangspunkt i evalueringskriteriene og indikatorene, og supplert med tilpassede spørsmål basert på funn fra den øvrige datainnsamlingen. Respondentene fikk mulighet til å utdype svarene gjennom åpne kommentarfelt. Spørreskjemaet ble pilotert blant ansatte i Ukom før utsending.

Begge spørreundersøkelsene er analysert deskriptivt med bruk av frekvensfordelinger, gjennomsnitt og krysstabeller. Resultatene inngår som et kvantitativt supplement til de kvalitative funnene og bidrar til å belyse bredde og utbredelse av erfaringer og vurderinger som er identifisert gjennom intervjuene. Funnene fra spørreundersøkelsene presenteres videre i kapittel 4.

2.3.4 Konfidensialitet og databehandling

Deltakelse i intervjuer og spørreundersøkelser har vært frivillig. Informanter er informert om formålet med evalueringen og om hvordan opplysningene behandles. Behandling av personopplysninger er gjennomført i tråd med gjeldende personvernregelverk og PwCs interne retningslinjer.

Funn presenteres på aggregert nivå, og enkeltutsagn er ikke tillagt avgjørende vekt alene. Rådata, herunder notater og referater, har kun vært tilgjengelig for evalueringsteamet.

2.4 Analyse og sammenstilling av data

Analysen bygger på en analytisk syntese der funn fra dokumentstudier, intervjuer og spørreundersøkelser ses i sammenheng og vurderes opp mot evalueringskriteriene. Der datakilder gir sammenfallende funn, styrker dette grunnlaget for vurderingene. Der datakildene gir ulike eller motstridende funn, er dette eksplisitt drøftet og tolket som uttrykk for ulike perspektiver, kontekster eller rolleforståelser.

Analysen er bygd opp i to trinn:

1. **Tematisk analyse per evalueringsområde.** Funn fra alle tre datakilder er sammenstilt per evalueringskriterium og indikator. Dette gir et systematisk bilde av kunnskapsgrunnlaget per tema.
2. **Helhetlig syntese.** Funn på tvers av evalueringsområdene er vurdert samlet for å identifisere overordnede mønstre, sammenhenger og spenninger som har betydning for den samlede vurderingen av Ukoms virksomhet og for utredningen av alternative konsepter.

2.5 Metodiske begrensninger

Evalueringen har noen metodiske begrensninger som bør tas i betraktning ved tolkning av funnene. Disse begrensningene er håndtert gjennom bruk av flere uavhengige datakilder, analytisk triangulering og en bevisst refleksiv tilnærming til tolkning av data.

2.5.1 Utfordringer knyttet til årsak og virkning

Ukom ble etablert 1. mai 2019 og har vært operativ i om lag seks år. Det er rimelig å anta at det tar tid før en ny virksomhets arbeid nedfeller seg i varige systemendringer og forbedringer i helse- og omsorgstjenesten. Evalueringen kan derfor fange opp tidlige effekter og tendenser, men det kan være for tidlig å vurdere langsiktige systemeffekter fullt ut.

Ukoms virksomhet inngår i et sammensatt bilde av aktører, tiltak og utviklingstrekk i helse- og omsorgstjenesten. Det er krevende å isolere effekter av Ukoms arbeid fra andre samtidige forhold. Evalueringen benytter ingen kontrafaktisk analyse eller kontrollgruppe, og vurderer derfor i hovedsak sannsynlige bidrag og mekanismer, snarere enn kausale effekter.

2.5.2 Utvalg og svarskevhet

Intervjuutvalget er strategisk og formålsrettet, og funnene kan ikke generaliseres i statistisk forstand. Utvalget er designet for å belyse evalueringskriteriene gjennom et bredt spekter av relevante perspektiver, ikke for å speile en populasjon.

Norstat-undersøkelsen er basert på et selvrekuttert panel, og respondentene kan avvike systematisk fra populasjonen av helsepersonell. Respondenter med kjennskap til eller erfaringer med Ukom kan være både over- og underrepresentert. For Ukom-undersøkelsen er svarprosenten 75 prosent, noe som innebærer at enkelte stemmer ikke er fanget opp.

Informanter med nær tilknytning til Ukom – herunder ansatte, ledelse og samarbeidspartnere – kan ha incentiver til å fremstille virksomheten mer positivt enn det en utenforstående observatør ville gjort. Tilsvarende kan aktører med interesse av alternative organiseringsmodeller ha incentiver til å fremheve

bestemte perspektiver. Intervjudata og data fra spørreundersøkelsene er derfor analysert refleksivt og systematisk triangulert mot øvrige datakilder.

2.6 Referansegruppe

Prosjektet har hatt en referansegruppe med representanter fra sentrale aktører i helse- og omsorgssektoren. Referansegruppen har hatt en rådgivende funksjon og har gitt metodiske og faglige innspill gjennom hele prosjektperioden. Gruppen har gitt innspill til evalueringens innretning og metode, til utvalgelse av informanter og til utkast til rapport, herunder både evalueringen i del 1 og drøfting av alternative konsepter i del 2.

Referansegruppen har bestått av representanter fra Ukom, Helsetilsynet, KS, RHF, Legeforeningen, Sykepleierforbundet, Pasient- og brukerforbundet. Ett statsforvalterembete har deltatt i referansegruppen som representant for statsforvalterne, og har koordinert innspill fra de øvrige statsforvalterembetene. HOD som vår oppdragsgiver har deltatt som observatør i referansegruppen.

Det er gjennomført fire referansegruppemøter i prosjektperioden.

Referansegruppen har bestått av representanter fra Ukom, som er virksomheten som evalueres, og fra andre virksomheter som kan ha egne interesser i hvordan Ukom innrettes fremover. Gruppen har likevel hatt en viktig funksjon ved å bidra til et korrekt faktagrunnlag og tilgang til relevant informasjon. Innspillene er vurdert med bevissthet om mulige rolleinteresser, og PwC har i tillegg gjennomført individuelle samtaler med samtlige deltakere.

2.7 Kvalitetssikring

HOD har vært oppdragsgiver for evalueringen. Det er gjennomført regelmessige statusmøter med departementet gjennom prosjektperioden. HOD har ikke lagt føringer for våre vurderinger eller konklusjoner. PwC har gjennomført evalueringen og utredningen som en selvstendig og uavhengig faglig vurdering.

Referansegruppen har hatt anledning til å gi innspill i flere faser av arbeidet: først til et utkast av foreløpige funn og vurderinger for evalueringen, deretter til et helhetlig utkast av rapporten. Tilbakemeldingene er vurdert og innarbeidet der PwC har vurdert dette som faglig korrekt og hensiktsmessig. PwC har hatt selvstendig ansvar for alle metodiske valg, vurderinger og konklusjoner.

Rapporten er kvalitetssikret i tråd med PwCs interne rutiner. I tillegg til kjerneteamet har PwC trukket inn interne fagspesialister på relevante områder gjennom prosjektet. Alle vurderinger og anbefalinger i rapporten er PwCs egne.

3 Aktørlandskap: Roller, ansvar og myndighet

Arbeidet med å forebygge, avdekke og følge opp alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten involverer flere aktører med ulike roller, ansvar og virkemidler. I dette kapittelet gjør vi rede for aktørlandskapet og beskriver de mest sentrale rollene, ansvarsområdene og virkemidlene knyttet til kvalitet og pasientsikkerhet ved alvorlige hendelser.

Kapittelet er bygd opp i tre deler. I kapittel 3.1 beskriver vi de sentrale aktørene i hendelsesoppfølgingen slik aktørlandskapet har vært frem til 1. juli 2026. Dette utgjør rammen Ukoms virksomhet evalueres innenfor. I kapittel 3.2 beskriver vi endringene i roller og ansvar for de sentrale aktørene i hendelsesoppfølgingen, som følger av Prop. 121 L (2024–2025) og den nye meldeordningen som trer i kraft 1. juli 2026. Endringene har ikke påvirket Ukoms virksomhet i evalueringsperioden, men utgjør en sentral kontekst for utredningen av Ukoms fremtidige plassering. I kapittel 3.3 beskriver vi øvrige aktører i sektoren med roller og ansvar knyttet til kvalitet og pasientsikkerhet.

Tabellen nedenfor gir en samlet oversikt over aktørlandskapet:²

Aktør	Rolle og ansvar
Sentrale aktører i oppfølgingen av alvorlige hendelser	
Virksomhetene	Grunnleggende ansvar for kvalitet, pasientsikkerhet og forsvarlige tjenester. Skal forebygge, avdekke og følge opp alvorlige hendelser.
Pasienter, brukere og pårørende	Har rett til å melde alvorlige hendelser til statsforvalteren og Ukom. Har rett til innsyn, informasjon og møte med virksomheten etter hendelse.
Statens helsetilsyn	Overordnet nasjonal tilsynsmyndighet med formål om å styrke sikkerheten og kvaliteten i sektoren. Koordinerer og harmoniserer tilsynet, systematiserer risikoområder, forvalter de sterkeste reaksjonsmidlene.
Statsforvalteren	Regional tilsynsmyndighet og klageinstans. Mottar meldinger, veileder virksomhetene i hendelsesoppfølging, fører tilsyn. Direkte underlagt Helsetilsynet på tilsynsområdet.
Ukom	Uavhengig, ikke-sanksjonerende undersøkelseskommisjon. Undersøker alvorlige hendelser og forhold for å bedre pasient- og brukersikkerheten.
Øvrige aktører med roller og ansvar knyttet til kvalitet og pasientsikkerhet	
Helse- og omsorgsdepartementet	Rettslig og styringsmessig innramming. Fastsetter lov- og forskriftsendringer, styrer underliggende etater gjennom tildelingsbrev, instruks, etatsstyringsmøter og budsjettprosesser.
Helsedirektoratet	Faglig normering og gjennomføring. Utarbeider veiledere og maler for virksomhetenes rapportering i den nye meldeordningen.

² Fremstillingen tar utgangspunkt i Varselutvalgets analyser (Varselutvalget, 2023)

Folkehelseinstituttet	Kunnskaps- og dataleverandør. Gitt oppdrag om å etablere et kvalitetsforbedringsprosjekt som forbereder til et eventuelt nasjonalt register for alvorlige hendelser og nesten-hendelser som grunnlag for læring på tvers.
Pasient- og brukerombudet	Ivaretar pasienters, brukeres og pårørendes behov, interesser og rettssikkerhet. Gir råd og veiledning, kan uttale seg og foreslå tiltak til forbedring.
Riksrevisjonen	Stortingets revisjons- og kontrollorgan. Kan undersøke alle statlige aktører, inkludert helseforetak, og vurdere om Stortingets vedtak gjennomføres effektivt.
Sivilombudet	Kontrollerer forvaltningen på vegne av Stortinget. Påser at forvaltningen ikke begår urett mot enkeltpersoner og sikrer menneskerettighetene.

Tabell 6 Oversikt over aktørlandskapet

3.1 Aktører i hendelsesoppfølgingen

3.1.1 Virksomhetenes ansvar for kvalitet, pasientsikkerhet og hendelsesoppfølging

Virksomhetene i helse- og omsorgstjenesten har det grunnleggende ansvaret for kvalitet, pasientsikkerhet og forsvarlige tjenester. Regelverket om ledelse og kvalitetsforbedring (Helsedirektoratet, 2018; Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2016) slår fast at den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for systematisk styring av virksomhetens aktiviteter. Dette omfatter hvordan aktivitetene planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres, og det forutsetter tydelig plassering av ansvar, oppgaver og myndighet i organisasjonen. Det er dermed virksomheten selv som er førstelinjen i arbeidet med å forebygge, avdekke og følge opp alvorlige hendelser.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring konkretiserer plikter knyttet til oppfølging av alvorlige hendelser. Virksomhetene skal blant annet ha oversikt over områder med risiko for svikt, fange opp avvik og uønskede hendelser, gjennomgå disse med sikte på å forebygge gjentakelse, og iverksette korrigerende tiltak (forskriften §§ 6–9). Kravene til gjennomgang skal stå i forhold til hendelsens alvorlighetsgrad. En alvorlig hendelse som har medført uventet dødsfall vil eksempelvis forutsette en mer omfattende gjennomgang enn et enkeltstående avvik fra kvalitetsrutiner (Prop. 121 L (2024–2025), punkt 4.2.3).

3.1.2 Pasienter, brukere og pårørende og berørt helsepersonell

Pasienter, brukere og nærmeste pårørende har en selvstendig og lovfestet rolle i systemet, og rett til å medvirke ved utformingen av helsetjenestene og i egen behandling. De har rett til å melde fra om dødsfall eller svært alvorlig skade til Statsforvalteren eller Ukom. Virksomhetene har plikt til å tilby møte med pasienter, brukere og pårørende så snart som mulig og senest innen ti dager etter hendelsen (Prop. 121 L (2024–2025)).

3.1.3 Tilsynsmyndighetene: Statens helsetilsyn og Statsforvalteren

Helsetilsynslovens § 1 fastslår at formålet med tilsynet er å styrke sikkerheten og kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten, og befolkningens tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten.

Tilsynsmyndighetene består av Statens helsetilsyn som overordnet nasjonalt tilsynsorgan og Statsforvalterne som regionalt tilsynsorgan.

Helsetilsynet er faglig uavhengig og har det overordnede tilsynsansvaret (Prop. 121 L (2024–2025)). Helsetilsynet skal utvikle, koordinere og harmonisere tilsynet, utøve overordnet faglig styring med statsforvalterne og formidle tilsynserfaringer til nytte for samfunnet (Helsetilsynsloven, 2017). Slik Helsetilsynet selv har tolket sin formålsparagraf, omfatter tilsynsvirksomheten mer enn lovlighetskontroll (tilsyn): gjennom oppfølging av enkeltsaker og virksomheter arbeider tilsynet også med å styrke virksomhetenes evne til egen oppfølging, læring og forbedring. Helsetilsynet er styringsmessig underlagt HOD. Barne- og familiedepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet har fag- og budsjettansvar overfor Helsetilsynet på sine fagområder.

Nasjonale enhet for undersøkelse av svikt mot barn (NUBA) er en undersøkelsesordning etablert som en egen oppgave i Statens helsetilsyn, for å gjennomgå alvorlige saker hvor barn blir utsatt for drap, grov vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt. NUBA reguleres av lov 29. mai nr. 20 om undersøkelser av offentlige virksomheters arbeid i saker om drap, vold, overgrep og omsorgssvikt mot barn (barnevoldsundersøkelsesloven) som ble behandlet av Stortinget våren 2026 (Prop. 141 L (2024–2025)) og som trer i kraft 1. juli 2026 (Lovdata, 2026). Mange saker som undersøkes av NUBA vil innebære å undersøke forhold i helsetjenestene knyttet til barn og unge. NUBA er relevant fordi flere respondenter i evalueringen har pekt på NUBA som en mulig modell for undersøkelsesenheter.

Statsforvalteren er regional tilsynsmyndighet og klageinstans, og er direkte underlagt Helsetilsynet på tilsyn i helse- og omsorgsområdet (Helsetilsynsloven, 2017). I det generelle tilsynsregimet skal statsforvalteren føre tilsyn med helse- og omsorgstjenestene og med helsepersonell og annet personell i fylket, og gi råd, veiledning og opplysninger som bidrar til at befolkningens behov for tjenester dekkes (Helsetilsynet, 2025). Statsforvalterne er styringsmessig underlagt Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet (DFD).

3.1.4 Ukoms mandat og rolle

Ukom-loven definerer at formålet med kommisjonen er å bedre pasient- og brukersikkerheten ved å undersøke alvorlige hendelser og andre alvorlige forhold i helse- og omsorgstjenesten (Ukom-loven § 1). Undersøkelsene skal avdekke hendelsesforløp, årsaker og systemfaktorer, for å bidra til læring og forebygging av nye hendelser. Ukom avgjør selv hvilke saker som skal undersøkes, samt omfang og tidspunkt for undersøkelsene (Ukom-loven § 5).

Loven definerer tre forhold som sentralt i Ukoms mandat:

- *Uavhengig (Ukom-loven § 4):* Kommisjonen skal arbeide selvstendig og uavhengig, og kan ikke instrueres i faglige spørsmål, verken om valg av saker, metodebruk, vurderinger eller innholdet i rapportene.
- *Ikke-sanksjonerende (Ukom-loven § 5):* Ukom skal ikke ta stilling til skyld, ansvar eller lovligheten av handlinger, og heller ikke overprøve vurderinger gjort av andre organer (f.eks. tilsyn eller politi). Opplysninger som kommisjonen mottar fra personer som har forklaringsplikt etter §10, kan ikke brukes som bevis i straffesak mot den som gir opplysningene, og loven inneholder i tillegg et vern mot arbeidsrettslige sanksjoner fra arbeidsgiver overfor ansatte som gir forklaring, med enkelte lovbestemte unntak. Dette skiller Ukom prinsipielt fra tilsynsmyndighetene og er sentralt for kommisjonens rolle i pasientsikkerhetsarbeidet.
- *Streng taushetsplikt (Ukom-loven § 12):* Ukom kan innhente opplysninger og har lovfestet tilgang til relevante data, dokumenter og personer, innenfor klare rammer for taushetsplikt og vern av sensitive opplysninger.

Mandatet er systemorientert, og Ukom kan også undersøke forhold hos andre aktører enn tjenesteytere, som for eksempel offentlige myndigheter og tilsyn, dersom disse kan ha vært medvirkende årsaksfaktorer.

Ukom-loven beskriver også kommisjonens rett til å publisere rapporter og formidle læringspunkter, men uten myndighet til å gi pålegg eller fatte vedtak overfor virksomheter i tjenesten.

Lovutkastet i NOU 2015:11 bygget direkte på regelverket som gjelder for Statens havarikommisjon, særlig vegtrafikkloven kapittel VII med tilhørende forskrift og instruks. Formuleringen «undersøkelsene skal avdekke hendelsesforløp, årsaker og systemfaktorer, for å bidra til læring og forebygging av nye hendelser» er en tilnærmet kopi av § 44 i vegtrafikkloven som sier at «Undersøkelsesmyndigheten skal klarlegge hendelsesforløp og årsaksfaktorer med formål å forbedre trafikksikkerheten». Denne tilnærmingen ble videreført i Prop. 68 L (2016–2017), hvor HOD eksplisitt la havarikommisjonsmodellen til grunn for Ukoms mandat og arbeidsform. Parallellen til Statens havarikommisjon er også et tilbakevendende tema i intervjuer med ansatte i Ukom når disse beskriver Ukoms rolle og ansvar. Flere omtaler Ukom som «helsesektorens svar på Havarikommisjonen».

3.1.5 Grenseflaten mellom Ukom og tilsynsmyndigheten

Ukom og Statens helsetilsyn har ifølge virksomhetenes formålsbestemmelser begge et formål om å bidra til sikkerhet og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten. En klargjøring av forholdet mellom de to virksomhetene ble gitt i kongelig resolusjon av 26. april 2019, der det ble besluttet delt iverksetting av lov om Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten og den nye helsetilsynsloven.

HOD understrekte i resolusjonen at både UKOM og Statens helsetilsyn skulle ha som formål å styrke pasient- og brukersikkerheten, men at de to instansene hadde klart ulike roller, oppgaver og virkemidler.

Helsetilsynets kjerneoppgave var å føre tilsyn med helse- og omsorgstjenesten og alt helsepersonell, kontrollere at lov- og forskriftskrav ble fulgt, og vurdere reaksjoner der det ble avdekket lovbrudd. I tillegg skulle læring og forbedring være viktige mål for tilsynsvirksomheten. Tilsynet skulle sikre kvalitet og styrke befolkningens tillit til tjenestene. Statsforvalteren skulle være det utøvende tilsynet og rapportere til Statens helsetilsyn, som skulle ha det overordnede ansvaret. Ved varsel om alvorlige hendelser skulle tilsynet raskt vurdere behov for stedlig tilsyn for å få saken tilstrekkelig opplyst.

HOD viste også til at Statens helsetilsyn tidligere var blitt pålagt å ha en permanent undersøkelsesenhet, med krav om undersøkelses- og intervjukompetanse og fokus på læringsaspektet. I resolusjonen trakk HOD denne instruksjonen tilbake med begrunnelse at loven om Ukom trådte i kraft 1. mai 2019, og undersøkelsesfunksjonen skulle da ivaretas av Ukom. Helsetilsynet skulle fortsatt følge opp varsler om alvorlige hendelser, men ikke lenger ha samme ansvar for omfattende årsaksanalyser som før.

Resolusjonen beskrev videre at Ukom på sin side skulle undersøke alvorlige hendelser og alvorlige forhold med sikte på å avdekke hendelsesforløp, årsaker og systemfaktorer. Undersøkelsene skulle bidra til læring og forebygging av nye hendelser, og Ukom skulle selv avgjøre hvilke saker som skulle undersøkes, samt omfang og tidspunkt for undersøkelsene. Resolusjonen beskrev at Ukom skulle arbeide selvstendig og uavhengig, og ikke kunne bli instruert av HOD på faglige spørsmål. Ukom skulle utarbeide undersøkelsesrapporter som redegjør for årsaksfaktorer og komme med tilrådinger, men uten å plassere skyld eller vurdere administrative reaksjoner.

HOD presiserte i resolusjonen at det i enkelte saker ville være overlapp, og at både Ukom og Helsetilsynet kunne undersøke samme hendelse, særlig der Helsetilsynet gjennomførte stedlig tilsyn etter varsel. Samtidig ble det understreket at aktørene hadde ulike roller og virkemidler: Tilsynet skulle undersøke saken tilstrekkelig til å kunne avdekke lovbrudd og plassere ansvar korrekt, mens Ukom i større grad skulle gå dypere inn i bakenforliggende årsaksfaktorer og årsakssammenhenger for å fremme læring og forebygging.

HOD la til grunn at begge instanser skulle innrette sin virksomhet slik at dobbeltarbeid ble mest mulig begrenset. Tilsynets undersøkelser skulle være rettet mot å vurdere regelverksbrudd, mens Ukoms undersøkelser skulle ha læring og forebygging som formål.

3.2 Ny meldeordning og endringer i aktørlandskapet

Aktørlandskapet beskrevet ovenfor er i ferd med å endres. Fra 1. juli 2026 trer en ny meldeordning i kraft, jf. Prop. 121 L (2024–2025). Endringene har ikke påvirket Ukoms virksomhet i

evalueringsperioden, men utgjør en sentral del av rammen for utredningens vurderinger om Ukoms fremtidige plassering og innretning.³

Fra 1. juli 2026 skal virksomhetene sende melding om alvorlig hendelse til statsforvalteren og Ukom snarest mulig og senest innen fem virkedager, med kopi til Helsetilsynet. I tillegg skal virksomheten sende en rapport til statsforvalteren innen tre måneder. Rapporten skal blant annet omtale hendelsesforløp og mulige årsaker, hvilke tiltak virksomheten vil iverksette for å hindre gjentakelse, og hvordan pasient, bruker, nærmeste pårørende og berørt helsepersonell er fulgt opp og involvert i forbedringsarbeidet. Statsforvalteren skal gi virksomhetene veiledning i gjennomgangen ved behov. Tilsynsmyndighetene skal fortsatt gjennomføre tilsyn på bakgrunn av meldinger og rapporter om alvorlige hendelser der de finner det hensiktsmessig og nødvendig.

Ukoms rolle forblir uendret og meldesporet til Ukom videreføres som et eget spor. Pasienter, brukere og nærmeste pårørende beholder retten til å melde alvorlige hendelser direkte til statsforvalteren og Ukom.

3.2.1 Virksomhetenes ansvar tydeliggjøres

HOD har i den nye meldeordningen lagt til grunn at det i utgangspunktet er virksomhetene, og ikke tilsynsmyndighetene, som skal gjennomgå og følge opp alle enkelthendelser (Prop. 121 L (2024-2025)). Den nye meldeordningen tar utgangspunkt i og tydeliggjør det ansvaret som virksomhetene allerede har for å følge opp alvorlige og andre uønskede hendelser. Der den tidligere varselordningen i større grad var innrettet mot rask ekstern varsling til tilsynsmyndighetene og vektlegging av ekstern gjennomgang av enkelthendelser med mulig myndighetsoppfølging, tar den nye meldeordningen utgangspunkt i det ansvaret som virksomhetene allerede har for å følge opp alvorlige hendelser og er tydeligere på at læring og forbedring i større grad skal skje i og gjennom virksomhetenes egne styringssystemer. Endringen tydeliggjør virksomhetsledelsens ansvar for kvalitet og pasientsikkerhet, og er i tråd med utviklingen som allerede har skjedd i tilsynsmyndighetenes arbeid med tilsynssaker de siste årene.

I den nye rapporteringen fra virksomheter til statsforvalteren er det uttrykkelig forutsatt at virksomhetene skal redegjøre for hvordan berørt helsepersonell er fulgt opp og involvert i forbedringsarbeidet. I de tilfellene der Ukom beslutter å undersøke de varslede forholdene eller hendelsen nærmere, gjelder et særskilt vern for opplysninger helsepersonell gir til Ukom, ved at slike forklaringer er beskyttet etter reglene om sanksjonsfrihet.

³ Det presiseres at den nye institusjonelle arkitekturen bare delvis er ferdigstilt. Den nye meldeordningen og rollene mellom virksomhet, statsforvalter, Helsetilsyn og Ukom er i hovedsak avklart, mens et nasjonalt register for alvorlige hendelser og nesten-hendelser (under FHI) fremdeles er under utredning (Prop. 1 S (2025–2026), s. 22).

3.2.2 Pasienter, brukere og pårørendes rettigheter

Pasienter, brukere og pårørende beholder retten til å melde dødsfall eller svært alvorlig skade til statsforvalteren og Ukom. Helsetilsynet opplyser at dette skal kunne skje via Helsenorge (Helsetilsynet, 2026). Den nye ordningen viderefører også virksomhetenes plikt til å tilby møte med pasienter, brukere og pårørende så snart som mulig og senest innen ti dager etter hendelsen (Prop. 121 L (2024 –2025)). Formålet med møtet er tydeliggjort som informasjonsutveksling om hendelsen og avklaring av behov for videre oppfølging. Ved dødsfall skal nærmeste pårørende tilbys tilsvarende møte.

Pasienter, brukere og nærmeste pårørende har i tillegg rett til innsyn i relevante saksdokumenter og til å uttale seg i saker hvor statsforvalteren behandler meldinger om alvorlige hendelser, så langt taushetsplikt ikke er til hinder for dette (Prop. 121 L (2024 –2025)). Videre åpner Ukom for at alle kan sende inn bekymringsmelding om alvorlige hendelser eller forhold som har eller kan gå ut over pasient- og brukersikkerheten via kommisjonens eget skjema (Ukom, 2023). Dette gir pasienter, pårørende og ansatte flere kanaler inn i systemet, men med ulike formål og ulik rettslig karakter.

3.2.3 Statsforvalter får en mer sentral rolle

I den nye meldeordningen får statsforvalteren en mer sentral rolle. Statsforvalteren får en lovpålagt oppgave om å veilede virksomhetene og støtte opp om deres systematiske arbeid med å forebygge, avdekke, avverge og lære av alvorlige hendelser. Dette arbeidet skal bygge på meldinger og rapporter, og gis ved behov.

Statsforvalteren beholder myndighetsrollen som tilsynsorgan. Tilsynsmyndighetene kan gi pålegg om retting, mens saker om tvangsmulkt og stenging ligger til Helsetilsynet (Helsetilsynet, 2025). Dersom statsforvalteren mener at det bør ilegges tvangsmulkt eller gis andre sterkere reaksjoner, skal saken oversendes Helsetilsynet (Prop. 121 L (2024–2025)). Statsforvalterens rolle er dermed todelt: på den ene siden støtte og veiledning knyttet til virksomhetenes lærings- og forbedringsarbeid, på den andre siden mulighet for tilsynsmessig oppfølging og kontroll når det er hensiktsmessig og nødvendig.

3.2.4 Helsetilsynet får en mer overordnet rolle

I den nye meldeordningen blir Helsetilsynet ikke lenger primær mottaker av meldingene, men mottar kopi og får en tydeligere nasjonal og aggregerende rolle (Prop. 121 L (2024–2025); Helsetilsynet, 2026). Helsetilsynet skal systematisere og identifisere risikoområder, veilede statsforvalterne, formidle kunnskap og bidra til overordnet læring og forbedring. Samtidig beholder Helsetilsynet de sterkeste tilsynsvirkemidlene, herunder pålegg om stenging og fastsetting av tvangsmulkt.

I Prop. 121 L drøfter HOD hensiktsmessigheten av en sammenslåing mellom Ukom og Helsetilsynet. Her fremgår det at fokuset på læring og forbedring over tid har blitt mer fremtredende i Helsetilsynets metodikk: «Helsetilsynets arbeidsmetodikk har over tid dreid mer over mot veiledning og støtte,

undersøkelser av konkrete virksomheter basert på risikovurderinger, læring og forbedring mv.» (Prop. 121 L (2024–2025), s. 54). Med ny meldeordning blir dette også løftet inn som en del av formålsparagrafen i helsetilsynsloven, der det nå fremgår at «formål er å bidra til å styrke pasient- og brukersikkerheten og kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten gjennom statlig tilsyn og andre tiltak som støtter opp om helse- og omsorgstjenestens arbeid med læring og forbedring.» (Endringslov til helsetilsynsloven mv., 2025).

3.3 Øvrige aktører

3.3.1 Nasjonale myndigheter

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)

HOD har ansvaret for den rettslige og styringsmessige innrammingen av systemet. Det er HOD som fastsetter lov- og forskriftsendringer, og som styrer underliggende etater gjennom ordinære styringsdokumenter, etatsstyringsmøter og budsjettprosesser.

Helsedirektoratet

Helsedirektoratet har som fagdirektorat en sentral rolle i det nasjonale pasientsikkerhetsarbeidet, herunder ansvar for koordinering og nasjonal samordning av oppfølgingen av Nasjonalt rammeverk for bedre pasientsikkerhet, jf. Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonalt helse- og samhandlingsplan 2024–2027* (Regjeringen, 2024). Dette omfatter blant annet ledelse av nasjonalt samordningsorgan, utarbeidelse av årlige statusrapporter om pasientsikkerhet, samarbeid med relevante aktører og forvaltning av kommunikasjonstiltak knyttet til I trygge hender 24–7 og den årlige pasientsikkerhetskonferansen. Direktoratet har også en viktig rolle i gjennomføringen av den nye meldeordningen, blant annet gjennom utvikling av faglig veiledningsmateriell.

Folkehelseinstituttet (FHI)

FHI har en rolle som kunnskaps- og dataleverandør innenfor arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. I tildelingsbrevet for 2025 fremgår det at FHI skal bidra i implementeringen av nasjonalt faglig rammeverk for bedre pasient- og brukersikkerhet, med utgangspunkt i instituttets overordnede roller og oppgaver. FHI er gitt i oppdrag å etablere et kvalitetsforbedringsprosjekt med sikte på å få tilgang til data og informasjon om uønskede hendelser fra helseforetakene og fra kommunene (Supplerende tildelingsbrev nr. 2 for 2025, oppdrag TB2025-36). Prosjektet gjennomføres i samarbeid med de regionale helseforetakene, Helsedirektoratet, Statens helsetilsyn, Norsk helsenett og andre aktuelle aktører, og skal legge grunnlaget for et eventuelt permanent nasjonalt register.

Prop. 121 L inneholder ingen lovendringer om et slikt register, og HOD har heller ikke foreslått å utvide meldeordningen til å omfatte nesten-alvorlige hendelser på nåværende tidspunkt. Samtidig fremgår det av statsbudsjettet for 2026 at helse- og omsorgstjenesten skal legge til rette for nasjonal oversikt og analyser av alvorlige hendelser og nesten-hendelser som grunnlag for mer læring på tvers (Prop. 1 S

(2025–2026) - HOD, s. 22). Dette innebærer at den nye institusjonelle arkitekturen bare er delvis ferdigstilt. Den nye meldeordningen og roller mellom virksomhet, statsforvalter, Helsetilsyn og Ukom er i hovedsak avklart, mens registersporet fremdeles er under utredning.

3.3.2 Eksterne kontroll- og ombudsorganer

I tillegg til aktørene nevnt over, er det verdt å peke på andre aktører og myndigheter som spiller, og kan spille en rolle i dette systemet.

Riksrevisjonen

Riksrevisjonen er Stortingets revisjons- og kontrollorgan og uavhengig av den øvrige offentlige forvaltningen. Riksrevisjonen skal undersøke om statlige regnskap er korrekte, om det Stortinget har bestemt blir gjennomført på en effektiv måte, hvordan pengene Stortinget har bevilget blir brukt og om statsforvaltningen jobber i tråd med lover og regler. Riksrevisjonen kan undersøke alle statlige aktører, inkludert regjeringen, statsforvaltningen, inkludert departementer, direktorater og tilsyn, og statlige selskap, inkludert helseforetak og regionale helseforetak. (Riksrevisjonen)

Ukom publiserte i 2024 rapporten *Ingen kan hjelpe meg* (Ukom, 2024) og riksrevisjonen publiserte i 2025 undersøkelsen *Helse- og velferdstjenester til personer med samtidige rusmiddellidelser og psykiske lidelser* (Riksrevisjonen, 2025). De to undersøkelsene hadde tematiske berøringspunkter ved at begge handlet om personer med sammensatte behov i skjæringsfeltet mellom psykisk lidelse, rusproblematikk og svikt i tjenestene. I intervju kom det frem at Ukom justerte innretningen på sitt arbeid da kommisjonen ble oppmerksom på at Riksrevisjonen arbeidet med en beslektet tematikk, noe som illustrerer at Ukom opererer i et kunnskapslandskap der også andre aktører enn tilsynsmyndigheten kan undersøke og publisere analyser av nærliggende problemstillinger.

Pasient- og brukerombudet

Pasient- og brukerombudet er en ordning som er lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 8. Pasient- og brukerombudet skal arbeide for å ivareta pasientens og brukerens behov, interesser og rettssikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjenesten, den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og for å bedre kvaliteten i disse tjenestene. Pasient- og brukerombudet gir råd og veiledning til brukere, pasienter og pårørende som står i en vanskelig situasjon opp mot helse- og omsorgstjenesten. Det finnes et pasient- og brukerombud i hvert fylke, og alle har rett til å henvende seg til pasient- og brukerombudet for å få en sak behandlet. Pasient- og brukerombudet beslutter selv hvilke saker de behandler. De har rett til å få utlevert opplysninger fra helse- og omsorgstjenesten, og de har fri adgang til alle lokaler der det ytes helse- og omsorgstjenester. Pasient- og brukerombudet har rett til å uttale seg om forhold som faller inn under sitt ansvarsområde og foreslå konkrete tiltak til forbedringer. (Pasient- og brukerombudet, udatert) (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999)

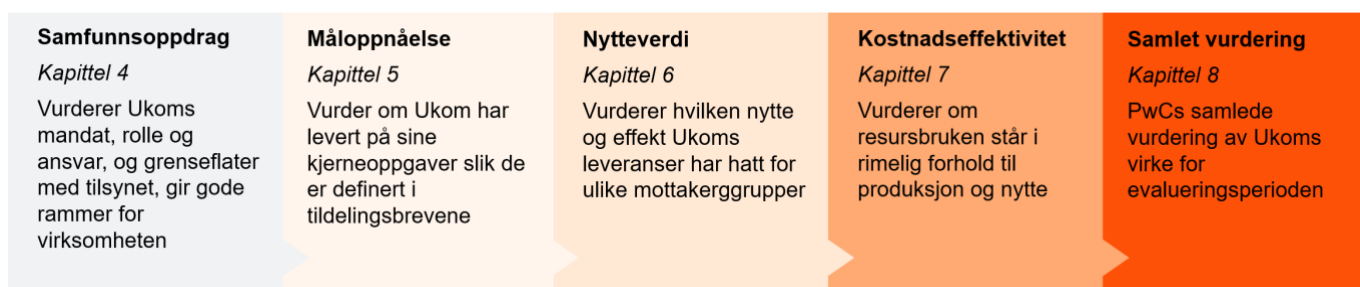
Sivilombudet

Sivilombudet fører kontroll med forvaltningen på vegne av Stortinget for å påse at forvaltningen ikke begår urett mot enkeltpersoner og bidra til at forvaltningen respekterer og sikrer menneskerettighetene. Alle som mener at de har blitt utsatt for urett eller feil fra offentlig forvaltning kan klage til sivilombudet, men før sivilombudet behandler en klage, må alle andre klagemuligheter være prøvd. Sivilombudet kan også igangsette egne undersøkelser og gi sin mening om konkrete eller generelle forhold i forvaltningen. (Sivilombudsloven, 2021) Et eksempel på at Sivilombudet har sett på alvorlige forhold i helse- og omsorgstjenesten er deres temarapport om helsetjeneste til innsatte i fengsel hvor de har avdekket alvorlige og gjentatte mangler i helsehjelpen til innsatte (Sivilombudet, 2026)

Del 1: Evaluering av Ukoms praksis og virksomhet 2019-2025

I del 1 beskriver og vurderer vi Ukoms praksis og virksomhet i perioden 2019–2025, med utgangspunkt i de fire evalueringstemaene samfunnsoppdrag, måloppnåelse, nytteverdi og kostnadseffektivitet. Som illustrert i figur 3 behandles temaene i hvert sitt kapittel (kapittel 4-7) før det gis en samlet vurdering til slutt (kapittel 8).

Evalueringstemaene bygger på hverandre: Samfunnsoppdraget vurderer Ukoms rammer, måloppnåelse og nytteverdi vurderer resultatet av Ukoms arbeid og kostnadseffektivitet vurderer forholdet mellom ressursbruken i Ukom og resultatene som er oppnådd.



Figur 3 Oversikt over evalueringstemaene og tilhørende kapitler i del 1

4 Ukoms samfunnsoppdrag

4.1 Evalueringsramme og kriterier

Med samfunnsoppdrag mener vi Ukoms lovfestede rolle, mandat og ansvar som en uavhengig undersøkelseskomisjon. Evalueringen av samfunnsoppdraget tar utgangspunkt i følgende evalueringskriterier:

- E1: Ukoms roller og ansvar er tydelig avgrenset mot tilsynets
- E2: Arbeidsdelingen mellom Ukom, Helsetilsynet og statsforvalterne er hensiktsmessig
- E3: Samhandlingen mot tilsynet understøtter et effektivt samlet system for pasientsikkerhet
- E4: Ukoms mandat gir tilstrekkelig grunnlag for å realisere samfunnsoppdraget.

Delkapittelet er todelt. Først beskriver vi våre observasjoner knyttet til hvordan roller og ansvar, samt grenseflater og arbeidsdeling mot tilsynsmyndigheten, har fungert i perioden 2019-2025 (4.2). Deretter vurderer vi om dagens organisering understøtter formålet som ligger til grunn for etableringen av kommisjonen (4.2).

4.2 Observasjoner

4.2.1 Roller og ansvar i praksis

I spørreundersøkelsen blant Ukoms ansatte fremkommer det at de fleste opplever rolle- og ansvarsfordelingen mellom Ukom, Helsetilsynet og Statsforvalteren som tydelig. 81 prosent av de ansatte oppga at fordelingen i «stor grad» (38 prosent) eller «svært stor grad» (43 prosent) var tydelig. Intervjuene med ansatte i Ukom nyanserer imidlertid dette bildet. Flere beskriver at den formelle inndelingen – der Ukom ivaretar et sanksjonsfritt læringsoppdrag og tilsynsmyndighetene ivaretar vurderinger av lovlighet, eventuelle reaksjoner og bidrar til læring og forbedring – er kjent internt, men at grenseflatene i praksis oppleves mindre tydelige. De ansatte i Ukom viser til at Helsetilsynet og statsforvalterne i økende grad har tatt i bruk lærings- og forbedringsorienterte arbeidsformer, noe som gjør det vanskeligere å opprettholde et tydelig skille mellom et sanksjonerende tilsyn og en læringsorientert undersøkelseskommisjon.

Ansatte fra Helsetilsynet og statsforvalterne beskriver også rolle- og ansvarsdelingen som tydelig i lovverket, men uklar i praktisk utøvelse. Disse peker på at læring og forbedring er en integrert del av tilsynsvirksomheten, med fokus på at virksomheten skal rette opp feil og sikre forsvarlige tjenester. Videre forteller de at tilsynsmetodikken har endret seg de siste årene. Mens tilsyn tidligere i hovedsak var rettet mot lovbrudd, gjennomføres tilsynene i dag med utgangspunkt i en større verktøykasse, der identifikasjon av lovbrudd er ett av flere virkemiddel. Vi får opplyst at flere av de nasjonale tilsynene planlegges og gjennomføres som et løp der tilsynsmyndighetene veileder virksomhetene, bidrar til forbedring og følger dem opp over tid. Ansatte i Helsetilsynet og hos statsforvalterne peker også på at Ukom og tilsynsmyndigheten i økende grad arbeider innenfor de samme tematiske områdene og problemfeltene.

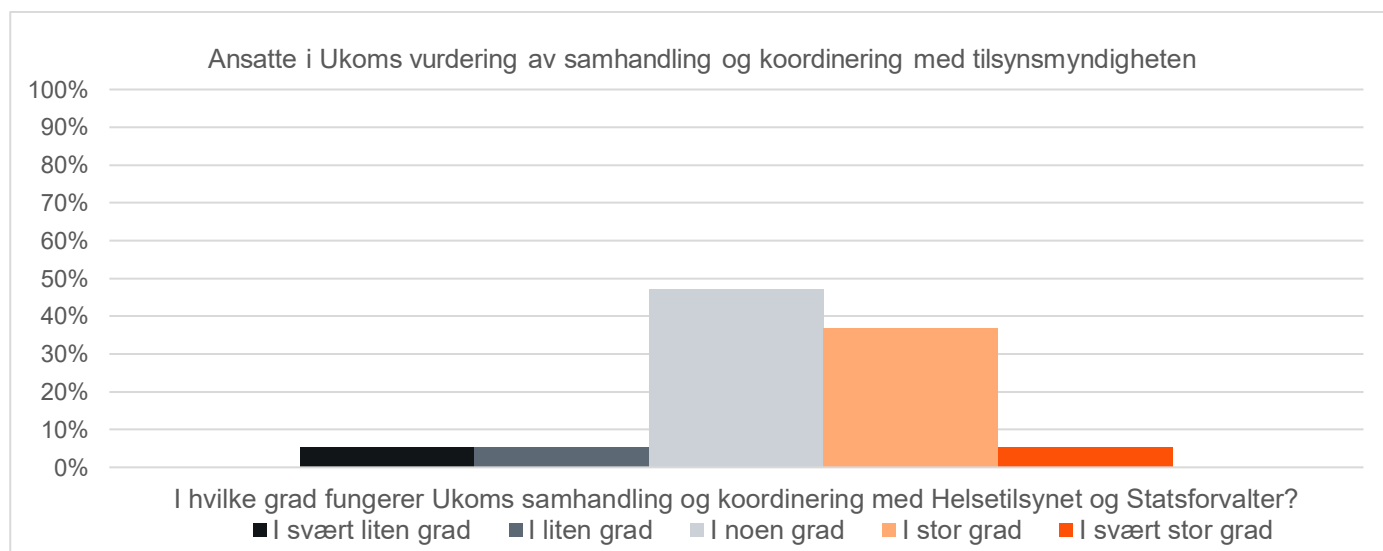
Skillet mellom Ukom, Helsetilsynet og statsforvalter fremstår også uklart for flere aktører i tjenesten. Pasient- og pårørendeorganisasjoner forteller at det kan være vanskelig å vite hvor alvorlige hendelser skal meldes for å sikre både rettighetsavklaring og læring, og dette skaper usikkerhet om hvilken instans de bør henvende seg til og hva de kan forvente av oppfølging. De påpeker at lav kjennskap til Ukom gjør at saker som i utgangspunktet har læringspotensial likevel havner i klage- og rettighetssporet hos statsforvalteren. Representanter fra kommunehelsetjenesten peker på at kommunene samlet sett forholder seg til mange statlige aktører innen tilsyn, rapportering og læring, og at Ukom er én av flere. For dem fremstår det totale systemet fragmentert og ressurskrevende. Informantene fra tjenesten etterlyser en mer helhetlig tilnærming til hvordan tilsyn, læring og forbedring organiseres, gjerne med «én dør inn».

Flere aktører vi har snakket med er bekymret for at den nye meldeordningen vil gjøre rollefordelingen mellom Ukom, Helsetilsynet og statsforvalterne mindre tydelig. Som beskrevet over, legger den nye ordningen hovedansvaret for gjennomgang og oppfølging av enkelthendelser til virksomhetene selv,

mens statsforvalterne mottar meldinger og rapporter og gir veiledning ved behov. Samtidig innebærer ny meldeordning at Helsetilsynet i større grad skal innta en analytisk og systemrettet rolle med vekt på læring og forbedring. Flere informanter peker på at dette kan gjøre grenseflatene mer krevende, ettersom Helsetilsynets tydeligere systemorientering vil ligge nærmere Ukoms nåværende oppdrag. Andre mener den nye meldeordningen snarere representerer en mulighet for å etablere tydeligere roller og ansvar.

4.2.2 Samhandling og koordinering

Spørreundersøkelsen til ansatte i Ukom viser at den største andelen av respondentene (47 prosent) mener at samhandlingen og koordineringen fungerer «i noen grad». 42 prosent av respondentene opplever at samhandlingen og koordineringen med Helsetilsynet og Statsforvalteren fungerer i «stor grad» (37 prosent) eller «svært stor grad» (5 prosent).



Figur 4 Ansatte i Ukom sin vurdering av samhandling og koordinering mellom Ukom, Helsetilsynet og Statsforvalter

Samhandlingen mellom Ukom og Helsetilsynet har i praksis bestått av to hoveddeler: en del på toppledernivå og en på faglig nivå.

På toppledernivå har Ukom og Helsetilsynet hatt faste dialogmøter to ganger i året, hvor partene orienterer hverandre om aktiviteter og saker. I intervjuer med ansatte i Ukom og Helsetilsynet beskrives disse møtene som formelle og lite preget av faglig meningsutveksling. Samarbeidsklimaet på toppledernivå omtales som tidvis utfordrende, preget av perioder med skepsis og manglende tillit. Ukom viser til at samhandlingen tidligere var mer omfattende, blant annet da Helsetilsynet delte detaljerte varslingsnotater med Ukom. Helsetilsynet opplever på sin side at Ukom i liten grad deler tilsvarende informasjon tilbake, spesielt knyttet til hvilke varsler Ukom følger med på og hvordan de prioriterer saker.

I tillegg til topplederdialogen har det vært faglige møter mellom medarbeidere i Ukom og Helsetilsynet knyttet til konkrete problemstillinger, etter initiativ fra begge parter. Ukom beskriver denne faglige

dialogen som god. Bildet av samhandlingen er dermed noe mer sammensatt enn det topplederdialogen alene gir inntrykk av. Ukom har i flere av sine undersøkelser undersøkt Helsetilsynet og statsforvaltere som del av den bredere årsakskjeden. Dette gjelder blant annet rapportene «Hvem forstår meg? Pasientsikkerhet for personer med alvorlig utviklingshemming», «Overgrep forkledd som behandling» og «Pasientsikkerhet for barn og unge med kjønnsinkongruens». Ukom beskriver at det i disse sakene har vært godt samarbeid, dialog og tilbakemeldinger underveis og i etterkant med dem som direkte har medvirket. Samtidig peker Ukom på at det kan være uvant for forvaltningsorganer å være gjenstand for denne typen undersøkelser, ettersom rollen til undersøkelseskommisjoner fortsatt er relativt ny i helse- og omsorgssektoren.

Statsforvalterne forteller at de ikke har noe formalisert samarbeid med Ukom, utover enkel kontakt ved overlappende saker. Ukom beskriver tilsvarende at kontakten med statsforvalterne i hovedsak skjer indirekte via Helsetilsynet eller i enkeltprosesser. Statsforvalterne etterlyser en mer forutsigbar struktur for samhandling – blant annet fordi kommuner tidvis henvender seg til dem om Ukoms undersøkelser uten at de er informert.

Ukom erkjenner at samarbeidet med myndighetsaktører har vært utfordrende, men mener dette i større grad skyldes usikkerhet om kommisjonens fremtid enn manglende vilje til dialog. Ukom viser til at de i 2025 har tatt initiativ overfor HOD og Statens helsetilsyn for å etablere et tydeligere trepartssamarbeid. De peker på at Statens havarikommisjon har lang erfaring med slikt samarbeid på tvers av departementer og tilsyn, og mener derfor at helse- og omsorgstjenesten kan lære av hvordan dette gjøres i andre sektorer. HOD har i sin eierstyringsdialog lagt til grunn at Ukom skal ha et godt samarbeid med øvrige underliggende virksomheter, særlig Statens helsetilsyn og Helsedirektoratet.

4.2.3 Parallelle prosesser

En gjennomgående tilbakemelding fra intervjuene er at dagens fordeling av roller og ansvar mellom Ukom og tilsynsmyndigheten har medført parallelle prosesser, herunder parallell varselhåndtering, gjennomføring av undersøkelser og mottak av ulike rapporter om samme problemområde.

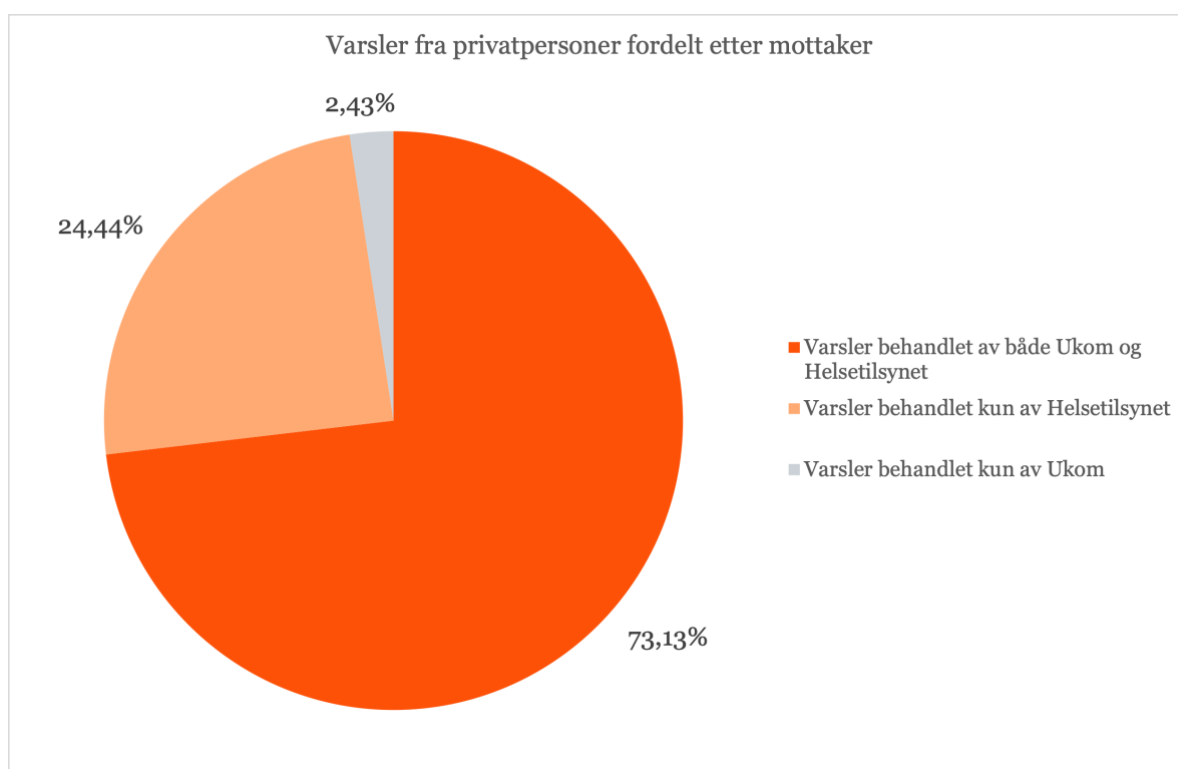
Parallell behandling av varsler

Her beskriver vi data på innsending av varsler til Ukom og Helsetilsynet. Dataene er samlet inn i perioden 2019 til 2025 og representerer varselordningen slik den har vært frem til 1. juli 2026 når ny meldeordning trer i kraft. I den nye meldeordningen vil varslene sendes parallelt til Ukom og relevant statsforvalter, med kopi til Helsetilsynet. Parallelliteten består derfor i den nye ordningen, men nå mellom Ukom og statsforvalter i stedet for mellom Ukom og Helsetilsynet.

Både Ukom og Helsetilsynet har mottatt data og behandlet varsler og meldinger om alvorlige hendelser. Lovpålagte varsler fra virksomheter og helsepersonell har blitt varslet gjennom melde.no og blitt sendt automatisk til både Ukom og Helsetilsynet. Privatpersoner, herunder pasienter, brukere og pårørende,

har meldt fra om alvorlige hendelser via Helsenorge.no, der de selv har valgt om meldingen skal sendes til kun Ukom, kun Helsetilsynet eller begge aktørene. I tillegg har både helsepersonell og privatpersoner kunnet sende bekymringsmeldinger direkte til Ukom via ukom.no.

I perioden 1. mai 2019 til 31. desember 2025 ble det registrert 10 588 meldinger om uønskede hendelser hos Norsk Helsenett (Norsk helsenett SF, 2026)⁴. Dette omfatter 6 349 lovpålagte varsler mottatt via Melde.no fra virksomheter og 4 239 varsler fra privatpersoner, herunder pasienter, brukere og pårørende. Av totalt 10 588 varsler registrert i Norsk Helsenetts system i løpet av evalueringsperioden, ble 9 449 mottatt og behandlet av begge aktørene. Det innebærer at 89,24 prosent av de mottatte varslene i Norsk Helsenett ble behandlet av både Ukom og Helsetilsynet. De 1 139 varslene som kun ble sendt til en aktør kommer fra privatpersoner via Helsenorge.no. Helsetilsynet mottok 1 036 av varslene, mens Ukom mottok 103. Andelen varsler som kun ble sendt til Helsetilsynet via Helsenorge.no, er dermed over ti ganger høyere enn andelen som kun ble sendt til Ukom. Ukom mottok i tillegg totalt 640 varsler via Ukom.no i løpet av evalueringsperioden, i snitt 96 per år. (Ukom, 2026), noe som til en viss grad jevner ut fordelingen av unike varsler mellom Helsetilsynet og Ukom.



Figur 5 Varsler fra privatpersoner fordelt etter mottaker (Norsk helsenett SF, 2026)

I intervju fremkommer det at Ukom og Helsetilsynet behandler varsler og meldinger helt uavhengig av hverandre og uten at etatene kjenner til hverandres arbeid. Mange intervjuobjekter har stilt spørsmål ved

⁴ Det er et avvik mellom dataene fra Norsk Helsenett og tallene som er presentert i Ukoms årsrapport for 2025. Dette gjelder både lovpålagte varsler, der Ukom rapporterer et høyere antall enn Norsk Helsenett (1 441 flere varsler), og varsler fra privatpersoner, der Ukom rapporterer et lavere antall enn Norsk Helsenett (488 færre varsler). Det er uklart hva som er årsaken til differansen, men en mulig forklaring er at forskjellen skyldes forhold ved registrering, behandling og/eller uttrekk av data. (Norsk helsenett SF, 2026; Ukom, 2026)

om dette medfører gjentatt og ikke-koordinert gjennomgang av samme type informasjon. Disse påpeker at denne måten å håndtere varsler og meldinger på gir en lite effektiv ressursbruk.

Dette ble også påpekt av Varselutvalget som skriver at «*Silingsprosessen tidlig i varselhåndteringen skal avklare hvilke henvendelser som oppfyller vilkårene i varselordningen, feilsendte henvendelser, graden av hast, henvendelser som skal følges på annen måte eller ikke følges opp. Tilbakemeldinger til utvalget indikerer at begge aktører bruker store ressurser på dette.*» (Varselutvalget, 2023, s. 126)

Parallele undersøkelser av samme hendelse og mottak av rapporter

I flere saker har det blitt gjennomført undersøkelser av samme hendelse av både Ukom og tilsynsmyndigheten. Disse kommer i tillegg til virksomhetenes interne hendelsesanalyse.⁵

PwC har snakket med flere helseforetak hvor samme hendelse har vært gjenstand for undersøkelse fra Ukom og tilsynsmyndigheten. En gjennomgående tilbakemelding fra disse er at de parallelle undersøkelsesprosessene er ressurskrevende og belastende for ansatte, og bidrar til gjentatte intervjuer, duplisering av dokumentasjon og redusert kapasitet til lokalt kvalitetsforbedringsarbeid som følge av at virksomhetene må håndtere de parallelle prosessene. Eksempler på slike parallelle prosesser omfatter blant annet sakene som omtales nærmere nedenfor. Hendelsene Ukom undersøker er anonymiserte, og PwC kan dermed ikke gjengi mer konkret hvilke virksomheter og hendelser det er snakk om.

At flere aktører har undersøkt samme hendelse var en kjent forutsetning da Ukom-loven ble vedtatt. I forarbeidene (Prop. 68 L (2016–2017), punkt 6.3.1) la HOD til grunn at undersøkelseskommisjonen «må finne sin plass ved siden av blant annet tilsynsmyndighetene og politiet», og at dette «nødvendigvis [vil] innebære at det i enkelte saker vil kunne være flere aktører som foretar undersøkelser av samme hendelse. Formålet med undersøkelsene vil imidlertid være noe ulik for tilsynsmyndighetene, politiet og en undersøkelseskommisjon.»

Flere aktører vi har snakket med mener at det finnes tematisk og kunnskapsmessig overlapp mellom Ukoms og tilsynsmyndighetenes undersøkelser av samme hendelser og temaer. I tillegg forteller ansatte i tjenestene at de har mottatt rapporter om samme problemområde fra flere aktører gjennom ulike kanaler, uten koordinert budskap eller læringsstøtte. Ukom understreker imidlertid at undersøkelser som bygger på samme hendelse og/eller tema som tilsynets, har hatt vesentlig andre funn og anbefalinger enn tilsynsmyndighetenes rapporter og derfor ikke er overlappende.

Gir parallelle prosesser komplementær kunnskap?

Når flere aktører undersøker de samme varslene og de samme hendelsene er det avgjørende spørsmålet om parallelliteten produserer komplementær kunnskap som rettfærdiggjør den samlede ressursbruken og belastningen på tjenestene.

⁵ At virksomhetene gjennomfører egne gjennomganger, er en lovpålagt plikt og en intendert del av systemet.

For å belyse dette har PwC gjennomgått fem tilfeller der begge aktører har publisert rapporter om samme hendelse og/eller temaområde, oppstilt i tabell 7.⁶ Utvalget representerer parallellitet på tre måter: (1) samme hendelse, (2) samme temaområde, og (3) både samme hendelse og temaområde. En fullstendig sammenligning av rapportenes problemforståelse, analysenivå, funn, anbefalinger og adressater er gjengitt i vedlegg 1.

#	Hendelse/tema	Parallellitet	Ukom-rapport	Tilsynsrapport
1	Skjerming og fysisk utforming av enheter i psykisk helsevern	Tema	Utforming av skjermingsenheter i det psykiske helsevernet (2021) + Festepunkter på pasientrom i psykisk helsevern (2021)	Landsomfattende tilsyn- forebygging og gjennomføring av skjerming i akuttavdelinger for psykisk helsevern for voksne (2022–2023)
2	Forverring og funksjonsfall hos hjemmeboende eldre	Tema	Funksjonsfall hos eldre som får hjemmetjenester (2024)	Risiko for at forverring hos hjemmeboende eldre ikke oppdages i tide (2025)
3	Manglende oppfangst av forverring ved gjentatte legevaktshenvendelser	Hendelse	Gjentatte henvendelser til legevakt (2024)	Avgjørelse i tilsynssak (2022)
4	Oppfølging av pasienter med alvorlig psykisk lidelse og voldsrisiko	Tema og hendelse	Helsehjelp til personer med alvorlig psykisk lidelse og voldsrisiko (2023)	Avgjørelse i tilsynssak + Tilsynsrapport (2021)
5	Grenseoverskridende seksuelle handlinger fra helsepersonell	Tema og hendelse	Overgrep forkledd som behandling (2024)	Avslutning av tilsyn (2023) + intern gjennomgang av tilsynssaker om seksuelle relasjoner og grenseoverskridende handlinger fra helsepersonell (2022)

Tabell 7 Oversikt over rapporter fra Ukom og andre aktører som dekker samme hendelser og/eller tematikk

Samlet viser sammenligningene at Ukom og tilsynsmyndigheten har undersøkt de samme problemområdene med ulik innretning og resultat. Forskjellene fremstår som uttrykk for at virksomhetene har ulike mandater, metoder og målgrupper. Vi ser følgende mønstre på tvers av tilfellene:

- *Ulik problemforståelse og innretning:* Tilsynsmyndighetens utgangspunkt er en lovlighets- og forsvarlighetsvurdering. Ukoms utgangspunkt er en læringsorientert undersøkelse av hva som kan forklare at svikt oppstår, uten å ta stilling til skyld eller ansvar. Dette gir to ulike, men beslektede kunnskapsbidrag om samme fenomen (særlig tydelig i eksempel 3 og 4, der samme hendelse undersøkes av begge aktører med ulik innretning).
- *Ulikt analysenivå:* Tilsynsmyndigheten analyserer i hovedsak på individ-, virksomhets- eller saksbehandlingsnivå, og vurderer den konkrete helsehjelpen eller virksomhetens styring opp mot regelverket. Ukom analyserer på system- og sektornivå, og bruker enkelthendelser som inngang

⁶ Utvalget av tilfeller er basert på innspill fra Ukom og tilsynsmyndigheten, der begge har spilt inn tre tilfeller hver. Siden ett tilfelle ble spilt inn fra begge parter, ble utvalget totalt fem tilfeller. Helsetilsynet spilte inn tilfelle 1, 2 og 4. Ukom spilte inn tilfelle 3, 4 og 5.

til å belyse bakenforliggende forhold på tvers av aktører og forvaltningsnivåer (særlig tydelig i eksempel 3, 4 og 5).

- *Ulike, men overlappende funn*: Funnene peker ofte i samme retning, for eksempel om dokumentasjon, samhandling, kompetanse og pårørendeinvolvering, men beskrives med ulik dybde og bredde. Tilsynsmyndigheten dokumenterer omfang og avvik fra krav, mens Ukom beskriver mekanismer og bakenforliggende årsaker. I eksempel 1 og 2 inngår Ukoms rapporter eksplisitt i tilsynets kunnskapsgrunnlag, i andre tilfeller belyser tilsynet og Ukom ulike sider av samme problemkompleks.
- *Ulike adressater og anbefalinger*: Tilsynsmyndighetens reaksjoner og pålegg er i hovedsak rettet mot den enkelte virksomhet eller kommune som er undersøkt. Ukoms anbefalinger er rettet mot nasjonale aktører, slik som departementer, direktorater, fagmiljøer og tilsynsmyndigheten. Sistnevnte handler oftere om strukturelle, regulatoriske eller faglige rammebetingelser. I tilfeller der Statsforvalteren konkluderer med lovlighet, gis det ingen anbefalinger, mens Ukom likevel identifiserer læringspunkter på systemnivå (særlig tydelig i eksempel 3 og 4).

Vi merker oss at forskjellene mellom Ukoms og tilsynets rapporter er størst i saker der Ukom går tverrsektorielt eller undersøker forvaltningsaktører som del av årsakskjeden (eksempel 1, 3, 4, 5 og 6). I saker der Ukom primært opererer på samme forvaltningsnivå som tilsynet, med begrenset tverrsektoriell analyse (eksempel 2), er forskjellene mindre.

4.2.4 Mandatets betydning for arbeidsform

Ukoms mandat bygger på havarikommisjonsmodellen og gir kommisjonen en uavhengig, ikke-sanksjonerende rolle med et bredt virkeområde. I det følgende beskriver vi hvordan mandatet er innrettet med hensyn til modellgrunnlag, uavhengighet, virkeområde og virkemidler for oppfølging, og hvordan dette beskrives av aktørene.

Havarikommisjonsmodellen som utgangspunkt

Lovutkastet i NOU 2015:11 bygget direkte på regelverket som gjelder for Statens havarikommisjon, særlig vegtrafikkloven kapittel VII med tilhørende forskrift og instruks. Formuleringen «undesøkelsene skal avdekke hendelsesforløp, årsaker og systemfaktorer, for å bidra til læring og forebygging av nye hendelser» er en tilnærmet kopi av § 44 i vegtrafikkloven, som slår fast at «Undersøkelsesmyndigheten skal klarlegge hendelsesforløp og årsaksfaktorer med formål å forbedre trafikksikkerheten». Denne tilnærmingen ble videreført i Prop. 68 L (2016–2017), hvor HOD eksplisitt la havarikommisjonsmodellen til grunn for Ukoms mandat og arbeidsform.

Parallellen til Statens havarikommisjon er også et gjennomgående tema i intervjuer med ansatte i Ukom. Flere omtaler Ukom som «helsesektorens svar på Havarikommisjonen». Den valgte modellen innebærer at Ukom er innrettet for å løse samfunnsoppdraget på samme måte som Havarikommisjonen:

undersøkelsene tar utgangspunkt i konkrete hendelser eller hendelsesmønstre, og formålet er å klarlegge hendelsesforløp, bakenforliggende årsaker og systemfaktorer for å lære – ikke for å plassere skyld eller vurdere ansvar hos enkeltaktører.

Formell uavhengighet

Ukoms uavhengighet er hjemlet i Lov om Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten § 4 og er også gjengitt i Ukoms instruks: «*Ukom er et forvaltningsorgan administrativt underlagt departementet, men skal utføre sine oppgaver uavhengig og selvstendig. Ukom kan ikke instrueres i faglige spørsmål.*» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 2). I motsetning til hva som gjelder for Helsedirektoratet og Helsetilsynet, gir Ukom-loven heller ikke HOD hjemmel til å gi undersøkelseskomisjonen spesielle oppgaver.

I helsetilsynsloven er ikke uavhengigheten beskrevet på samme måte, men i Helsetilsynets hovedinstruks står det: «Statens helsetilsyn (Helsetilsynet) er en faglig uavhengig virksomhet og har det overordnede faglige tilsynet med helse- og omsorgstjenester, barnevern, sosiale tjenester, folkehelsearbeid og omsorgen for enslige mindreårige i asylmottak» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2025).

HOD viser til at begge virksomhetenes instruks er utformet slik at virksomhetene står faglig uavhengig i sine vurderinger, og at ingen av dem kan instrueres i enkeltsaker eller faglige konklusjoner. Samtidig understreker HOD at det kan gi overordnede instruks om systemer, rutiner og styringsprosesser overfor begge etater, på lik linje med andre underliggende virksomheter. Gjennom tildelingsbrev og styringsdialog kan HOD også gi føringer om prioriteringer.⁷ HOD vurderer på dette grunnlaget at det ikke er en vesensforskjell i uavhengighet mellom Ukom og Helsetilsynet.

Betydningen av Ukoms virkeområde

Selv om begge virksomhetene har en formelt forankret faglig uavhengighet, er virkeområdet for undersøkelsene ulikt avgrenset. Denne forskjellen har betydning for forståelsen av hva uavhengigheten skal muliggjøre.

Etter Ukom-loven § 2, lest i lys av forarbeidene (Prop. 121 L (2018–2019)), skal kommisjonen undersøke alvorlige hendelser og forhold i helse- og omsorgstjenesten i vid forstand. Forarbeidene presiserer at undersøkelseskomisjonen også kan undersøke instanser som ikke selv yter helse- og omsorgstjenester, men som har ansvaret for forhold som kan være en årsaksfaktor i hendelsen – herunder de regionale helseforetakene, Statens helsetilsyn, Helsedirektoratet og HOD. Enhver har forklaringsplikt overfor Ukom, uavhengig av hvor vedkommende er ansatt. Til sammenligning er

⁷ Eksempelvis sier ukomloven § 4 at «Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om organiseringen av undersøkelseskomisjonen». Denne forskriftsbestemmelsen er per dags dato ikke benyttet.

tilsynsmyndighetenes virkeområde avgrenset til helse- og omsorgstjenesten; Statens helsetilsyn og statsforvalterne kan ikke føre tilsyn med for eksempel Helsedirektoratet eller HOD.

Ukom beskriver selv at sitt brede virkeområde forutsetter en uavhengig stilling fra det systemet kommisjonen skal undersøke:⁸ Uavhengighet er ikke et mål i seg selv, men en nødvendig forutsetning for at kommisjonen skal kunne stille kritiske spørsmål til styring, regulering, finansiering og praksis i sektoren – også når svarene berører myndighetene selv.

Informanter internt Ukom og hos samarbeidende myndigheter, peker på at praktiseringen av uavhengighet, der Ukom skal ha en avstand til det systemet kommisjonen skal undersøke, tidvis har gått på bekostning av dialog og samhandling. Dette har ifølge informantene bidratt til avstand både til HOD og til tilsynsmyndighetene. De peker også på at Ukoms geografiske plassering utenfor Oslo har forsterket denne avstanden ved å redusere uformell kontakt og løpende koordinering med sentrale myndigheter.

Virkemidler for oppfølging

Ukom-loven gir kommisjonen rett til å publisere rapporter og formidle læringspunkter, men ikke myndighet til å gi pålegg eller fatte vedtak overfor virksomheter i tjenesten. Loven pålegger heller ikke adressatene å rapportere tilbake om gjennomføring av anbefalinger, og det er ikke utpekt noen instans som systematisk etterspør status på oppfølging.

Representanter fra tjenestene peker på at denne innretningen gjør at anbefalingene ofte havner utenfor de etablerte forbedrings- og styringsmekanismene i helseforetakene. Anbefalingene inngår ikke i tildelingsbrev, styringsdialog eller virksomhetenes rapporteringsforpliktelser, og det er opp til den enkelte virksomhet om og hvordan de følges opp.

4.3 PwCs vurdering av Ukoms samfunnsoppdrag

Nedenfor gir vi vår vurdering av Ukoms samfunnsoppdrag mot de fire evalueringskriteriene som ble presentert innledningsvis. Vurderingene bygger på observasjonene i kapittel 4.2.

Overordnet vurderer PwC at dagens organisering, roller og ansvar har noen svakheter som gjør at det totale systemet for å undersøke og forebygge alvorlige hendelser ikke fungerer etter hensikten. Utfordringene knytter seg til fire gjensidig forsterkende forhold som beskrives nedenfor.

⁸ Statens havarikommisjon understreker det samme i sitt høringsinnspill til Varselutvalgets rapport (Statens havarikommisjon, 2023).

4.3.1 Rollene er tydelig i lov, men utydelige i praksis

E1: Ukoms rolle og ansvar er tydelig avgrenset mot tilsynets

PwC vurderer at rolle- og ansvarsfordelingen mellom Ukom, Helsetilsynet og statsforvalterne i praksis er mindre tydelig enn det lovverket legger opp til. Uklarheten skyldes ikke primært mangler i det rettslige rammeverket, men en kombinasjon av tre forhold: (1) Helsetilsynets metodiske utvikling mot lærings- og forbedringsorienterte arbeidsformer, (2) tematisk overlapp i undersøkelsesobjekter og (3) varierende kjennskap til Ukom i tjenestene.

Den nye meldeordningen vil etter vår vurdering forsterke behovet for tydelig rolleavklaring. Når virksomhetene får et mer helhetlig ansvar for hendelsesgjennomganger, samtidig som statsforvalterne og Helsetilsynet får nye oppgaver og ansvaret for læring og forbedring løftes inn i formålsparagrafen, kan dette skape ytterligere uklarhet om hvordan Ukoms undersøkelser skiller seg fra tilsynets analyser og statsforvalternes oppfølging. Uten en samlet rolleavklaring risikerer man at uklare roller videreføres eller forsterkes.

4.3.2 Parallelle prosesser gir komplementær kunnskap, men er ressurskrevende

E2: Arbeidsdelingen mellom Ukom, Helsetilsynet og statsforvalterne er hensiktsmessig.

Ukom og tilsynsmyndigheten gjennomfører parallelle prosesser i tre ledd: varselhåndtering, undersøkelser av samme hendelser og temaer, og publisering av analyser på overlappende temaområder. Parallellitet kan være riktig, forutsatt at prosessene gir komplementær kunnskap som står i rimelig forhold til den samlede ressursbruken og belastningen på tjenestene.

Rapportgjennomgangen omtalt i kapittel 4.2.3 viser at Ukom i de fleste undersøkte tilfellene bidrar med andre perspektiver og til dels annen kunnskap enn tilsynsmyndigheten når aktørene undersøker samme hendelser eller temaer. Det gjelder særlig gjennom tverrsektoriell analyse som spenner over flere forvaltningsnivåer, et bredere systemperspektiv som gir andre konklusjoner enn tilsynets lov- og forsvarlighetsvurdering og undersøkelse av forvaltningsaktører som del av årsakskjeden. På sitt beste spiller aktørene også sammen, ved at funn og anbefalinger fra Ukom inngår i tilsynets kunnskapsgrunnlag og følges opp i påfølgende tilsyn.

PwC mener likevel at gjennomgangen gir grunnlag for å spørre om dagens arbeidsdeling gir en hensiktsmessig ressursutnyttelse. Etter vår vurdering er det rom for tydeligere koordinering i utvelgelse, gjennomføring og publisering av undersøkelser om de samme hendelsene og sammenfallende temaer. Vi baserer det på tre forhold.

For det første var parallelle prosesser en kjent og tilsiktet forutsetning da loven ble vedtatt. Forarbeidene legger uttrykkelig til grunn at aktørene «skal innrette sin virksomhet slik at dobbeltarbeid begrenses mest mulig» (Prop. 68 L, punkt 6.3.1). Etter PwCs vurdering er denne forutsetningen ikke oppfylt i praksis. Det foreligger ingen etablerte mekanismer for samlet prioritering av hendelser eller undersøkelsestemaer eller koordinering av publiseringstidspunkt, som minimerer unødig dobbeltarbeid og sikrer at rapportene samlet gir reell merverdi for tjenestene.

For det andre sammenstilles ikke innsikten fra de to sporene systematisk. Når Ukom og tilsynsmyndigheten undersøker samme problemområde med ulik metode og innretning, ligger det en betydelig læringsverdi i å se funnene i sammenheng. I dag overlates denne sammenstillingen til mottakerne av rapportene.

For det tredje innebærer arbeidsdelingen med parallelle spor en belastning på tjenestene som ikke alltid står i rimelig forhold til merverdien. De involverte tjenestene utsettes for gjentatte undersøkelser og mottar rapporter fra ulike aktører om samme problemområde, og i enkelte tilfeller samme hendelse, uten at det foreligger en samlet prioritering, koordinert publiseringstidspunkt eller felles forventning om oppfølging. For tjenester som allerede er presset på kapasitet, gir dette en risiko for at forbedringsarbeidet fragmenteres snarere enn styrkes.

4.3.3 Samhandling har vært mangelfull

E3: Samhandlingen mellom Ukom og tilsynet understøtter et effektivt samlet system for pasientsikkerhet.

PwC vurderer at samhandlingen mellom Ukom og tilsynsmyndigheten ikke i tilstrekkelig grad understøtter et effektivt samlet system for å lære av og forebygge alvorlige hendelser.

Gjennomgangen viser at det har vært samarbeid på toppledernivå og faglig nivå mellom Ukom og Helsetilsynet, men relasjonen på toppledernivå har vært preget av skepsis og begrenset informasjonsdeling. Indirekte og direkte fremgår det i samtaler en mistillit til hverandres intensjoner og hensikt. Ukom opplever at de fra starten har måttet rettferdiggjøre egen eksistens og rolle, mens Helsetilsynet opplever at Ukom legger mer vekt på sin uavhengighet og mandat til å undersøke tilsynsmyndigheten snarere enn å fokusere på at de to aktørene kan samarbeide og spille hverandre gode. Det er ingen formalisert kontakt mellom Ukom og Statsforvalterne. Når offentlige virksomheter med overlappende undersøkelsesobjekter opererer parallelt uten effektive samordningsmekanismer, svekkes systemets samlede evne til å omsette kunnskap til faktisk forbedring og etablere en samlet innsats overfor tjenestene. PwC mener også at det kan svekke tilliten til systemet, når virksomheter, helsepersonell og befolkning opplever at myndighetsaktører opptrer ukoordinert og uten et tydelig mål om å bruke ressursene effektivt.

Ukom har mandat om å undersøke hele systemet, inkludert forvaltningsorganer og tilsynsmyndigheter som inngår i årsakskjeden bak alvorlige hendelser. Derfor har det vært viktig for kommisjonen å sørge

for «avstand til det systemet den skal undersøke». PwC vurderer imidlertid at kommisjonen har praktisert denne uavhengigheten strengt, og dermed i praksis har begrenset dialogen mer enn det regelverket forutsetter. Avstanden kommisjonen skal ha til det systemet den skal undersøke, trenger ikke være til hinder for strukturerte samarbeidsflater og informasjonsdeling. Havarikommisjonen, som Ukoms modell er bygget på, har lang erfaring med formalisert trepartssamarbeid, noe som viser at en slik uavhengighet kan kombineres med samhandling.

Vi merker oss Ukoms argument om at uavhengigheten er nødvendig for å kunne undersøke tilsynsmyndigheten selv. Imidlertid mener PwC at det også finnes andre aktører med slik mulighet, for eksempel Riksrevisjonen.

4.3.4 Mandat begrenser gjennomslagskraft

E4: Ukoms mandat gir tilstrekkelige forutsetninger for at kommisjonen kan levere på sitt samfunnsoppdrag.

PwC vurderer at Ukoms mandat bare delvis gir tilstrekkelige forutsetninger for å levere på samfunnsoppdraget om å bedre pasient- og brukersikkerheten. Vi knytter dette til to forhold; at havarikommisjonsmodellens har begrenset overføringsverdi til helsesektoren og fraværet av mekanismer for oppfølging av anbefalinger.

Havarikommisjonsmodellen har noen begrensninger i helsesektoren

Ukoms lovgrunnlag er tilnærmet likt havarikommisjonsregelverket og legger samme arbeidsform til grunn: ta utgangspunkt hendelser, rekonstruere hendelsesforløpet, identifisere årsaksfaktorer og formulere anbefalinger som skal forhindre gjentakelse.

Denne tilnærmingen forutsetter at det finnes avgrensede, identifiserbare hendelser med årsaksforløp som er mulige å rekonstruere, og at læringspunktene er generaliserbare nok til å ha verdi for flere aktører. Etter PwCs vurdering holder denne forutsetningen bare delvis i helsesektoren, av tre grunner:

- *Kausaliteten er mer kompleks og mindre teknisk.* Selv om også SHK undersøker hendelser med komplekse årsaksforhold, dreier deres undersøkelser seg ofte om hendelser som er tids- og stedsavgrensede, og hvor årsakskjedene lar seg rekonstruere ut fra et identifiserbart hendelsesforløp. I helsesektoren oppstår mange alvorlige hendelser i komplekse, langstrakte pasientforløp der klinisk skjønn, samhandling mellom mange aktører og kumulative risikofaktorer gjør det vanskelig å isolere enkeltfaktorer. Hendelsene kan strekke seg over uker, måneder eller år. Ukoms systemanalyser blir derfor nødvendigvis mer kvalitative og fortolkende enn Havarikommisjonens.

- *Populasjonen av hendelser er langt større.* Havarikommisjonen har delvis lovpålagt undersøkelsesplikt og opererer i sektorer med relativt få alvorlige hendelser. Helsesektoren har derimot flere tusen alvorlige uønskede hendelser og pasientskaderelaterte dødsfall årlig. Ukom kan bare undersøke en svært liten andel, og den samlede læringseffekten av et begrenset antall undersøkelser blir dermed en vedvarende metodisk utfordring.
- *Anonymisering svekker treffsikkerheten.* Havarikommisjonen navngir operatører, fartøy og aktører i sine rapporter, slik at mottakerne kjenner seg igjen og kan eie anbefalingene. Ukom anonymiserer derimot hendelser og undersøkelsesobjekter. Dette er en nødvendig konsekvens av personvern, pasientrettigheter, konfidensialitet og sensitive opplysninger. Konsekvensen er at flere aktører kan kjenne seg truffet uten at noen opplever seg som eier av anbefalingen.

Lovgiver har delvis kompensert for disse særtrekkene gjennom en bredere mandatformulering enn havarikommisjonens: kategorien «alvorlige forhold» gir Ukom hjemmel til å undersøke systemproblemer uten én utløsende hendelse. Dette skaper samtidig en spenning i modellen, ved at arbeidsformen og det metodiske rammeverket er innrettet for hendelsesbasert analyse, mens mandatet åpner for noe bredere. Ukom har i praksis utnyttet dette rommet gjennom temaundersøkelser, men spenningen mellom modellens opphav og sektorens betingelser består.

Havarikommisjonens arbeidsform har utviklet seg over tiår i et institusjonelt landskap der rollefordelingen mellom undersøkelse og tilsyn er etablert og i hovedsak avklart. Luftfartstilsynet, Sjøfartsdirektoratet, Statens vegvesen og Statens jernbanetilsyn har tydelig avgrensede roller, og formaliserte trepartssamarbeid sikrer at sikkerhetstilrådinger inngår i etablerte styringsstrukturer.

Ukom har derimot måttet etablere sin arbeidsform i et tettere og mer overlappende institusjonelt landskap. Grenseflatene mot tilsynsmyndigheten er uavklarte i praksis, og samhandlingsstrukturene er svake. Hvor godt arbeidsformen virker, kan ikke vurderes uavhengig av de institusjonelle rammene den opererer innenfor. Det som fungerer godt i transportsektorens oversiktlige landskap, lar seg ikke uten videre overføre til et system der rollefordelingen mellom undersøkelse, tilsyn og læring fortsatt er i utvikling.

Manglende mekanismer for oppfølging av anbefalinger

Ukoms anbefalinger er ikke rettslig bindende, og kommisjonen har ingen virkemidler for å sikre at anbefalinger mottas, behandles eller følges opp. Det finnes heller ingen instans som systematisk etterspør status på oppfølgingen. Konsekvensen er at anbefalingene i begrenset grad inngår i forvaltningens etablerte styrings- og forbedringssløyfer. Det finnes eksempler på at funn og anbefalinger fra Ukoms rapporter tas inn i styringsdialogen eller i oppdragsdokumenter, men dette skjer ikke systematisk, og det er heller ingen fast mekanisme for å følge opp status på anbefalingene over tid.

Til sammenligning følger Havarikommisjonen opp sine sikkerhetstilrådinge gjennom systematisk halvårlig statusrapportering, der hver tilråding kategoriseres som åpen, delvis fulgt opp eller lukket. Havarikommisjonen har også et formalisert trepartssamarbeid med tilsynsorganer og departementer som sikrer at tilrådinge tas inn i etablerte styringsstrukturer. Disse mekanismene virker uten at det går på bekostning av Havarikommisjonens uavhengighet.

5 Ukoms måloppnåelse

5.1 Evalueringsramme og kriterier

Dette delkapittelet ser på i hvilken grad Ukom har levert på sine oppgaver definert i de årlige tildelingsbrevene fra HOD. Tildelingsbrevene utgjør de sentrale styringsdokumentene for Ukom og presiserer de konkrete oppgavene som forventes gjennomført hvert år. Siden oppdragene har vært konsistente over tid, gir tildelingsbrevene et referansepunkt for vurderingen av Ukoms måloppnåelse.

På tvers av tildelingsbrevene for perioden 2019–2025 fremkommer tre gjennomgående kjerneoppgaver. Disse er operasjonalisert som følgende evalueringskriterier:

- E5: Ukom gjennomfører uavhengige undersøkelser av alvorlige hendelser, med systematisk involvering av pasienter og pårørende
- E6: Ukom formidler kunnskap og bidrar til læring, blant annet gjennom læringspunkter og deltakelse på sentrale arenaer.
- E7: Ukom bygger relasjoner og samarbeid med tjenestene, tilsynsmyndigheter, bruker- og pårørendeaktører, nasjonale og internasjonale (pasient)sikkerhetsaktører.

Delkapittelet er todelt. Først (5.2) beskriver vi hvordan Ukom har levert på hver av kjerneoppgavene og hvordan gjennomføringen av oppgavene har utviklet seg i perioden 2019–2025. Deretter vurderer vi Ukoms måloppnåelse (5.3).

5.2 Observasjoner

5.2.1 Gjennomføre uavhengige undersøkelser

Ukom skal gjennomføre uavhengige undersøkelser som dekker både spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester, med involvering av pasienter og pårørende. Nedenfor går vi gjennom hvordan Ukom har jobbet i henhold til de sentrale delene av undersøkelsesprosessen – fra å motta varsler og meldinger til å produsere rapporter.

Mottak og behandling av varsler og meldinger

Fra 1. mai 2019 startet Ukom med å motta og håndtere lovpålagte varsler og bekymringsmeldinger. I etableringsåret mottok Ukom 449 lovpålagte varsler fra helsepersonell og 80 bekymringsmeldinger. Det ble utviklet en grunnleggende prosess for mottak, registrering og vurdering av innkomne varsler og meldinger, og disse ble kategorisert etter tema for å kunne brukes i videre prioriteringer og analyser. Ukoms arbeid med mottak og behandling av varsler og meldinger har utviklet seg gradvis siden.

I 2020 ble mottaksarbeidet videreutviklet og organisert i et fast mottaksteam med ansvar for å registrere, kategorisere og presentere varsler og bekymringsmeldinger for ledergruppen og for utvalgelsesmøter. Alle medarbeidere skulle periodevis inngå i mottaksteamet for å sikre bred innsikt i sakstilfanget. Varselvolumet økte til 949 varsler og meldinger ved utgangen av året, herunder 871 lovpålagte varsler fra helsepersonell og 81 bekymringsmeldinger.

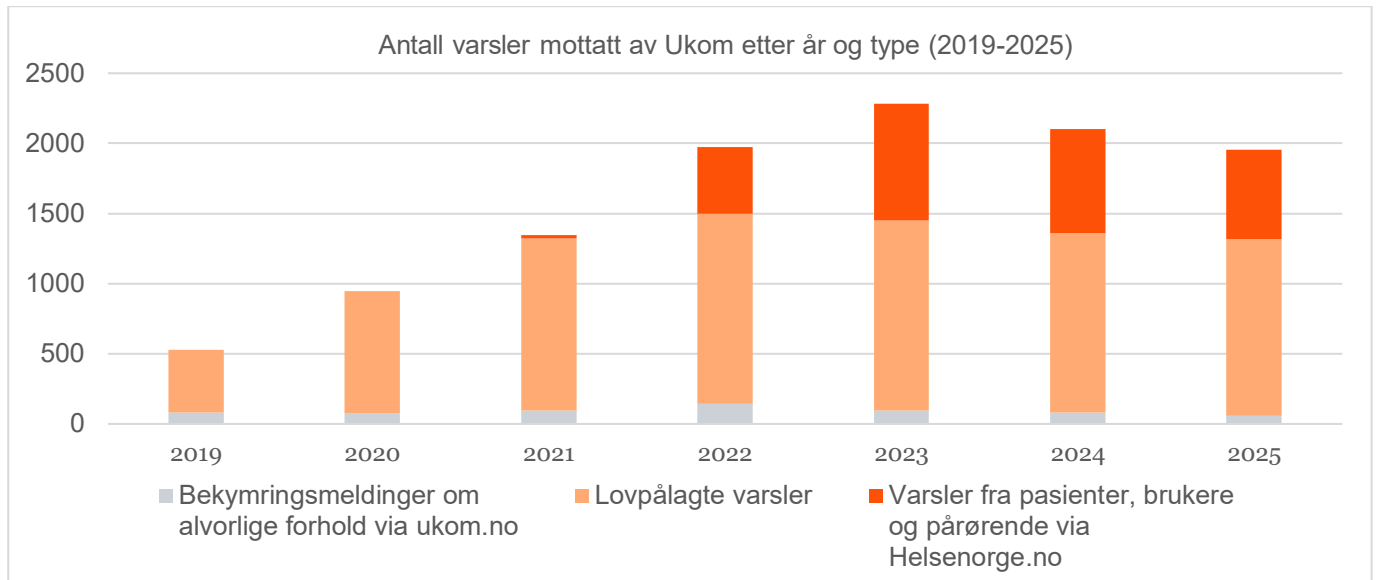
I 2021 fortsatte utviklingen av mottaksfunksjonen med særlig vekt på bedre tilbakemeldinger til innmelder og videreutvikling av kategoriseringssystemet. Ukom mottok til sammen 1348 varsler i 2021, herunder 1 225 lovpålagte varsler fra helsepersonell, 27 varsler fra pasienter, brukere og pårørende via Helsenorge.no og 96 bekymringsmeldinger via Ukom.no (Ukom, 2022). Det samme året fikk privatpersoner, som inkluderer blant annet pasienter brukere og pårørende, mulighet til å melde inn alvorlige hendelser direkte til Ukom via Helsenorge.no, noe som utvidet tilfanget av meldinger betydelig. Ukom arbeidet med å gjøre meldeordningen mer brukervennlig både før og etter lanseringen. Varslene skulle i større grad fordeles etter tjenestenivå og tematiske områder for å gi et bedre bilde av hvor ulike typer hendelser oppsto.

I 2022 etablerte Ukom et strukturert saksarkiv basert på NOKUP (Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser). Arkivet gjorde det mulig å systematisere meldingene mer detaljert og identifisere risikoområder på tvers av institusjoner og nivåer i helsetjenesten. Ukom bidro samtidig til forbedringer i de digitale meldeportalløsningene, blant annet på Helsenorge.no og Melde.no. Varselvolumet fortsatte å stige. Ukom mottok totalt 1 974 varsler og meldinger, herunder 1 357 lovpålagte varsler fra helsepersonell, 474 varsler fra pasienter, brukere og pårørende og 143 bekymringsmeldinger.

Ifølge Ukoms årsrapport for 2023, ga erfaringene fra tidligere år, kombinert med det strukturerte saksarkivet, et bedre grunnlag for å prioritere hvilke varsler som skulle lede til undersøkelser og hvilke områder som krevde særlig oppmerksomhet (Ukom, 2024). Varsler og meldinger ble også brukt aktivt som datagrunnlag i dialog med helse- og omsorgstjenesten, og som grunnlag for utforming av undersøkelsesplaner. Ukom mottok til sammen 2 285 varsler og bekymringsmeldinger i 2023 det høyeste antallet til da. Av disse var det 1 353 lovpålagte varsler, 834 varsler fra pasienter, brukere og pårørende og 98 bekymringsmeldinger.

I løpet av årene 2024 og 2025 var det en nedgang i antall varsler og meldinger. I 2024 var det totale volumet av varsler og meldinger 2 103, herunder 1 278 lovpålagte varsler, 741 varsler fra pasienter, brukere og pårørende, samt 84 bekymringsmeldinger. I 2025 var det totale volumet av varsler og meldinger 1 953⁹, herunder 1 257 lovpålagte varsler, 639 varsler fra pasienter, brukere og pårørende, samt 60 bekymringsmeldinger.

⁹ I årsrapporten for 2025 fremgår det at en teknisk feil medførte tap av anslagsvis 20-40 bekymringsmeldinger i perioden januar-juni 2025 (Ukom, 2026)



Figur 6 Antall varsler mottatt av Ukom etter år og type (2019-2025)

Det samlede volumet av varsler og meldinger til Ukom viser en tydelig vekstfase fra 2019 til 2023, etterfulgt av en moderat nedgang i 2024–2025. Toppunktet ble nådd i 2023 med 2 285 innkomne varsler og meldinger. Veksten mellom 2019-2023 ble i hovedsak drevet av to forhold: en dobling i lovpålagte varsler fra 2019 til 2022 (deretter utflating på ca. 1 250–1 360 årlig), og introduksjonen av pasient- og pårørendekanalene via Helsenorge.no i 2021. Sistnevnte utgjorde på det meste over 40 prosent av totalvolumet før den falt tilbake til et lavere nivå. Bekymringsmeldinger via ukom.no har gjennom hele perioden utgjort en marginal andel (60–143 årlig).

Utvelgelse av saker

Ifølge Ukoms prosess- og metodebeskrivelser kommer saker som vurderes for undersøkelse enten fra varslingsordningen, direkte henvendelser, media, fagmiljøer og pasient- og brukerorganisasjoner (Ukom, 2026). Sakene velges basert på om de representerer alvorlige hendelser eller alvorlige forhold med systemrisiko og nasjonalt læringspotensial. Hendelser og tema vurderes etter alvorlighet, generaliserbarhet og læringspotensial, og løftes til bredere drøfting før ledergruppen beslutter hvilke saker som skal undersøkes nærmere. Ansatte beskriver at Ukom over tid har gått over til mer skjønnsbaserte vurderinger, der kvantitative indikatorer kombineres med faglige vurderinger av tematikk, sårbare grupper og mulighet for systemlæring.

I spørreundersøkelsen blant ansatte i Ukom fremkommer det at et flertall opplever kriteriene for utvalg av saker som tydelige, hvor 60 prosent svarer at de er «enig» og 5 prosent at de er «helt enig». Flertallet oppgir også at de i stor grad forstår de vurderingene ledelsen gjør når det gjelder hvilke saker Ukom velger å gå videre med, der 37 prosent svarer «enig» og 26 prosent «helt enig». Når resultatene brytes ned på grupper, viser imidlertid dataene en forskjell mellom ledergruppen og øvrige ansatte. Ved kvantisering av svaralternativene, der «Helt uenig» tilsvarer 1 og «Helt enig» tilsvarer 5, har ledergruppen et gjennomsnitt på 4,4 for hvor godt de forstår ledelsens vurderinger i forbindelse med utvalg av saker, mens det tilsvarende gjennomsnittet for øvrige medarbeidere er 3,42. Dette understøttes

av innsikt fra intervjuene der flere ansatte har fortalt at enkelte saker og tematiske innspill kommer inn på uformelle måter, blant annet gjennom andre personer eller medier.¹⁰

Flere ansatte understreker overfor PwC at Ukom bevisst avstår fra saker som preges av mulige lovbrudd eller tydelige individuelle feil, fordi slike forhold ligger innenfor tilsynsmyndighetenes ansvarsområde. I noen tilfeller beskriver ansatte i Ukom at de har valgt å ikke gå inn i en sak fordi Helsetilsynet allerede undersøkte den, mens de i andre tilfeller har undersøkt saker selv om Helsetilsynet hadde konkludert med at det ikke forelå uforsvarlig praksis, fordi Ukom vurderte at det likevel fantes læringspunkter.

Flere eksterne informanter, både fra tjenesten og forvaltningen, opplever at Ukom har valgt relevante og gjenkjennelige saker for undersøkelse. Samtidig påpeker de at det fra utsiden kan virke uklart hvorfor enkelte saker og temaer blir prioritert, og noen rapporter oppfattes som smale eller lite representative med tanke på den brede variasjonen i pasientsikkerhetsutfordringer. De uttrykker også et ønske om at Ukom i større grad retter temavalget mot gjennomgående og tverrgående samfunnsutfordringer, for eksempel pasientoverganger, digitalisering eller strukturelle risikoområder, fremfor enkeltstående hendelser.

Informanter fra pasient-, bruker- og pårørendeorganisasjoner, samt profesjonsforeninger, trekker frem at Ukom har gjort gode valg av tematikk innen psykisk helse, rus og områder hvor sårbare grupper ellers lett kan bli oversett.

Metode for gjennomføring av undersøkelse

Siden etableringen i 2019 har Ukom utviklet en egen granskningsmetodikk. Metodikken er i stor grad egenutviklet og har blitt til gjennom erfaring, refleksjon og interne diskusjoner. Metoden er inspirert av andre granskingsmiljøer, og fag- og forskningsmiljøer innenfor sikkerhetsfaget.

Ukoms undersøkelsesmetode er i egne metodedokumenter beskrevet som en strukturert prosess som omfatter datainnsamling, analyse og rapportskrivning (Ukom, 2026). Undersøkelsene bygger på en kombinasjon av kvalitative intervjuer og gjennomgang av skriftlig dokumentasjon, journaler, styringsdokumenter og annen relevant informasjon.

I metodebeskrivelsene fremgår det at intervjuer er en sentral kilde i undersøkelsene. Intervjuene brukes til å innhente informasjon om hendelsesforløp, vurderinger, beslutninger og rammebetingelser, og gjennomføres med pasienter, pårørende, helsepersonell, ledere og andre relevante aktører. Intervjudata systematiseres og analyseres sammen med øvrig dokumentasjon. Ukom beskriver at pasienter og

¹⁰ Nye prosesser for prioritering og utvelgelse ble iverksatt ved årsskiftet 2025/2026, med formål om å gi mer transparens og forutsigbarhet i utvelgelse av saker.

pårørende som hovedregel kontaktes og gis anledning til å bidra med sine erfaringer og perspektiver i undersøkelsene, men at omfanget og formen på involveringen tilpasses den enkelte sak.

Ukom benytter systemorienterte rammeverk og analyseverktøy i analysearbeidet. SEIPS¹¹-modellen er beskrevet som et overordnet rammeverk for undersøkelsesprosessen, og kombineres med blant annet tidslinjeanalyser og årsakskartlegging for å identifisere samvirkende faktorer og bakenforliggende forhold på systemnivå. Valg av analyseverktøy tilpasses den enkelte undersøkelsen og tilgjengelig datagrunnlag.

Undersøkelsene organiseres som prosjektbasert arbeid med tverrfaglig sammensatte team. Arbeidet med rapportene skal følge en fast struktur med interne gjennomganger og kvalitetssikring før publisering. Metodebeskrivelsene viser at berørte aktører skal involveres underveis i undersøkelsene. Dette omfatter kontakt med pasienter og pårørende, samt dialog med virksomheter og fagmiljøer gjennom møter og drøftinger. Funn og analyser skal diskuteres før rapportene ferdigstilles.

I spørreundersøkelsen til ansatte i Ukom vurderer de fleste at rammeverket for å gjennomføre undersøkelser er tydelig definert (30 prosent enig og 50 prosent helt enig) og godt egnet for gjennomføring av undersøkelser (32 prosent enig og 32 prosent helt enig).

Bruk av refleksjonspanel

Ukom opprettet i 2019 et refleksjonspanel for å sikre at kommisjonens undersøkelser skulle ha relevans og nytte for helse- og omsorgstjenesten. Panelets primære oppgave var å gi innspill til Ukoms strategiske valg og prioriteringer, samt bidra til utviklingen av fag- og rolleutøvelse for å bidra til at kommisjonens undersøkelser ville være relevante og nyttige for helse- og omsorgstjenesten (Ukom, 2024). Panelet skulle bestå av 15–16 personer med ulik bakgrunn og erfaring, slik at et bredt spekter av perspektiver ble ivaretatt. Dette inkluderte blant annet representanter med pasient- og brukererfaring, helseforvaltning, forskning, gransking, etikk og helsejuss. Ukom har videreført refleksjonspanelet frem til i dag, med regelmessig utskifting av panelets medlemmer.

Refleksjonspanelet har gitt innspill til hvordan Ukom utøvde sitt samfunnsoppdrag, med særlig vekt på valg av tema og metode, samt prioritering av innsats. I tillegg har panelet gitt tilbakemeldinger på utkast til Ukoms rapporter. Panelet har ikke hatt instruksjonsmyndighet overfor Ukom, men har fungert som et kritisk korrektiv til kommisjonens arbeid.

Antall rapporter og tematisk innhold

I forarbeidene til Ukomloven (NOU 2015: 11, s. 276) ble det antydnet en forventning om at Ukom med en minimumsbemanning på 20 årsværk og ca. 40 millioner kroner i årlig budsjett, ville kunne gjennomføre 20-25 undersøkelser per år. Det ble samtidig påpekt at dette ville avhenge av hvor omfattende hver undersøkelse skulle være, og at kommisjonen selv bør avgjøre omfanget av saker innenfor

¹¹ Systems Engineering Initiative for Patient Safety

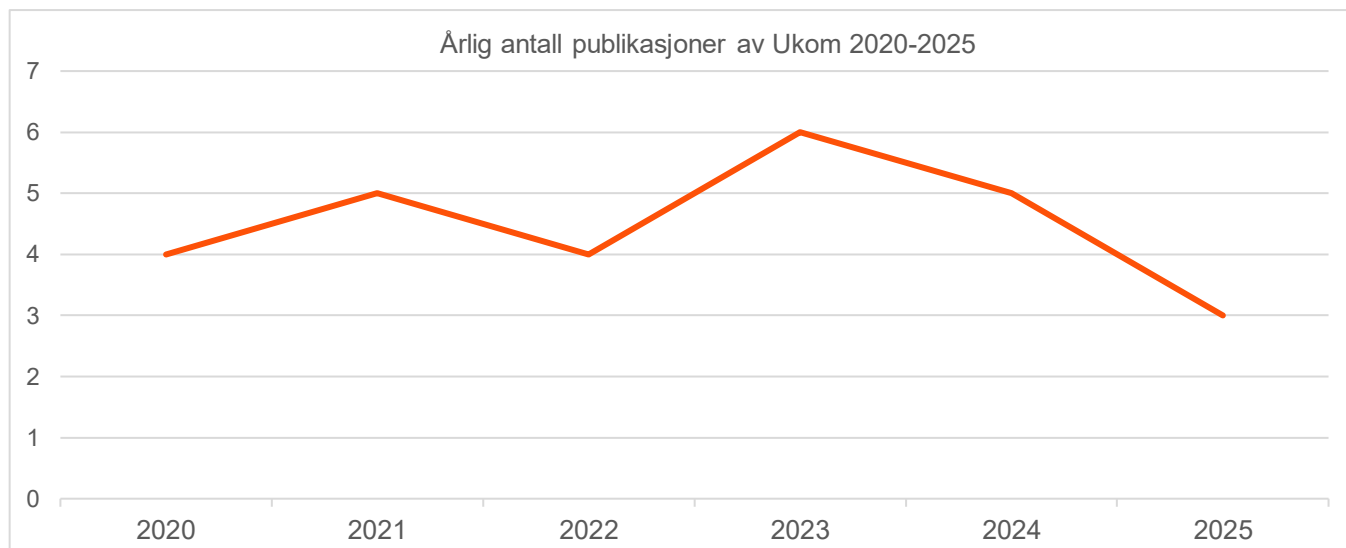
ressursrammen. Vi har fått beskrevet av Ukom at det allerede tidlig etter oppstart i 2019 ble avklart med HOD at antallet på 20 saker i året ikke var realistisk, og at faktisk antall undersøkelser ville ligge betydelig lavere. Slik vi har forstått det, skyldes dette at Ukom ønsket brede gjennomganger med overføringsverdi til andre deler av tjenesten, fremfor et høyt antall smalere undersøkelser. Vi finner ikke at HOD har gitt føringer eller forventninger i tildelingsbrev om antall saker og undersøkelser som Ukom skal gjennomføre. Dette mener vi er i tråd med Ukoms faglige uavhengighet.

Ukoms arbeid med undersøkelser og rapporter har utviklet seg gradvis gjennom perioden 2019–2025. I 2019 startet Ukom sine første undersøkelser etter at varslingsmottaket kom i drift 1. mai. Tabellen nedenfor gir en oversikt over rapportene som er produsert i perioden.

Rapport nr.	År	Tema
1	2020	Kartlegging av sikringsbehov i norske helsebygg
2	2020	Pasientsikkerhet i akuttpsykiatrisk døgnbehandling
3	2020	Pasientsikkerhet ved akutt alvorlig sykdom hos barn
4	2020	Samhandling om ungdom med psykiske helseutfordringer
5	2021	Fysisk utforming av skjermingsenheter i psykisk helsevern
6	2021	Sikkerhet på pasientrom i psykisk helsevern
7	2021	Oppfølging av sårbare flyktningfamilier i kommunene
8	2021	Pasientsikker bruk av ernæringssonder i helsetjenesten
9	2021	Samhandling om psykose, voldsrisiko og samfunnsvern
10	2022	Innføring og styring av nye kirurgiske metoder
11	2022	Psykiske helsetjenester til barn og unge
12	2022	Samhandling og ansvar i kreftutredningsforløp
13	2022	Betalingsordninger, egenandeler og pasientsikkerhet
14	2023	Helsehjelp ved alvorlig psykisk lidelse og voldsrisiko
15	2023	Helsetilbud til barn og unge med kjønnsinkongruens
16	2023	Tilpasset versjon av rapport om kjønnsinkongruens rettet mot barn og unge
17	2023	Melding, varsling og læring etter alvorlige hendelser
18	2023	Kollegastøtte for helsepersonell etter alvorlige hendelser
19	2023	Somatisk helsehjelp til personer med psykisk lidelse
20	2024	Pasientsikkerhet ved gjentatte henvendelser til legevakt
21	2024	Samhandling om pasienter med sammensatte psykiske plager
22	2024	Pårørendes rolle i pasientsikkerhet og forbedringsarbeid
23	2024	Hjemmetjenestens oppfølging av eldre med funksjonsfall
24	2024	Forebygging av grenseoverskridende handlinger i helsetjenesten
25	2025	Ytringsklima, åpenhet og pasientsikkerhet i tjenestene
26	2025	Pasientsikkerhet for personer med alvorlig utviklingshemming
27	2025	Gjennomganger og læring etter alvorlige uønskede hendelser

Tabell 8 Tema på Ukoms rapporter 2020 – 2025 (Ukom, 2026)

Per 31.12.2025 har Ukom publisert 27 rapporter. Oppsummert har produksjonen ligget relativt stabilt på fire til seks rapporter årlig i perioden 2021–2024, med et toppunkt på seks i 2023 og en nedgang til tre rapporter i 2025.



Figur 7 Årlig antall publikasjoner av Ukom 2020-2025 (Ukom, 2026)

Ukoms rapporter dekker et spekter av alvorlige pasientsikkerhetshendelser, med hovedvekt på dødsfall, selvmord og systemsvikt i både primær- og spesialisthelsetjenesten.

Tematisk er det en konsentrasjon rundt psykisk helsevern, særlig knyttet til barn og unge, akuttpsykiatriske enheter og institusjonelle risikofaktorer. Flere rapporter tar utgangspunkt i enkeltstående, alvorlige hendelser og bruker disse som inngang til å belyse mer generelle og strukturelle utfordringer – herunder samhandlingssvikt mellom tjenestenivåer, uklare ansvarsforhold og mangelfulle systemer for risikohåndtering. Rapportporteføljen inkluderer også undersøkelser som bygger på flere hendelser eller gjentakende mønstre, noe som gir grunnlag for bredere systemanalyser.

En gjennomgang av rapportene over tid indikerer en gradvis utvikling i form og innretning. De tidlige rapportene fremstår i større grad deskriptive, med vekt på hendelsesforløp og risikofaktorer, mens senere rapporter i noe større grad legger vekt på systemperspektiver, generelle læringspunkter og mer konsistent struktur.

Enkelte informanter fra kommunal- og spesialisthelsetjenesten påpeker at rapportene ofte oppleves som lange og ressurskrevende å sette seg inn i. Det etterlyses kortere og mer målgrupperettede produkter, særlig for ledere og klinikere med begrenset tid. Slik informantene beskriver det, kan dagens format gjøre at Ukoms produkter først og fremst når de mest interesserte, og i mindre grad dem som står midt i driftsutfordringer.

5.2.2 Formidle kunnskap og bidra til læring

Tildelingsbrevene legger vekt på at Ukom skal formidle kunnskap og bidrar til læring, blant annet gjennom læringspunkter og deltakelse på sentrale arenaer. Nedenfor presenteres observasjoner om anbefalingenes og læringspunktene innhold og form, formidlingsaktiviteter og kjennskap blant helsepersonell.

Anbefalinger og læringspunkter

Skillet mellom anbefalinger og læringspunkter

Det fremgår av Ukom-loven § 15 annet ledd at Ukoms rapporter skal «inneholde undersøkelseskommissjonens eventuelle tilrådinger om tiltak som bør treffes eller vurderes for å forebygge lignende hendelser i fremtiden». Ukom har selv vist til at lovteksten åpner for en vurdering av om kommisjonen i alle undersøkelser skal gi anbefalinger, og at anbefalingene kan variere mellom konkrete tiltak og tiltak som bør vurderes. I praksis har Ukom valgt å skille mellom anbefalinger og læringspunkter. Ukom beskriver at differensieringen er bevisst og knyttet til hvem som har handlingsrom til og ansvar for endring.

I et arbeidsnotat delt med PwC redegjør Ukom for bakgrunnen for dette skillet:

Anbefalinger rettes primært oppover i forvaltningssystemet – mot HOD, direktorater og andre nasjonale myndigheter. Ifølge Ukom har disse aktørene legitimitet til å:

- vurdere endringer i regelverk, styringsstruktur og ansvarslinjer,
- samordne tiltak på tvers av sektorer og nivåer, og
- prioritere nasjonale risikoer og forbedringsområder.

Læringspunkter, refleksjonsspørsmål og erfaringsstoff rettes derimot mot tjenestene. Etter Ukoms vurdering er disse utformet for å:

- støtte tjenestenes egen forståelse av risiko,
- invitere til lokal utforskning og tilpasning, og
- gi rom for profesjonelt skjønn og kontekstuell variasjon.

Ukom begrunner denne praksisen med sin rolle som et uavhengig, ikke-sanksjonerende undersøkelsesorgan som verken skal drive tilsyn, gi pålegg eller lede lokalt forbedringsarbeid. Kommisjonen viser til internasjonal sikkerhets- og forbedringsforskning¹² som understreker at nasjonale undersøkelsesorganer har et særskilt ansvar for å belyse systemrisiko, og at anbefalinger rettet mot

¹² Eksempelvis Carl Macrae. Investigating for improvement? Five strategies to ensure national patient safety investigations improve patient safety. Journal of the Royal Society of Medicine, 2019

enkeltvirksomheter risikerer å snevre inn årsaksforståelsen og flytte oppmerksomhet bort fra strukturelle problemstillinger.

Ukom opplyser videre at forslag til anbefalinger og læringspunkter drøftes i dialog- og forankringsmøter med berørte aktører før rapporter ferdigstilles. I disse møtene vurderes det om forslagene anses nyttige og relevante, og det inviteres til innspill.

Omfang og fordeling av anbefalinger

Ukom har på tvers av sine 27 publikasjoner formulert 96 anbefalinger, noe som tilsvarer et gjennomsnitt på 3-4 anbefalinger per rapport (Ukom, 2026). Det er imidlertid betydelig variasjon mellom rapportene. Enkelte rapporter inneholder kun læringspunkter og ingen eksplisitte anbefalinger, mens andre inkluderer opp mot 14 anbefalinger¹³.

Om lag 70 prosent av anbefalingene er rettet mot nasjonalt nivå. Dette inkluderer 38 til HOD, 10 til Helsedirektoratet og til sammen 12 til tilsynsmyndighetene, hvorav tre er rettet mot statsforvalterne og én direkte til Helsetilsynet. Flere av anbefalingene til HOD innebærer at det bør igangsettes tiltak hos andre aktører gjennom tydeliggjøring av ansvar, styringssignaler eller nye oppdrag.

De resterende anbefalingene (30 prosent) fordeler seg mellom anbefalinger mot regionalt/lokalt nivå (helseforetak, kommuner og helsepersonell), og mer tverrgående anbefalinger som ikke er knyttet til ett bestemt forvaltningsnivå. Det presiseres at enkelte anbefalinger har flere adressater, noe som innebærer at ansvaret for oppfølging kan ligge på flere nivåer eller hos flere sektoraktører.

Om lag 23 prosent av anbefalingene er ikke adressert til en konkret og navngitt mottaker. Eksempler på slike formuleringer er anbefalinger rettet mot «ledelsen ved alle institusjoner», «nasjonale myndigheter», «helsepersonell» eller «helsetjenesten». I senere rapporter er adressatene gradvis mer presist identifisert.

Anbefalingene inneholder ingen vurdering av hva det vil kreve å implementere dem, eller hvor stor effekt eller nytte hver anbefaling vil kunne ha. For anbefalingene som krever større endringer i strukturer, systemer eller normerende produkter, vil det derfor ofte være nødvendig å gjøre en nærmere utredning og konsekvensvurdering før anbefalingene eventuelt blir besluttet implementert.

Læringspunktene form og variasjon

Læringspunktene er vanskeligere å kvantifisere enn anbefalingene fordi de opptrer i ulike former og under ulike betegnelser. De er i hovedsak rettet mot tjenestene, men varierer mellom rapportene i innhold, oppbygging og form. I noen rapporter presenteres stoffet som læringspunkter i mer tradisjonell

¹³ Rapporten «Overgrep forkledd som behandling»

forstand, mens det i andre fremstår som refleksjonsspørsmål, erfaringsstoff, forbedringsområder eller andre former for praktisk støtte til tjenestene.

Tre eksempler illustrerer variasjonen:

- I rapporten *Festepunkter på pasientrom i psykisk helsevern* er læringsstoffet formulert som «tips til gjennomgang av pasientrom», noe som gir det karakter av et konkret hjelpemiddel for lokal gjennomgang og vurdering av egen praksis.
- I rapporten *Systemperspektiv i gjennomganger av alvorlige uønskede hendelser* er innholdet utformet som presentasjons- og refleksjonsmaterieell med oppsummerte funn og tematiske punkter.
- I rapporten *Hvem forstår meg?* er læringsstoffet samlet i et eget kapittel om læring og refleksjon, strukturert som ni forbedringsområder.

Oppfatninger om anbefalinger og læringspunkter i sektoren

Flere av aktørene vi har snakket med i sektoren beskriver at anbefalingene i Ukoms rapporter ofte er rettet mot høye systemnivåer, som nasjonale myndigheter, lovverk og overordnede styringslinjer. Dette er i tråd med Ukoms egen beskrivelse av hvordan kommisjonen har tolket sitt oppdrag.

Informantene opplever imidlertid at denne innretningen – der anbefalingene primært rettes mot nasjonalt nivå, mens det som formidles til tjenestene i hovedsak er formulert som læringspunkter og refleksjonsstøtte – gjør det krevende å omsette rapportenes innsikt til konkrete endringer i lokal praksis, særlig der utfordringene er tett knyttet til kapasitet, arbeidsprosesser eller daglig drift. Flere informanter peker på at rapportene med fordel kunne inkludert mer konkrete, praktisk rettede læringspunkter for tjenestene, og at disse tydeligere knyttes til eksisterende veiledere, retningslinjer og verktøy som allerede brukes i tjenestene.

Informanter fra Ukom peker på at kommisjonen i begrenset grad mottar tilbakemeldinger fra HOD om hvordan anbefalingene følges opp, og at det mangler tydelige og forpliktende ordninger for slik tilbakemelding. Ukom opplever å ha begrenset innsikt i om og hvordan anbefalinger implementeres, og har etterspurt mer systematiske og forpliktende mekanismer for tilbakemelding fra mottakere av anbefalingene, uten at dette per i dag er etablert.

Dette funnet samsvarer med erfaringer fra det britiske helsesystemet. HSSIBs rapport «Recommendations but no action» peker på at det ofte mangler systemer for å følge opp om anbefalingene faktisk gjennomføres og gir ønsket effekt. (HSSIB, 2024)

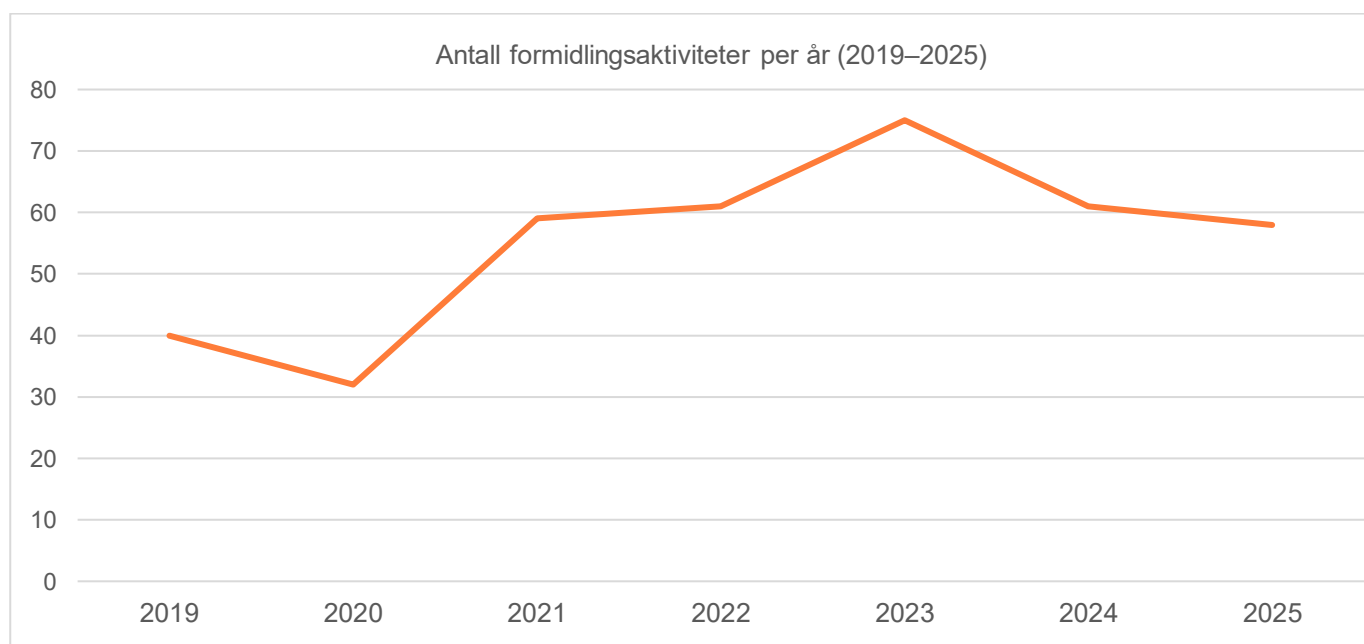
HOD beskriver at de mottar og vurderer Ukoms rapporter på linje med rapporter fra øvrige underliggende etater, og at anbefalingene inngår i HODs helhetsvurdering og samlede kunnskapsgrunnlag av hvordan

det følger opp ulike fagområder. Det påpekes at flere av anbefalingene kan være ressurskrevende å implementere eller ha konsekvenser som må avveis mot andre hensyn. Vanlig praksis er at en faglig anbefaling i en rapport utredes i henhold til utredningsinstruksen før det tas stilling til om den skal innføres eller ikke. Anbefalingene fra rapportene til Ukom er ikke ferdig utredede forslag. Vanligvis er det etaten selv som gjennomfører denne typen utredninger før det tas endelig stilling til en anbefaling.

Formidlingsaktiviteter

Ukom har i perioden 2019–2025 gjennomført mellom 30 og 75 formidlingsaktiviteter årlig, i form av innlegg, foredrag og møter med eksterne aktører. Aktivitetene er knyttet til presentasjon av konkrete rapporter, men omfatter også foredrag om Ukom som organisasjon, metodikk og undersøkelsesprosesser. Formidlingen skjer på fagkonferanser, seminarer, kurs, nettverksmøter, webinarer og faglige samlinger.

Figur 8 viser antall formidlingsaktiviteter i perioden 2019–2025. Den inkluderer ikke dialogmøter eller andre typer fagmøter som inngår som en del av undersøkelsesprosessen.



Figur 8 Antall formidlingsaktiviteter av Ukom etter år (Ukom, 2026)

Enkelte rapporter peker seg ut med særlig høy formidlingsaktivitet:

- *Drap begått i psykotisk tilstand* (22 aktiviteter)
- *Helsehjelp til personer med alvorlig psykisk lidelse og voldsrisiko* (21 aktiviteter)
- *Somatisk helse hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse* (17 aktiviteter)

Det er også variasjon i rapportenes levetid som formidlingsobjekt. Enkelte formidles kun i publiseringsåret, mens andre har langvarig relevans. Et eksempel på sistnevnte er «Erfaringer fra kollegastøtteordninger», som ble presentert så sent som januar 2026 – to og et halvt år etter publisering.

En gjennomgående tilbakemelding i intervjuene er at Ukom holder høy kvalitet på sin formidling. Rapporter, sammendrag, filmer og webinarer beskrives som visuelt tiltalende, lett forståelige og egnet til å skape engasjement. Flere sammenligner Ukom positivt med andre statlige aktører når det gjelder evnen til å nå ut med budskap om pasientsikkerhet.

Mediedekningen av Ukoms rapporter er i hovedsak preget av refererende og oppsummerende fremstillinger. I både nyhetsmedier og fagpublikasjoner presenteres rapportene ofte som autoritative kunnskapsgrunnlag, og Ukoms vurderinger viderefremmes i tråd med premisset som er satt i selve rapportene.

Kjennskap til Ukoms rapporter

I spørreundersøkelsen rettet mot helsepersonell oppga kun 5 prosent av respondentene at de har lest én eller flere av Ukoms rapporter, mens 12 prosent oppga at de kjenner til rapportene, men ikke lest dem. De resterende 83 prosentene opplyser at de enten ikke har hørt om eller lest rapportene, eller at de er usikre.

Kjenner du til eller har du lest en eller flere av rapportene Ukom har publisert?	Andel
Ja, jeg har lest én eller flere rapporter	5%
Ja, jeg kjenner til rapportene, men har ikke lest dem	12%
Nei, jeg har ikke hørt om eller lest rapportene	76%
Usikker	7%

Tabell 9 Andel av respondenter som har lest eller kjenner til Ukoms rapporter

23 prosent av respondenter i spesialisthelsetjenesten har lest eller kjenner til én eller flere rapporter (n = 342), mot 12 prosent i kommunal sektor (n = 429).¹⁴ Innad i spesialisthelsetjenesten er kjennskapen særlig høy blant dem som arbeider med psykisk helse og rus (27 prosent).

I intervjuene har rapporter med tematikk knyttet til psykisk helse ved flere anledninger blitt trukket frem som spesielt relevante og engasjerende, noe som kan bidra til å forklare denne forskjellen. Mer overordnet kan forskjellen mellom tjenestenivåene henge sammen med at Ukoms undersøkelser og formidling i større grad har vært rettet mot problemstillinger og arenaer der spesialisthelsetjenesten er tydelig representert.

Blant respondentene som kjente til rapportene, oppga 44 prosent arbeidsplassen som kilde, 27 prosent faglige seminarer/konferanser/kurs, 20 prosent profesjonelle nettverk og 18 prosent media. Ukoms egne digitale kanaler oppgis av 11 prosent.

At den klart største andelen oppgir arbeidsplassen kan indikere at kjennskapen i betydelig grad spres internt etter at enkeltpersoner har blitt eksponert gjennom eksterne arenaer – noe som understreker

¹⁴ Forskjellen mellom de to gruppene er statistisk signifikant på alle konvensjonelle signifikansnivåer ($p < 0,001$)

verdien av at Ukom er synlig på arenaer der fag- og kvalitetsledere deltar. At faglige seminarer/konferanser/kurs oppgis som den nest viktigste kilden sammenfaller med Ukoms deltakelse på fagkonferanser, seminarer, kurs, nettverksmøter, webinarer og faglige samlinger.

Hvor har de med kjennskap til Ukom hørt om rapportene?	Andel
Gjennom arbeidsplassen (ledelse, kollegaer, interne møter)	44%
Via faglige seminarer, konferanser eller kurs	27%
Gjennom profesjonelle nettverk eller fagforening	20%
Gjennom media (aviser, radio, TV, nettartikler)	18%
Gjennom annen offentlig informasjon (f.eks. fra myndigheter eller offentlige rapporter)	14%
På Ukoms nettsider eller nyhetsbrev	11%
Jeg husker ikke hvor jeg fikk høre om rapporten(e)	7%
Via sosiale medier (Facebook, LinkedIn, Twitter, etc.)	5%
Fra venner, familie eller bekjente	4%
Annet	1%

Tabell 10 Hvordan personer med kjennskap til Ukoms rapporter oppgir at de fikk kjennskap til dem (Norstat, 2026)

5.2.3 Bygge relasjoner og samarbeid

Tildelingsbrevene vektlegger at Ukom skal bygge relasjoner og samarbeid med tjenestene, tilsynsmyndigheter, bruker- og pårørendeaktører, nasjonale og internasjonale pasientsikkerhetsaktører, samt drive kompetanseutveksling med sikkerhetsfaglige miljøer i andre sektorer (Regjeringen, 2026).

Ukom opplyser at de årlig, som en del av virksomhetsplanen, utarbeider en plan for relasjonsbygging. Planen omfatter ifølge Ukom faste møter med Statens helsetilsyn, samarbeidsavtale med Barneombudet, møter med Helsedirektoratet, samt en årlig plan for relasjonsbygging med helseforetak, kommuner, statsforvaltere, akademia, fagorganisasjoner og pasient- og brukerorganisasjoner.

Overordnet viser intervjuene at Ukom har etablert kontakt med flere relevante aktører i sektoren, og at kommisjonen i stor grad oppfattes som en åpen og tilgjengelig aktør. Samtidig er det blitt antydnet i intervjuer at relasjonsarbeidet varierer mellom aktørgrupper, og at Ukom i større grad har lyktes med å etablere kontaktflater og synlighet enn med å etablere varige samarbeidsstrukturer på tvers av sektoren.

Ukoms egen oversikt over formidlingsaktiviteter viser at kommisjonen har gjennomført 389 formidlingsaktiviteter i løpet av evalueringsperioden (Ukom, 2026). Aktivitetene har i størst grad vært rettet mot spesialisthelsetjenesten, som står for om lag 40 prosent av mottakerne. Litt over 20 prosent av aktivitetene er gjennomført på konferanser eller andre faglige arenaer, der deltakerne typisk kan komme fra flere deler av helse- og omsorgstjenesten, forvaltningen, akademia og øvrige fagmiljøer. Om lag 10 prosent av aktivitetene har vært rettet mot statlige myndigheter, og om lag 10 prosent mot akademia, utdanning og forskning. De resterende aktivitetene er fordelt på kommunale aktører, pasient-, bruker- og pårørendeorganisasjoner, profesjonsorganisasjoner og øvrige eller uklart definerte mottakergrupper.

Oversikten indikerer at Ukoms formidlingsarbeid har i størst grad vært rettet mot spesialisthelsetjenesten og brede faglige arenaer, mens kommunale aktører, pasient-, bruker- og pårørendeorganisasjoner og profesjonsorganisasjoner i mindre grad har vært mottakere av formidlingsaktivitetene. Ukom opplyser at de har vurdert det som viktig å prioritere utadrettede formidlingsoppdrag i form av innlegg på konferanser og lignende, fordi det er krevende å gjøre en ny organisasjon kjent.

Relasjon til tjenestene: spesialisthelsetjenesten og kommunal sektor

I intervjuene fremstår relasjonen til spesialisthelsetjenesten som mer etablert enn relasjonen til kommunal sektor. For helseforetak beskrives kontakten i hovedsak som knyttet til konkrete undersøkelser, rapporter og formidlingsaktiviteter, og vurderes som god der den eksisterer. Fra intervjuene fremstår det som at Ukom har etablert kontaktflater mot spesialisthelsetjenesten, men at relasjonen ikke nødvendigvis er systematisk integrert i helseforetakenes og de regionale helseforetakenes ordinære kvalitets- og forbedringsarbeid.

Kommunesektoren peker på at Ukom i begrenset grad har etablert varige kontaktpunkter inn mot kommunal ledelse, kvalitetsarbeid eller fagmiljøer, og at relasjonen fremstår mer sporadisk enn for spesialisthelsetjenesten. Informanter i kommunene rapporterer om lav kjennskap og usikkerhet rundt når og hvordan de skal forholde seg til Ukom. Ukom opplyser på sin side at det er mer krevende å nå kommunesektoren enn spesialisthelsetjenesten, og at de har forsøkt å nå ut til kommuner via statsforvalterne, utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) og KS, i tillegg til en-til-en-møter med enkeltkommuner.

Kjennskapen til Ukom blant helsepersonell kan være en indikator på hvorvidt Ukom har lyktes med sin relasjonsbygging med tjenesten. I spørreundersøkelsen rettet mot helsepersonell ble respondentene bedt om å vurdere i hvilken grad de var kjent med henholdsvis Ukom, Helsetilsynet og Statsforvalteren. Kun 8 prosent svarte at de hadde god eller svært god kjennskap til Ukom, mens 72 prosent svarte at de ikke var kjent med eller i liten grad var kjent med Ukom. Til sammenligning svarte henholdsvis 29 og 36 prosent at de hadde god eller svært god kjennskap til Helsetilsynet og Statsforvalteren, mens henholdsvis 28 og 27 prosent svarte at de ikke var kjent med eller i liten grad var kjent med disse organene.

Hvor godt kjent er du med følgende aktører?	Ikke/lite kjent	Noe kjent	Godt/svært godt kjent
Helsetilsynet	28%	43%	29%
Statsforvalteren	27%	37%	36%
Ukom	72%	20%	8%

Tabell 11 Kjennskap til Ukom og tilsynsmyndighetene blant helsepersonell (Norstat, 2026)

Andelene som oppgir ulike grader av kjennskap til Ukom, er relativt like på tvers av sektorene.

Helsetilsynet og Statsforvalteren er større og mer etablerte organisasjoner med lengre historikk og bredere kontaktflate. I tillegg er Ukoms rapporter primært rettet mot fag- og kvalitetsledelse, noe som kan innebære at den primære målgruppen avviker fra respondentene i undersøkelsen. Til tross for disse forbeholdene tegner resultatene et bilde av at kjennskapen til Ukom i sektoren er lav.

Relasjon til tilsynsmyndigheten

For nærmere omtale av relasjonen mellom Ukom og tilsynsmyndighetene vises det til kapittel 4 om samfunnsoppdraget. Ukom og Helsetilsynet har hatt kontakt både på toppledernivå og faglig nivå, men relasjonen beskrives som krevende på toppledernivå og mindre formalisert overfor statsforvalterne.

Relasjon til bruker-, pårørende- og profesjonsorganisasjoner

Ukom får i intervjuer gjennomgående anerkjennelse for å løfte pasient-, bruker- og pårørendeperspektivet, og kontakten med flere bruker- og pårørendeorganisasjoner fremstår som relativt tett. Ukom har fokusert på bruker- og pårørendeperspektivet i flere av rapportene sine, noe som er blitt opplevd som tillitsskapende og relevant. Samtidig peker enkelte informanter, som har blitt bedt om å komme med innspill underveis i undersøkelsesarbeidet, at det har blitt opplevd som uklart hvordan innspill fra disse aktørene faktisk påvirker rapportene.

Relasjon til kunnskaps- og sikkerhetsmiljøer

I oppbyggingsfasen samarbeidet Ukom med Statens havarikommisjon og forskningsmiljøet SHARE ved Universitetet i Stavanger. Ukom opplyser at samarbeidet inngikk i arbeidet med å etablere en faglig plattform for læringsorienterte undersøkelser. Ukom opplyser videre at de ved etableringen hentet inspirasjon fra undersøkelseskommisjoner i andre sektorer og land, særlig fra transport- og petroleumssektoren og fra Storbritannia.

Samarbeid til kunnskaps- og sikkerhetsmiljøer er videreført i årene etter etableringen, både nasjonalt og internasjonalt. Nasjonalt har Ukom vært medlem av SHARE sitt involveringspanel siden 2021 og bidrar årlig i undervisningen på SHARE sitt mastergradsemne i granskingsmetode og på masterstudiet i Risikostyring og sikkerhetsledelse ved Universitetet i Stavanger. Ukom opplyser videre at de har kontakt med nasjonale pasientsikkerhetsmiljø, blant annet gjennom programmet «I trygge hender 24/7» i regi av Helsedirektoratet. Ukom har vært medlem av programkomiteen for den nasjonale pasientsikkerhetskonferansen siden 2021 og bidrar årlig med innlegg på konferansen. I 2025 tok Ukom initiativ til å etablere et nasjonalt fagnettverk for undersøkelses- og granskingsorgan, der Statens havarikommisjon, Nasjonal enhet for undersøkelse av svikt mot barn (NUBA) og Partnerdrapskommisjonen deltar sammen med Ukom.

Internasjonalt opplyser Ukom at de siden 2023 har vært medlem av International Patient Safety Organisations Network (IPSON), sammen med uavhengige granskingsorganisasjoner fra Australia, Canada, Finland, Irland, Italia, Japan, Nederland, New Zealand, Pakistan, Saudi-Arabia, Singapore, Storbritannia, Sveits, Sverige og USA. Nettverket har mellom fire og seks møter årlig. Ukom har også

deltatt i et nordisk samarbeid mellom statlige aktører som arbeider med pasientsikkerhet, læring og ikke-sanksjonerende undersøkelser etter alvorlige hendelser, med to møter årlig. Ukom opplyser videre at de har hatt kontakt med sin britiske søsterorganisasjon HSSIB siden oppstarten, både i enkeltundersøkelser, for kompetanseutvikling og på strategisk nivå.

5.3 Vurdering av måloppnåelse

Nedenfor gir vi vår vurdering av Ukoms måloppnåelse mot de tre evalueringskriteriene som ble presentert innledningsvis. Vurderingene bygger på observasjonene 5.2.

5.3.1 Ukom har levert uavhengige undersøkelser, men produksjonen har ikke økt i takt med at organisasjonen har fått mer erfaring

E5: Ukom gjennomfører uavhengige undersøkelser av alvorlige hendelser, med systematisk involvering av pasienter og pårørende og evaluering etter hver undersøkelse.

PwC vurderer at Ukom i hovedsak har levert på kjerneoppgaven om å gjennomføre uavhengige undersøkelser av alvorlige hendelser. Varslingsmottaket er etablert og videreutviklet over tid, og Ukom har utformet og tatt i bruk en metodikk som ivaretar uavhengighet og legger til rette for et tydelig systemperspektiv i undersøkelsene. Ukom oppgir at pasienter og pårørende involveres i alle undersøkelser, og dette bekreftes av aktører vi har snakket med. PwC har ikke grunnlag for å betvile at involveringen finner sted, men har begrenset innsikt i hvordan involveringen har foregått i omfang og form mellom undersøkelser.

Når det gjelder utvelgelse av saker, viser observasjonene at Ukom har utviklet en praksis som kombinerer kvantitative indikatorer med faglig skjønn. PwC vurderer at dette gir fleksibilitet, men noterer at transparensen i utvelgelseskriteriene kan styrkes – både internt og overfor omverdenen. Det at flere eksterne aktører opplever det som uklart hvorfor bestemte saker velges, og at ansatte internt gir noe ulike vurderinger av hvor godt de forstår prioriteringene, indikerer et forbedringspotensial knyttet til begrunnelse og kommunikasjon av saksvalg.

Ukom har utviklet en egen undersøkelsesmetodikk som fremstår faglig forankret og som de ansatte opplever som tydelig og egnet. Rapportene har et tydelig fokus på læring og forebygging fremfor ansvars plassering, og dekker et bredt spekter av pasientsikkerhetsutfordringer med hovedvekt på psykisk helsevern og systemsvikt på tvers av tjenestenivåer.

PwC vurderer imidlertid at Ukom, gitt virksomhetens gradvise kompetanseoppbygging, metodeutvikling og stabile ressursramme, burde hatt en økning i antall undersøkelser og rapporter over tid. Det er rimelig å forvente at et undersøkelsesorgan som har virket i over fem år, og som har stabilisert sin metodikk og opparbeidet erfaringsgrunnlag, gradvis kan håndtere et noe større volum uten at dette går på bekostning av kvalitet. Rapportproduksjonen har imidlertid ikke økt i tråd med dette, og i 2025 gikk produksjonen

ned til tre rapporter. Til sammenligning ferdigstilte Statens havarikommisjon 29 undersøkelser med 50 årsverk i 2025. PwC anerkjenner at rapportenes omfang og kompleksitet varierer, men vurderer likevel at produksjonsvolumet samlet sett ligger lavere enn hva som kan forventes etter seks års drift, sett i lys av at Ukom i perioden har hatt et snitt på 22 gjennomførte årsverk.

5.3.2 Ukom har oppfylt kjernen i formidlingsoppdraget, men det er uklart om anbefalinger og læringspunkter tas i bruk

E6: Ukom formidler kunnskap og bidrar til læring, blant annet gjennom læringspunkter og deltakelse på sentrale arenaer

PwC vurderer at Ukom gjennom hele evalueringsperioden har hatt en profesjonell og aktiv formidlingsaktivitet. Rapportene holder høy kvalitet i form og språk, og beskrives av aktører i sektoren som tilgjengelige, engasjerende og visuelt gode. Ukom benytter et bredt spekter av arenaer, fra fagkonferanser og webinarer til medieoppslag, og fremstår som en aktør sektoren lytter til når budskap om pasientsikkerhet formidles.

Spørreundersøkelsen til helsepersonell viser at Ukoms rapporter i begrenset grad når bredden av helsetjenesten. Kun 17 prosent av respondentene oppgir å ha lest eller kjenne til én eller flere rapporter, og kjennskapen er markant lavere i kommunal sektor (12 prosent) enn i spesialisthelsetjenesten (23 prosent). PwC vurderer at dette delvis reflekterer at Ukoms rapporter primært er rettet mot fag- og kvalitetsledelse, og at helsepersonell i kliniske roller ikke nødvendigvis er den primære målgruppen. Likevel mener vi at en kjennskap på 17 prosent seks år etter oppstart, viser at det er rom for å styrke formidlingen mot de delene av tjenesten som forventes å bruke innsikten i daglig forbedringsarbeid, eller varsle om alvorlige hendelser og forhold.

Når det gjelder anbefalingenes innretning, har Ukom gjort et bevisst og faglig begrunnet valg om å rette konkrete anbefalinger mot nasjonale myndigheter, mens tjenestene mottar læringspunkter og refleksjonsstøtte. PwC anerkjenner at dette valget har en faglig forankring i sikkerhetslitteraturen og gjenspeiler Ukoms rolle som et ikke-sanksjonerende organ. Vi vurderer imidlertid at innretningen på anbefalingene og læringspunktene har noen begrensninger, som har konsekvenser for rapportenes praktiske gjennomslagskraft:

- Læringspunktene varierer betydelig i form og konkretiseringsgrad mellom rapporter, noe som gjør det krevende for tjenestene å identifisere forventede endringer og vurdere egen praksis opp mot funnene.
- Om lag 23 prosent av anbefalingene mangler en klart identifisert mottaker, noe som svekker mulighetene for ansvarliggjøring og oppfølging.

Etter PwCs vurdering understøtter HSSIBs rapport «Recommendations but no action» behovet for at Ukoms anbefalinger i større grad utformes med tydelig adressat, forventet pasientnytte, vurdering av gjennomførbarhet og en mekanisme som gjør det mulig å følge opp om anbefalingen er vurdert, iverksatt og har hatt ønsket effekt (HSSIB, 2024).

Samlet vurderer PwC at Ukom har oppfylt kjernen i formidlingsoppdraget. Det produseres læringsstoff av høy kvalitet som formidles på relevante arenaer. Læringsbidraget begrenses imidlertid av at det mangler mekanismer for å følge opp om formidlingen treffer, og om anbefalinger og læringspunkter tas i bruk. Konsekvensene av dette for faktisk nytteverdi drøftes i kapittel 6.

5.3.3 Ukom har delvis oppfylt oppdraget om relasjonsbygging og samarbeid

E7: Ukom bygger relasjoner og samarbeid med tjenestene, tilsynsmyndigheter, bruker- og pårørendeaktører samt nasjonale og internasjonale (pasient)sikkerhetsaktører.

PwC vurderer at Ukom har lyktes godt med relasjonsbygging overfor enkelte aktørgrupper slik som bruker- og pårørendeorganisasjoner, og at Ukom har etablert en planmessig tilnærming til relasjonsarbeidet gjennom en årlig plan som inngår i virksomhetsplanen. Samtidig vurderer PwC at relasjonsarbeidet samlet sett ikke har gitt den bredden og gjennomslagskraften i tjenesten som tildelingsbrevene forutsetter. Selv om Ukom har etablert faste møtepunkter med sentrale aktører, og har lagt planer for kontakt med helseforetak, kommuner, statsforvaltere, fagorganisasjoner og pasient- og brukerorganisasjoner, fremstår mye av kontakten med tjenestene fortsatt som knyttet til konkrete undersøkelser og formidlingsanledninger heller enn til varige samarbeidsstrukturer.

Den lave kjennskapen til Ukom blant helsepersonell indikerer at Ukoms relasjonsbygging ikke i tilstrekkelig grad har nådd bredden av tjenesten. Selv om forskjellen delvis kan forklares av at Ukom er en yngre og mindre organisasjon med en annen målgruppe, og at det er krevende å gjøre en ny organisasjon kjent, tilsier seks års virketid at kjennskapen burde vært høyere blant dem som forventes å melde fra om uønskede hendelser og anvende Ukoms innsikt i lokalt forbedringsarbeid. Den markante forskjellen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunal sektor tyder videre på at relasjonsarbeidet har vært skjevfordelt, og at kommunesektoren – som representerer en stor del av tjenesteproduksjonen – i begrenset grad er nådd. Ukom har på sin side gjort konkrete forsøk på å nå kommunesektoren via statsforvalterne, USHT-ene, KS og enkeltkommuner. PwC vurderer likevel at disse kanalene så langt ikke har gitt tilstrekkelig effekt, og at det er behov for å videreutvikle tilnærmingen overfor kommunesektoren.

Når det gjelder tilsynsmyndighetene, viser PwC til vurderingen i kapittel 4 om samfunnsoppdraget, som konstaterer at relasjonen mellom Ukom og tilsynsmyndighetene ikke har fungert tilfredsstillende. For vurderingen av måloppnåelse innebærer dette at Ukom ikke har levert på den delen av oppdraget som handler om samarbeid med tilsynsmyndigheter.

Kompetanseutvekslingen med sikkerhetsfaglige miljøer i andre sektorer og med nasjonale og internasjonale pasientsikkerhetsaktører fremstår som etablert, videreført og strukturert. Ukom har blant annet vært medlem av SHARE sitt involveringspanel siden 2021, av International Patient Safety Organisations Network (IPSON) siden 2023, deltatt i et nordisk samarbeid om pasientsikkerhet og læring, og hatt løpende kontakt med den britiske søsterorganisasjonen HSSIB. I 2025 tok Ukom også initiativ til å etablere et nasjonalt fagnettverk for undersøkelses- og granskingsorgan. PwC vurderer at Ukom på dette punktet i hovedsak ivaretar oppdraget.

Samlet vurderer PwC at Ukom delvis har oppfylt oppdraget om relasjonsbygging. Ukom har etablert en planmessig tilnærming til relasjonsarbeidet og har bygget tillit i direkte kontakt med flere aktører, særlig bruker- og pårørendeorganisasjoner. Kommisjonen har også bygget og videreført samarbeid med nasjonale og internasjonale sikkerhetsmiljøer. Virksomheten har vist evne til å bygge tillit der den er i direkte kontakt med aktører, men PwC vurderer at relasjonsarbeidet i begrenset grad har gitt gjennomslag i bredden av tjenesten, særlig i kommunal sektor og blant helsepersonell generelt. Relasjonen til tilsynsmyndighetene har heller ikke fungert tilfredsstillende. Potensialet for systematisk dialog med sentrale aktører, særlig profesjonsorganisasjoner og kommunal sektor, er ikke fullt utnyttet.

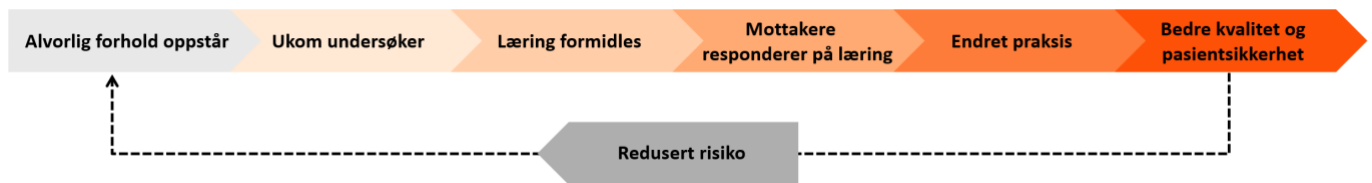
6 Ukoms nytteverdi

6.1 Evalueringsramme og kriterier

Med nytteverdi mener vi hvilken verdi Ukoms arbeid har hatt for sektoren med hensyn til økt kvalitet og pasientsikkerhet. Nytteverdien vurderes ut fra om Ukoms undersøkelser, rapporter og øvrige aktiviteter faktisk bidrar til læring, forbedring og forebygging hos relevante aktører. Vi har sett på følgende evalueringskriterier:

- E8: Ukoms arbeid har bidratt til læring og konkret forbedring i helse- og omsorgstjenesten
- E9: Ukoms arbeid har gitt nytteverdi for myndigheter og nasjonalt nivå
- E10: Ukoms sanksjonsfrihet har bidratt til åpenhet og tillit som gir tilgang til innsikt som ellers ikke ville vært tilgjengelig
- E11: Ukom har ivaretatt og synliggjort pasient- og pårørendeperspektivet.

For å evaluere Ukoms nytteverdi tar vi utgangspunkt i en teoretisk effektkjede for Ukoms arbeid (jf. figur 9). Kjeden beskriver den teoretiske sammenhengen fra at alvorlige forhold oppstår, via Ukoms undersøkelse og formidling, til at læring omsettes i konkrete forbedringer:



Figur 9 Effektkjede for nytte av Ukoms undersøkelser

Som det fremgår av vurderingene i kapittel 5, leverer Ukom uavhengige undersøkelser (ledd 2) og formidler læring (ledd 3) i kjeden. Spørsmålet i dette kapitlet er hva som skjer etter at Ukom har formidlet læring og mottakerne skal respondere på dette (ledd 4 og utover).

Delkapittelet er todelt. Først presenteres observasjoner om hvordan ulike mottakergrupper (tjenesten, myndigheter og pasient/pårørende) opplever nytten av Ukoms arbeid (6.2). Deretter gis PwCs vurderinger av nytteverdien (6.3).

6.2 Observasjoner

6.2.1 Overordnet om sektorens opplevde verdi

På tvers av informantgruppene beskrives Ukom som en aktør som har bidratt til økt oppmerksomhet om pasientsikkerhet, læring etter alvorlige hendelser og systemsvikt i helse- og omsorgstjenesten. Flere informanter fra spesialisthelsetjenesten, pasient- og brukerorganisasjoner og forvaltningen peker på at

Ukom adresserer et behov som tidligere ikke var dekket mellom tradisjonelt tilsyn og mer generelle kvalitets- og forbedringsinitiativer. Disse påpeker at det er behov for en aktør med mandat til å undersøke alvorlige hendelser i et bredt systemperspektiv, på tvers av nivåer og sektorer, og som opererer uavhengig av tilsynsapparatet. Ukom oppfattes av flere som en slik aktør.

Mange aktører opplever at Ukoms rapporter gir en helhetlig og kontekstuell forståelse av hendelser. Rapportene beskrives som tydelig systemorienterte, med vekt på strukturelle forhold, som organisering, styring, samhandling, kompetanse og arbeidsmiljø, fremfor søkelys på menneskelig svikt. Informanter peker på at rapportene synliggjør sammenhenger mellom regelverk, nasjonale føringer, lokale prioriteringer og praksis.

Av intervjumaterialet og spørreundersøkelsen til helsepersonell fremgår det imidlertid at opplevd nytteverdi er ujevnt fordelt – både mellom ulike aktørgrupper, mellom organisasjonsnivåer og mellom rapporter. Nedenfor redegjør vi nærmere for dette.

6.2.2 Bidrag til læring og forbedring for myndigheter og nasjonalt nivå

Informanter fra Helsedirektoratet, Helsetilsynet, statsforvaltere og nasjonale fagmiljøer formidler et sammensatt bilde av Ukoms nytteverdi på nasjonalt nivå.

Informanter fra Helsedirektoratet beskriver at Ukoms rapporter kan bidra med case-nære beskrivelser og konkrete eksempler som brukes i utarbeidelse av veiledere og normerende produkter, særlig når rapportene belyser pasientsikkerhetsutfordringer som ellers er dårlig dokumentert. Enkelte peker også på at Ukoms etablering indirekte har påvirket tilsynsmyndighetene til å utvikle mer praksisnære og læringsorienterte rapporter, og at Ukom har bidratt til å løfte systemkritikk og overordnede styringsutfordringer tydeligere frem. Representanter fra Helsetilsynet beskriver at tilsynet følger med på Ukoms rapporter og at disse inngår som et element i et bredere informasjonsgrunnlag når de vurderer risikoområder og prioritering av tilsyn. De nevner eksempler på at rapporter har bidratt til økt oppmerksomhet om bestemte temaer, som meldekultur og psykisk helse. En statsforvalter forteller at embetet har brukt rapporten «Gjentatte henvendelser til legevakt» i sin oppfølging av en virksomhet.

Samtidig uttrykker representanter for både Helsedirektoratet og tilsynsmyndighetene at de opplever begrenset direkte nytte av Ukoms anbefalinger i sitt normerende og tilsynsmessige arbeid. Informanter fra Helsetilsynet og statsforvaltere påpeker at temaene i Ukoms rapporter ofte overlapper med områder de selv har undersøkt, og at rapportene derfor ikke alltid oppleves å tilføre ny informasjon til deres vurderinger.

Informantene peker på tre forhold som de mener svekker rapportenes anvendbarhet på nasjonalt nivå. For det første kommer rapportene tidvis sent i forhold til pågående utrednings- og normeringsprosesser. For det andre adresserer rapportene av og til problemstillinger som allerede er godt dokumentert

gjennom andre kanaler. For det tredje oppleves kunnskapsgrunnlaget for rapportene og metodisk fremgangsmåte ikke alltid tilstrekkelig transparent til at andre myndigheter kan stille seg bak dem.

Enkelte informanter påpeker at det finnes rapporter der de opplever at faglig grunnlag, metode eller problemforståelse er svak, for eksempel i saker med betydelig faglig uenighet.

6.2.3 Bidrag til læring og forbedring i tjenestene

Et gjennomgående mønster i intervjuene med tjenesten og spørreundersøkelsen til helsepersonell, er at Ukoms rapporter har større gjennomslag i spesialisthelsetjenesten enn i kommunehelsetjenesten. Samtidig observerer vi betydelig variasjon mellom foretak og mellom kliniske områder i hvordan rapportene følges opp.

Informanter fra spesialisthelsetjenesten beskriver Ukoms rapporter som nyttige innganger til refleksjon og læring. Rapportene tas typisk inn i kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg, brukes i ledermøter og inngår som bakgrunnsmateriale når virksomhetene diskuterer egen praksis etter alvorlige hendelser. Informanter fra psykisk helsevern trekker særlig frem at rapportene brukes aktivt både i strategiarbeid og i løpende forbedringsarbeid.

Vi observerer betydelig variasjon mellom foretakene, og mellom ulike kliniske områder, når det gjelder hvordan rapporter fra Ukom har blitt fulgt opp. Enkelte virksomheter forteller at bestemte rapporter er mye brukt, mens andre virksomheter i liten grad har integrert Ukoms arbeid i eget forbedringsarbeid.

Der rapportene har blitt tatt i bruk, får vi beskrevet følgende eksempler på verdi for tjenestene:

- Økt bevissthet om risikoområder: Flere informanter fremhever at rapportene har skjerpet oppmerksomheten på områder som også gjenkjennes lokalt, særlig psykisk helse, rus, legemiddelhåndtering og samhandling mellom nivåer.
- Refleksjon og interne undersøkelser: Rapporten om meldekultur og psykologisk trygghet har inspirert interne kartlegginger, og rapporten om gjentatte henvendelser til legevakt brukes som utgangspunkt for diskusjoner om praksis.
- Bruk i fagarbeid: Rapporten om sonder trekkes frem som et eksempel på klare og praktisk anvendbare råd som er tatt i bruk i faglig vurdering. Rapporten om festepunkter på pasientrom beskrives som aktivt brukt i psykisk helsevern.
- Endringer i rutiner og ansvarslinjer: I noen tilfeller har rapporter medvirket til konkrete endringer, som oppdatering av prosedyrer eller tydeliggjøring av ansvarslinjer. Rapporten om pasientsikkerhet for personer med alvorlig utviklingshemming har ifølge informanter ført til endringer i rutiner og flyt i habiliteringstjenester. Tilsvarende har andre rapporter bidratt til

oppdaterte prosedyrer og tydeliggjøring av ansvarlinjer på områder som ernæringsarbeid, legemiddelhåndtering og håndtering av alvorlige hendelser.

Enkelte kommuneoverleger og kommunale fagpersoner forteller at de har brukt rapporter fra Ukom som innsiktsgrunnlag i dialog med politisk nivå, administrasjon og tjenestene, blant annet innen legemiddelhåndtering, legevakt og oppfølging av sårbare grupper. Rapportene brukes som eksterne referanser som kan underbygge behovet for endring. Det påpekes at kjennskap til Ukom varierer mellom kommuner, og at rapportene ikke nødvendigvis er kjent for alle relevante ledere og fagmiljøer. Noen informanter opplever at rapportene i større grad brukes i større kommuner og miljøer som allerede har et utviklet forbedringsapparat.

På virksomhetsnivå beskriver flere ledere i spesialist- og kommunehelsetjenesten at Ukoms rapporter gir nytte ved å sette ord på komplekse systemutfordringer som de selv kjenner igjen, men som kan være krevende å få gjennomslag for i egen organisasjon. Rapportene brukes blant annet til å legitimere satsing på pasientsikkerhetsarbeid, til å underbygge behov for endring overfor egen ledelse og styre, og til å forankre forbedringstiltak som allerede er på trappene.

Informanter fra både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten peker på at hovedutfordringen i tjenestene ikke er mangel på kunnskap om hva som går galt, men mangel på tid og ressurser til å omsette kunnskapen til konkrete forbedringstiltak. Ukoms rapporter inngår som én av flere kunnskapskilder, og det er krevende for informantene å spore konkrete praksisendringer direkte tilbake til Ukoms arbeid. Ukoms bidrag beskrives oftere som en del av et samlet kunnskapsgrunnlag i et allerede etablert forbedringsarbeid, og tiltak og endringer kan sjelden tilskrives Ukom alene.

I spørreundersøkelsen rettet mot helsepersonell kommer det frem at kun 5,7 prosent av respondentene enten én eller flere ganger har opplevd at læringspunkter fra Ukoms rapporter er blitt diskutert og innført i virksomheten de arbeider i (Norstat, 2026).¹⁵

Har du opplevd at læringspunkter fra Ukoms rapporter har blitt diskutert og innført i den virksomheten du jobber for?	Andel
Ja, flere ganger	1,9%
Ja, en gang	3,8%
Nei, har ikke opplevd	80,1%
Usikker	14,3%

Tabell 12 Andel av respondenter i spørreundersøkelsen til helsepersonell som har opplevd at læringspunkter fra Ukoms rapporter er blitt diskutert og innført i virksomheten de jobber for (Norstat, 2026)

¹⁵ Det kan være tilfeller der læringspunkter er blitt diskutert og innført uten at respondentene vet at læringspunktene kommer fra Ukom sitt arbeid.

Blant ansatte i spesialisthelsetjenesten oppgir 8,2 prosent at de har opplevd at læringspunkter fra Ukom er tatt i bruk på arbeidsplassen (N = 342). Tilsvarende andel i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er 4,2 prosent (N = 429).

Andelen i spesialisthelsetjenesten trekkes opp av respondenter som arbeider innen psykisk helse og rus. I denne gruppen oppgir 13,9 prosent at læringspunkter er tatt i bruk (N = 115), mot 5,3 prosent blant øvrige ansatte i spesialisthelsetjenesten (N = 227). Denne differansen er statistisk signifikant på alle konvensjonelle signifikansnivåer ($p < 0.01$). At andelen som rapporterer om bruk av læringspunkter er høyere blant helsepersonell som arbeider med psykisk helse og rus i spesialisthelsetjenesten, samsvarer med informasjon fra intervjuene, hvor det flere ganger er blitt vist til at rapportene knyttet til psykisk helse har blitt ansett som spesielt relevante og engasjerende.

To yrkesgrupper skiller seg positivt ut. 23 prosent av psykologene og 12 prosent av vernepleierne rapporterer at læringspunkter fra Ukoms rapporter har blitt benyttet en eller flere ganger. Selv om utvalgsstørrelsen for psykologer ($n = 22$) og vernepleiere ($n = 58$) er relativt liten, er forskjellen statistisk signifikant fra resten av populasjonen.

6.2.4 Bidrag til åpenhet og tillit

Et sentralt spørsmål i evalueringen er om Ukoms sanksjonsfrihet bidrar til åpenhet og tillit, og dermed gir tilgang til innsikt som ellers ikke ville vært tilgjengelig. Sanksjonsfrihet er et sentralt prinsipp både innen sikkerhetsfaget og i internasjonale rammeverk for sikkerhetsundersøkelser i andre sektorer. Vi innleder derfor delkapittelet med en kort gjennomgang av sanksjonsfrihet slik det omtales i sikkerhetsfaget. Deretter presenterer vi funn fra intervjumaterialet og spørreundersøkelsen med helsepersonell. For å belyse spørsmålet empirisk skiller vi mellom hva informantene uttrykker som viktig når de blir spurt direkte i intervjuer («uttalte preferanser»), og hva respondentene i spørreundersøkelsen vektlegger når ulike hensyn må veies opp mot hverandre («avslørte preferanser»)¹⁶.

Sikkerhetsfaget: Sanksjonsfrihet og «just culture»

Innen sikkerhetsfaget fremheves sanksjonsfrihet som et sentralt premiss for åpenhet og læring etter alvorlige hendelser. Fagtradisjonen springer ut av Reasons arbeider om «just culture» («rettferdighetskultur») som en grunnpilar i en positiv sikkerhetskultur, der ansatte kan rapportere risiko, nestenulykker og feil uten frykt for å bli urettferdig klandret eller straffet (Reason, 1997). Nyere bidrag har argumentert at sanksjonsorienterte prosesser svekker vilje til å rapportere, påvirker hva ansatte deler og hvordan de forteller historien sin, og kan redusere organisasjoners evne til å lære av feil (Dekker & Breakey, 2016; Kaur m.fl., 2019). Litteratur fra helsesektoren trekker i samme retning: at frykt for

¹⁶ Uttalte og avslørte preferanser er oversatt fra «stated» og «revealed preferences». Med avslørte preferanser mener vi her hvordan respondentene prioriterer mellom hensyn i tenkte avveinings situasjoner i spørreundersøkelsen – ikke observert atferd i reelle situasjoner. Dette skiller seg fra klassisk økonomisk teori hvor avslørte preferanser observeres gjennom faktisk atferd.

disiplinære reaksjoner reduserer viljen til å melde fra, og til å snakke åpent om underliggende årsaker, mens rettfærdig behandling og psykologisk trygghet øker sannsynligheten for at systemsvikt blir avdekket (van Baarle m.fl., 2022; Edmondson, 2018). Sanksjonsfrihet og ansvarliggjøring står imidlertid ikke nødvendigvis i motsetning til hverandre: en velfungerende «just culture» forutsetter både fravær av urettferdig sanksjonering og at det finnes tydelige mekanismer for læring og ansvar (Dekker & Breakey, 2016; Wachter & Pronovost, 2009).

De siste årene er det også argumentert spesifikt for behovet for uavhengige sikkerhetsundersøkelser i helsetjenesten, etter mønster fra luftfart og andre sikkerhetskritiske sektorer. Macrae og Vincent (2014, 2017) påpeker at slike organer forutsetter et tydelig skille mellom undersøkelse og tilsyn, og av et «safe space» der involverte kan dele informasjon uten at det senere brukes mot dem. Også arbeidet med å utvikle et internasjonalt kompetanserammeverk for «healthcare safety investigators» legger til grunn at undersøkelser skal være lærings- og systemorienterte, og at undersøkere må operere i et miljø som er tydelig adskilt fra et skyld- og ansvarsspor (Hide m.fl., 2026).

Disse prinsippene er nedfelt i internasjonale rammeverk for sikkerhetsundersøkelser i andre sektorer. ICAO-regelverket fastslår at formålet med undersøkelser av luftfartsulykker og -hendelser er forebygging, ikke å fordele skyld eller ansvar (ICAO, 2024, pkt. 3.1). Tilsvarende er gjennomført i europeisk luftfartslovgivning, jf. forordning (EU) 996/2010. ICAO Annex 13 og Annex 19 inneholder i tillegg egne bestemmelser om beskyttelse av forklaringer, opptak og annen informasjon fra undersøkelsen, slik at materialet ikke benyttes i disiplinære, sivile, administrative eller strafferettslige prosesser, med unntak av kvalifiserte tilfeller som grov uaktsomhet eller forsettlig handling (ICAO, 2024, Annex 13 og 19).

Sett under ett fremstår sanksjonsfrihet dermed som én av flere gjensidig forsterkende forutsetninger for læringsorienterte undersøkelser, sammen med uavhengighet, beskyttelse av informasjon, ivaretagelse av involverte og prosessuell rettfærdighet.

Uttalte preferanser: Funn fra intervjuene

Informanter fra Ukom beskriver sanksjonsfrihet som en av de mest grunnleggende forutsetningene for kommisjonens arbeid, og som den tydeligste forskjellen mellom Ukom og tilsynsmyndighetene. Sanksjonsfriheten omtales som avgjørende for å skape åpenhet og tillit i møter med helsepersonell, og som en nøkkel til at informanter deler detaljerte erfaringer om feil, usikkerhet og svikt.

En gjennomgående tilbakemelding fra administrasjon og ledelse i kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og profesjonsorganisasjoner er at sanksjonsfrihet reelt senker terskelen for å dele informasjon for helsepersonell. Disse forteller at helsepersonell i større grad våger å dele åpne, nyanserte og selvkritiske beskrivelser av hendelser til Ukom enn til tilsynsmyndighetene. Det pekes også på at tilsynsbesøk i seg selv kan oppleves som en form for sanksjon, selv om det ikke foreligger konkrete reaksjoner, og at dette gjør Ukom viktig for å få frem erfaringer som ellers kunne blitt holdt tilbake.

PwC har hatt begrensede muligheter til å intervju helsepersonell som selv har vært involvert i Ukoms undersøkelser, og utvalget er lavt. Dette skyldes at Ukom ikke har ønsket å formidle kontakt med aktuelle personer, begrunnet i hensynet til deres anonymitet. De intervjuene vi har gjennomført, gir ikke et entydig bilde av at sanksjonsfrihet alene er avgjørende for åpenhet og tillit.¹⁷ Informantene fremhever at tydelighet i formål, forutsigbarhet i prosessen, relevant involvering og god ivaretagelse av ansatte har vesentlig betydning for hvordan undersøkelsene oppleves. Informantene beskrives tilfeller der det har vært mulig å identifisere hvilket helseforetak som har vært gjenstand for Ukoms undersøkelser, og hvor involvert personell i etterkant har mottatt kritikk fra innbyggere i sitt nærmiljø basert på opplysninger som har kommet frem i rapporten fra Ukom. Samtidig pekes det på at Ukoms rapportform, mediestrategi og publiseringspraksis i enkelte tilfeller oppleves som tabloid. Slike erfaringer beskrives som en form for indirekte sanksjonering, og informantene mener dette kan undergrave den tilliten sanksjonsfriheten er ment å bygge opp.

Informanter fra tilsynsmyndighetene og enkelte helseforetak nyanserer bildet av sanksjonsfrihetens betydning ytterligere. Flere representanter fra tilsynsmyndighetene mener at forskjellen i reell åpenhet mellom Ukom og tilsyn er mindre enn det ofte fremstilles som, og at helsepersonell som hovedregel også er åpne overfor tilsyn når prosessene oppleves rettferdige og forutsigbare. De peker på at frykt for sanksjoner i mange tilfeller er knyttet til lokale forhold heller enn til tilsynsorganene som sådanne. Enkelte fylkesleger og klinikere mener at frykten for sanksjoner til dels er overdrevet, og at det i praksis er få varslingsaker som ender med reaksjoner mot enkeltpersoner. Disse informantene fremhever at også tilsynsmyndighetene arbeider med systemperspektiv, og at de ved etterrettelig og transparent praksis kan få tilgang til mye av den samme informasjonen. Samtidig understreker de at narrativet om Ukom som den «trygge» instansen og tilsynet som den «sanksjonerende» instansen har betydning for hvordan aktørene oppfattes ute i tjenestene, og at dette narrativet også påvirker hvordan helsepersonell vurderer hvor de vil varsle.

Avslørte preferanser: Funn fra spørreundersøkelsen

I spørreundersøkelsen rettet mot helsepersonell ble respondentene spurt om hva som er viktig for dem dersom de skulle vurdere å varsle eller melde om en alvorlig hendelse som har intruffet på arbeidsplassen. Respondentene ble bedt om å vurdere et utvalg kriterier på en skala fra én til fem.

Respondentene vurderer det som viktigst at den alvorlige hendelsen bidrar til læring, både på egen arbeidsplass og i helse- og omsorgssektoren som helhet. Videre vurderes det som «ganske viktig» at virksomheten det varsles om får pålegg om å rette opp forhold og mangler, at involverte enkeltpersoner blir holdt ansvarlige på egnet vis og at det ikke skal få negative konsekvenser for respondenten

¹⁷ De informantene PwC har snakket med, er spilt inn av andre informanter i evalueringen og har deretter frivillig stilt opp til intervju. Antallet informanter er begrenset, og observasjonene må leses i lys av dette. Det kan ikke utelukkes at informanter med sterke erfaringer, positive eller negative, er overrepresentert blant dem som har stilt til intervju.

personlig. Hensynet til at meldingen ikke skal få negative konsekvenser for involverte enkeltpersoner eller virksomheten vurderes som verken viktig eller uviktig, mens anonymitet ved varsling samlet sett vurderes som lite viktig.

	Vektet score	
At min arbeidsplass lærer av hendelsen	4,81	Veldig viktig
At helse- og omsorgssektoren i stort lærer av hendelsen	4,69	
At virksomheten jeg varsler om får pålegg om å rette opp forhold og mangler	4,40	
At involverte enkeltpersoner blir holdt ansvarlig på egnet vis	3,97	Ganske viktig
At det ikke får negative konsekvenser for meg personlig	3,61	
At det ikke får negative konsekvenser for involverte enkeltpersoner	3,46	Verken viktig eller uviktig
At det ikke får negative konsekvenser for virksomheten jeg jobber for	2,84	
At ingen vet at det er jeg som har varslet/meldt fra	2,53	

Figur 10 Hva vektlegger respondentene som viktig når de vurderer å varsle/melde om alvorlige forhold på arbeidsplassen? (Norstat, 2026)

Videre ble respondentene spurt om å vurdere hvilke forhold som er viktige for at de skal kunne snakke åpent og ærlig i forbindelse med en pågående undersøkelse av en uønsket hendelse på egen arbeidsplass. Funnene er i hovedsak sammenfallende med spørsmålet om varsling.

Respondentene vurderer det som «veldig viktig» at egen arbeidsplass og sektoren lærer av hendelsen, at den eller de respondentene snakker med har tilstrekkelig faglig innsikt i den aktuelle problemstillingen, samt at virksomheten det gjelder får pålegg om å rette forhold og mangler. Videre vurderes både «at involverte enkeltpersoner blir holdt ansvarlige på egnet vis» og «at det ikke får negative konsekvenser for meg personlig» som ganske viktig. Hensynet til at undersøkelsen ikke skal få negative konsekvenser for involverte enkeltpersoner eller virksomheten, samt behovet for anonymitet, vurderes som verken viktig eller uviktig.

	Vektet score	
At min arbeidsplass lærer av hendelsen	4,77	
At helse- og omsorgssektoren i stort lærer av hendelsen	4,66	
At den/de jeg snakker med har faglig innsikt i problemstillingen/fagområdet	4,61	
At virksomheten jeg varsler om får pålegg om å rette opp forhold og mangler	4,54	
At involverte enkeltpersoner blir holdt ansvarlig på egnet vis	4,01	
At det ikke får negative konsekvenser for meg personlig	3,84	
At det ikke får negative konsekvenser for involverte enkeltpersoner	3,51	
At jeg er anonym og ingen får vite at jeg har snakket med dem	3,21	
At det ikke får negative konsekvenser for virksomheten jeg jobber for	2,88	

Figur 11 Hva vektlegger respondentene som viktig når de skal snakke åpent og ærlig om en uønsket hendelse på arbeidsplassen? (Norstat, 2026)

I spørreundersøkelsen ble respondentene også spurt om hvorvidt de mener at muligheten for reaksjoner og sanksjoner påvirker viljen til å dele informasjon i forbindelse med en undersøkelse av en alvorlig hendelse.

Hvordan oppfatter respondentene at muligheten for sanksjoner påvirker viljen til å dele?	Andel
Muligheten for sanksjoner og reaksjoner gjør meg og andre mer villig til å dele informasjon	20%
Muligheten for sanksjoner og reaksjoner påvirker ikke min eller andres vilje til å dele informasjon	40%
Muligheten for sanksjoner og reaksjoner gjør meg og andre mindre villig til å dele informasjon	41%

Tabell 13 Oppfattet effekt av muligheten for sanksjoner på viljen til å dele informasjon (Norstat, 2026)

19,6 prosent av respondentene svarte at muligheten for sanksjoner gjør dem selv og andre mer villige til å dele informasjon, mens 39,8 prosent svarte at muligheten for reaksjoner og sanksjoner gjør dem selv og andre mindre villige til å dele informasjon. 40,6 prosent svarte at muligheten for sanksjoner ikke har betydning for viljen til å dele informasjon. Disse resultatene må også leses i lys av svarene på øvrige spørsmål i undersøkelsen. Vi kommer nærmere tilbake til dette i vår vurdering i 6.3.

6.2.5 Nytte for pasienter og pårørende

Informanter fra pasient- og pårørendeorganisasjoner løfter frem Ukoms behandling av pasient- og pårørendestemmer som et viktig bidrag fra kommisjonen. De beskriver at Ukom i større grad enn tradisjonelle tilsynsaktører inkluderer pasienter og pårørende i utredningsarbeidet, og at deres erfaringer og stemmer synliggjøres i rapportene på en måte som oppleves gjenkjennbar og anerkjennende. Dette

gjelder både konkrete enkelthistorier og mer strukturelle erfaringer, for eksempel knyttet til informasjon, medvirkning og ivaretagelse etter alvorlige hendelser.

Informantene trekker frem eksempler på at Ukoms rapporter har bidratt til konkrete forbedringer som har betydning for pasienter og pårørende, som endring i rutiner og fysisk tilrettelegging ved enkelte institusjoner. Rapporten «Dødsfall på en akuttpsykiatrisk sengepost» ble trukket frem av en informant fra en pasient- og pårørendeorganisasjon som et eksempel på at Ukoms rapporter kan bidra til lokal refleksjon og endringer. Informanten beskrev at rapporten førte til at institusjonen som rapporten omhandlet gjennomgikk rutiner og gjorde fysiske tilpasninger, og at rapporten også fikk andre aktører til å vurdere om tilsvarende hendelser kunne skjedd hos dem. Informanter som arbeider med psykisk helse og rus påpeker at Ukom har belyst temaer som tidligere har vært mindre synlige, og at rapportene har bidratt til å løfte frem risikoområder og brukerperspektiver for denne gruppen.

Det presiseres at observasjoner av nytte for pasienter og pårørende bygger på intervjuer med pasient- og pårørendeorganisasjoner. PwC har ikke hatt mulighet til å intervjuer enkeltpasienter eller pårørende som har vært involvert i Ukoms undersøkelser, da disse er beskyttet av Ukoms strenge taushetsplikt. Det er derfor særlig krevende å spore konkrete praksisendringer som har hatt direkte betydning for denne gruppen.

6.3 PwCs vurdering av Ukoms nytteverdi

Nedenfor gir vi vår vurdering av Ukoms nytteverdi mot de fire evalueringskriteriene som ble presentert innledningsvis. Vurderingene bygger på observasjonene i avsnitt 6.2 og anvender effektkjeden (jf. avsnitt 6.1, figur 9) som analytisk ramme.

Samlet vurderer PwC at Ukom moderat og ujevnt fordelt nytte. Verdien er tydeligst i form av oppmerksomhet og refleksjonsgrunnlag i deler av tjenesten og synliggjøring av pasient- og pårørendeperspektivet. Det finnes også eksempler på lokale praksisendringer i tjenesten, men nytten i form av bredere systemisk gjennomslag og bidrag til nasjonale styringsprosesser er mer begrenset. Effektkjeden brytes i hovedsak etter formidlingsleddet.

6.3.1 Ukom skaper moderat og variabel nytte

E8 og E9: Ukoms arbeid har bidratt til læring og konkret forbedring i helse- og omsorgstjenesten og har gitt nytteverdi for myndigheter og nasjonalt nivå.

Læring og forbedring i tjenesten

PwC vurderer at Ukom bidrar til læring og forbedring i helse- og omsorgstjenestene, men at nytteverdien er ujevnt fordelt og i mange tilfeller begrenset i dokumenterbart omfang.

I tjenestene brukes rapportene enkelte steder som grunnlag for refleksjon og dialog, og vi ser eksempler på at de har utløst konkrete endringer lokalt – som oppdatering av prosedyrer, tydeliggjøring av ansvarlinjer og endret tilnærming til ernæringsarbeid og legemiddelhåndtering. Rapportene fungerer også som legitimeringsverktøy for ledere som ønsker å prioritere pasientsikkerhetsarbeid, og som læringsmaterieill i virksomheter som allerede arbeider aktivt med kvalitetsforbedring.

Mønsteret i spørreundersøkelsen – hvor særlig psykologer, vernepleiere og ansatte i psykisk helse og rus rapporterer om bruk av læringspunkter – tyder på at Ukoms nytteverdi er størst der kommisjonen har bygget opp tematisk dybde gjennom flere undersøkelser. Dette peker mot at nytteverdien kan styrkes ved en mer konsentrert og oppfølgende arbeidsform på utvalgte risikoområder.

Observasjonene viser flere eksempler på lokal nytte av Ukoms rapporter, men det kan ikke påvises at rapportene og anbefalingene i disse i vesentlig grad tas i bruk i sektoren eller har utløst større organisatoriske endringer. Rapportene inngår som én av flere kunnskapskilder, og det er metodisk krevende å attribuere konkrete tiltak til Ukoms arbeid. Dette gjenspeiles i spørreundersøkelsen til helsepersonell, hvor kun 5,7 prosent oppgir at læringspunkter fra Ukoms rapporter er blitt diskutert og innført i virksomheten de arbeider i. Det er samtidig vanskelig å si noe sikkert om det reelle omfanget av praktiske endringer, ettersom effektene ikke måles systematisk – verken av Ukom eller av mottakerne.

Flere forhold svekker potensialet for nytte. Det finnes ikke et etablert, helhetlig system for oppfølging av anbefalinger, og implementeringen blir i praksis overlatt til lokale initiativ og kapasitet. Et sentralt funn fra intervjuene er at hovedutfordringen i tjenestene ikke er mangel på kunnskap om hva som går galt, men mangel på tid og ressurser til å omsette kunnskap til konkrete forbedringstiltak. Dette har en viktig implikasjon: marginalnyttens av flere rapporter kan være avtagende dersom det ikke samtidig etableres sterkere mekanismer for mottak, prioritering og oppfølging i tjenestene. Det er derfor ikke gitt at økt rapportproduksjon i seg selv vil øke nytteverdien – snarere er det styrket implementeringskapasitet og tydeligere koblinger til etablerte forbedringsprosesser som fremstår som de viktigste forutsetningene for økt gjennomslag.

Nytteverdi for myndigheter og nasjonalt nivå

PwC vurderer at Ukoms bidrag til nasjonale myndigheter er nyttig i enkeltsaker der rapportene tilfører analyser eller innsikt som utfyller eksisterende datagrunnlag, men mer begrenset på områder der myndighetene allerede har omfattende informasjon.

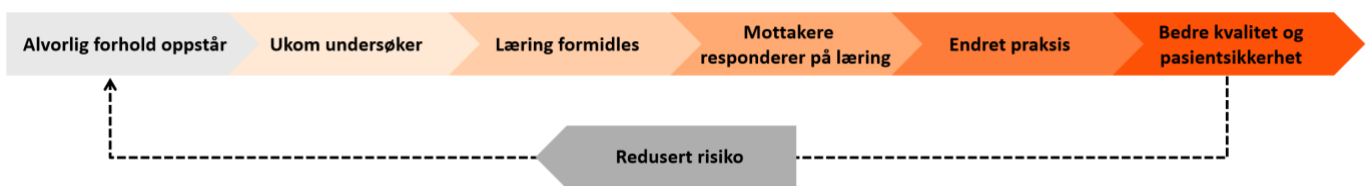
Det finnes eksempler på at Ukoms rapporter har gitt merverdi til normerende arbeid i Helsedirektoratet og bidratt til økt oppmerksomhet om risikoområder hos tilsynsmyndighetene. Samtidig beskriver representanter for tilsynsmyndighetene og direktoratet at den direkte nytteverdien av anbefalingene i deres eget arbeid er begrenset. Rapportenes tematikk overlapper i mange tilfeller med områder myndighetene allerede har undersøkt, og rapportene oppleves ikke alltid å tilføre ny kunnskap.

Fravær av en systematisk mekanisme for å koble Ukoms funn og anbefalinger til nasjonale styrings- og prioriteringsprosesser svekker nytteverdien på dette nivået. Uten slike mekanismer forblir oppfølgingen av Ukoms anbefalinger avhengig av at enkeltaktører på nasjonalt nivå aktivt velger å ta dem inn i eget arbeid. PwC vurderer at fraværet av slike mekanismer svekker den nasjonale læringseffekten betydelig, og reduserer realiseringen av det potensialet en egen undersøkelseskommisjon representerer.

PwC vurderer at nytteverdien for nasjonalt nivå kunne vært høyere dersom Ukoms rapporter i større grad ble koblet til pågående prosesser, dersom anbefalingene ble adressert med tydeligere mottaker og forventet oppfølging, og dersom det forelå en mer systematisk mekanisme for tilbakemelding fra adressatene.

Effektkjeden etter formidling er svak

PwC vurderer at Ukoms nytte i effektkjeden (figur 12) i stor grad kan spores frem til punktet som dekker Ukoms formidling av læring, mens det er begrenset sporbarhet videre i kjeden. Datagrunnlaget viser at Ukom undersøker uønskede hendelser, utarbeider rapporter og arbeider aktivt med å formidle innsikten fra undersøkelsene. Etter dette punktet er det imidlertid vanskeligere å finne godt dokumenterte og systematiske eksempler på at anbefalinger og læringspunkter tas i bruk, og omsettes til tiltak som kan gi bedre kvalitet og pasientsikkerhet.



Figur 12 Effektkjede for nytte av Ukoms undersøkelser

Realiseringen av nytte begrenses av forhold som i stor grad ligger utenfor Ukoms direkte kontroll: fravær av oppfølgingsmekanismer for anbefalinger (jf. kapittel 4), begrenset kjennskap til Ukoms rapporter (jf. kapittel 5), og manglende kobling til etablerte styrings- og forbedringsprosesser. Samtidig peker måloppnåelseskapittelet på forhold ved Ukoms egen praksis som forsterker denne sårbarheten – herunder variasjon i konkretiseringsgrad i læringspunktene og uklare mottakere for en betydelig andel av anbefalingene

Det kan innvendes at implementering av læring fra undersøkelser av uønskede hendelser er en generell utfordring i forvaltningen, og ikke et særtrekk ved Ukom.¹⁸ Samtidig viser funnene i denne evalueringen at bruddet i effektkjeden ikke først og fremst handler om treghet i implementering, men om at det ikke

¹⁸ Morris, Wooding & Grant viser til at det ofte oppgis et gjennomsnittlig tidsetterslep på 17 år fra forskningsbasert kunnskap foreligger til den er tatt i bruk i klinisk praksis. Forfatterne understreker samtidig at gjennomsnittet skjuler betydelig variasjon (Morris, Wooding, & Grant, 2021).

finnes etablerte strukturer for å sikre at læring fra Ukoms arbeid mottas, behandles og følges opp i sektoren.

Samlet vurderer PwC at Ukoms arbeid har bidratt reell læring og bevisstgjøring, men at nytteverdien er moderat og variabel.

6.3.2 Datagrunnlaget gir ikke grunnlag for å konkludere om sanksjonsfrihetens betydning

E10: Ukoms sanksjonsfrihet har bidratt til åpenhet og tillit som gir tilgang til innsikt som ellers ikke ville vært tilgjengelig

PwC vurderer at det er en spenning mellom hva informantene sier om sanksjonsfrihetens betydning («uttalte preferanser»), og hva spørreundersøkelsen avdekker om hva helsepersonell faktisk vektlegger når de vurderer å varsle eller dele informasjon («avslørte preferanser»).

I intervjumaterialet beskrives sanksjonsfrihet gjennomgående som en av de mest grunnleggende forutsetningene for åpenhet, særlig av Ukoms egne ansatte, ledere i tjenestene og profesjonsorganisasjoner. Dette samsvarer med perspektiver innen sikkerhetsfaget, som fremhever fravær av sanksjoner som sentralt for å få frem åpen og fullstendig informasjon i undersøkelser av alvorlige hendelser. PwC har ikke hatt mulighet til å undersøke denne påstanden empirisk, da vi ikke har fått intervjuet Ukoms informanter på grunn av virksomhetens taushetsplikt. Spørreundersøkelsen viser imidlertid et mer sammensatt bilde når respondentene må prioritere mellom flere hensyn. Det helsepersonell selv vektlegger sterkest når de vurderer å varsle eller snakke åpent, er læring, pålegg til virksomheten om å rette opp forhold, og at involverte holdes ansvarlig. Hensyn knyttet til anonymitet og fravær av negative konsekvenser for involverte vurderes som mindre viktig. På spørsmål om hvordan muligheten for sanksjoner påvirker viljen til å dele informasjon, oppgir om lag 40 prosent at det reduserer viljen, mens en like stor andel oppgir at det ikke har betydning. 20 prosent vil dele mer.

Dette mønsteret kan tolkes på flere måter. Én tolkning er at sanksjonsfrihet er viktig for en del av helsepersonellet, men ikke nødvendigvis det dominerende hensynet for flertallet. En annen er at helsepersonell faktisk vektlegger ansvarliggjøring og pålegg som læringsmekanismer – altså mekanismer som ligger nærmere tilsynets verktøykasse enn Ukoms. Samtidig peker litteraturen på at sanksjonsfrihet og ansvarliggjøring ikke nødvendigvis står i motsetning til hverandre: en velfungerende «just culture» forutsetter både fravær av urettferdig sanksjonering og tydelige mekanismer for læring og ansvar (Dekker & Breakey, 2016; Wachter & Pronovost, 2009). At respondentene vektlegger læring og ansvarliggjøring høyt, kan derfor like gjerne uttrykke et ønske om begge deler, snarere enn en preferanse for et sanksjonsspor fremfor et sanksjonsfritt spor. Funnene utfordrer likevel fortellingen om sanksjonsfrihet som det enkeltstående avgjørende premisset for åpenhet.

Funnene må samtidig leses med metodisk varsomhet. Intervjuer og spørreundersøkelser fanger opp holdninger og selvrapporterte vurderinger, men gir begrenset grunnlag for å si hvordan rammebetingelser faktisk påvirker adferd i konkrete undersøkelsessituasjoner. Sanksjonsfrihetens praktiske betydning i dag kan dessuten være tett knyttet til et etablert narrativ om Ukom som «trygg» og tilsynet som «sanksjonerende». Et slikt narrativ kan ha selvstendige effekter på meldeatferd, uavhengig av faktiske forskjeller i hvordan informasjon behandles.

Forskjeller i innsikt mellom Ukom og tilsynsmyndighetene kan også forklares av andre forhold enn sanksjonsfrihet, slik som ulik arbeidsform, ulikt analysenivå (virksomhet eller system), ulik type spørsmål og ulik strukturering av datainnhenting. Datagrunnlaget gir derfor ikke grunnlag for å isolere sanksjonsfrihetens selvstendige bidrag.

I tillegg viser observasjonene at Ukoms publiseringspraksis og kommunikasjonsform i enkelte saker oppleves som belastende, og som en form for indirekte sanksjon for involvert helsepersonell. Formell sanksjonsfrihet gir dermed ikke automatisk opplevd sanksjonsfrihet, og graden av identifiserbarhet i rapportene har selvstendig betydning for tilliten i tjenesten.

Samlet vurderer PwC at datagrunnlaget ikke gir grunnlag for å konkludere entydig om sanksjonsfrihetens betydning for Ukoms tilgang til innsikt. Funnene peker i ulike retninger, og evalueringens metodiske rammer setter grenser for hvor langt det er forsvarlig å trekke slutninger. Selv om helsepersonell på direkte spørsmål verdsetter sanksjonsfrihet, tyder spørreundersøkelsen på at også hensynet til at problemer faktisk blir tatt tak i og resulterer i læring og ansvarliggjøring, påvirker vilje til å dele informasjon. Sett i lys av sikkerhetsfaglig litteratur fremstår sanksjonsfrihet som én av flere forhold som bidrar til åpenhet og tillit i undersøkelser av alvorlige forhold, sammen med for eksempel ansvarliggjøring, beskyttelse av informasjon, ivaretagelse av involverte og potensialet for læring,

6.3.3 Ukom har bidratt til å løfte frem pasient- og pårørendeperspektivet

E11: Ukom har ivaretatt og synliggjort pasient- og pårørendeperspektivet.

PwC vurderer at Ukom har bidratt til å løfte og synliggjøre pasient- og pårørendeperspektivet på en måte som skiller seg fra øvrige aktører i sektoren. Dette utgjør en reell nytteverdi i form av anerkjennelse, gjenkjenning og legitimering av erfaringer som tidligere har vært mindre synlige – særlig innenfor psykisk helse og rus.

Datagrunnlaget gir derimot få konkrete eksempler på at Ukoms arbeid har ført til endringer med direkte og målbar betydning for pasienter og pårørende. Som for de øvrige nyttedimensjonene brytes effektkjeden etter formidlingsleddet: nytten forutsetter at virksomhetene som møter pasienter og følger opp pårørende, faktisk iverksetter anbefalinger og tiltak fra Ukom.

7 Ukoms kostnadseffektivitet

7.1 Evalueringsramme og kriterier

Med kostnadseffektivitet mener vi forholdet mellom ressursbruken i Ukom og resultatene som er oppnådd. Gjennomgangen tar utgangspunkt i følgende evalueringskriterier:

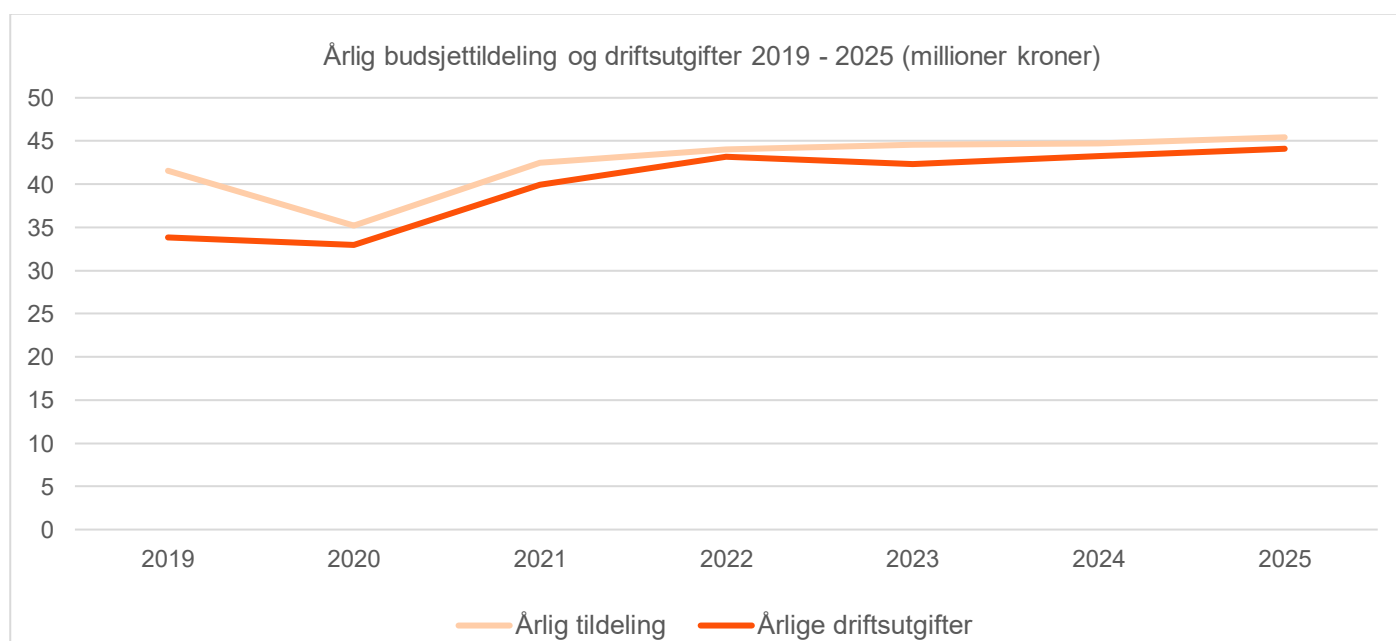
- E12: Ukoms ressursbruk står i rimelig forhold til omfanget og kvaliteten på leveransene
- E13: Ukom har systemer for intern ressursstyring som muliggjør effektiv drift og læring
- E14: Ukoms arbeidsprosesser understøtter effektiv gjennomføring av undersøkelser

Som drøftet i kapittel 6 om nytteverdi, er det svak sporbarhet i effektkjeden etter at Ukom har formidlet sine funn, noe som gjør det vanskelig å vurdere ressursbruk opp mot endelig samfunnseffekt. PwC vurderer derfor kostnadseffektivitet primært opp mot produksjonsvolum, sammenlignbare kostnader og intern prosesseffektivitet.

7.2 Observasjoner og funn

7.2.1 Ressursrammer og utnyttelse

Ukom har i perioden 01.01.2019 til 31.12.2025 mottatt en samlet tildeling på 298 millioner kroner (Regjeringen, 2026). Med unntak av oppstartsåret 2019, hvor utnyttelsesgraden var 81 prosent av den totale tildelingen, har utnyttelsesgraden ligget stabilt mellom 94 og 98 prosent.



Figur 13 Ukoms årlige budsjettildeling og driftsutgifter - 2019-2025

De samlede driftsutgiftene i perioden utgjorde 281 millioner kroner (Ukom, 2026). Den største kostnadsposten er lønnskostnader, som etter oppstartsåret har utgjort mellom 69 og 78 prosent av

driftsutgiftene. For regnskapsåret 2025 er andre større kostnadsposter husleie, kjøp av tjenester til løpende driftsoppgaver knyttet til IKT, kjøp av andre fremmede tjenester og reisekostnader (alle over 2 prosent av tildelingen). Ukom har en høy andel lønnskostnader sammenliknet med andre forvaltningsorganer under HOD, noe vi mener kan forklares med at virksomheten har relativt lave husleiekostnader og få andre sentrale innsatsfaktorer i sin produksjon enn egen arbeidskraft, ordinært kontor- og IT-utstyr samt noe reisevirksomhet.

År	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Tildeling (mill. kr)	41,57	35,20	42,50	44,02	44,56	44,71	45,42
Driftsutgifter (mill. kr)	33,83	32,96	39,89	43,15	42,33	43,26	45,26
Utnyttelsesgrad av budsjettet	81%	94%	94%	98%	95%	97%	97%
Lønnskostnad (mill. kr)	19,62	24,66	27,68	30,62	31,80	33,67	35,23
Lønnsandel	58%	75%	69%	71%	75%	78%	78%
Antall utførte årsverk	17	20	22	22	22	23	23
Antall ansatte ved årsslutt	26	26	29	30	29	28	27
Antall publiserte rapporter	0	4	5	4	6	5	3

Tabell 14 Nøkkeltall fra driften (Ukom, 2026; Regjeringen, 2026)

Antall ansatte har ligget stabilt mellom 26 og 30, hvorav 4–6 har vært ansatt i 20 prosent deltidstillinger. De deltidsansatte har hatt sin hovedarbeidsgiver i kliniske virksomheter utenfor Rogaland (Ukom, 2025).

Ukom publiserte i perioden 2019–2025 totalt 27 rapporter. Dette gir en gjennomsnittlig driftskostnad per publikasjon på 10,4 millioner kroner for hele perioden. Disse tallene omfatter samtlige driftskostnader, inkludert ledelse, administrasjon og formidlingsvirksomhet, og overvurderer dermed den reelle kostnaden per undersøkelse. Et nærmere estimat følger i kapittel 7.2.3.

7.2.2 Lønnskostnader og sammenligning med andre virksomheter

Ukom hadde lønnskostnader på 35,2 millioner kroner i 2025, inkludert ordinær lønn, feriepenger, arbeidsgiveravgift, pensjonskostnader og andre ytelser (Ukom, 2026). Det ble utført 23 årsverk, noe som gir en gjennomsnittlig lønnskostnad på 1,53 millioner kroner per utførte årsverk.

For å vurdere om dette nivået er rimelig, har vi gjort en sammenligning med åtte andre statlige virksomheter. Utvalget er valgt ut fra tre dimensjoner av sammenlignbarhet: geografisk plassering, ansattes fagbakgrunn og ansiennitet, samt samfunnsoppdrag og oppgavetype. Tabellen nedenfor oppsummerer sammenligningsgrunnlaget.

Virksomhet	Begrunnelse for sammenligning
Helsetilsynet	Statlig virksomhet som mottar meldinger om og undersøker uønskede hendelser. Arbeider med kvalitet og pasientsikkerhet
Statsforvalteren i Rogaland	Statlig virksomhet lokalisert i Stavanger. Mottar meldinger om og undersøker uønskede hendelser. Arbeider med kvalitet og pasientsikkerhet.
Havindustritilsynet	Statlig virksomhet lokalisert i Stavanger.
Sokkeldirektoratet	Statlig virksomhet lokalisert i Stavanger.
Helsedirektoratet	Statlig virksomhet innenfor helse- og omsorgssektoren. Arbeider med kvalitet og pasientsikkerhet. Gjør kunnskapsformidling og gir faglige råd.
FHI	Statlig virksomhet innenfor helse- og omsorgssektoren. Gjør kunnskapsformidling og gir faglige råd.
Riksrevisjonen	Statlig virksomhet med organisatoriske fellestrekk. Delvis overlapp i kunnskapsproduksjon
Statens havarikommisjon	Statlig virksomhet med organisatoriske fellestrekk. Undersøkelseskommisjon

Tabell 15 Begrunnelse for sammenligning

Dataene for lønnskostnader er hentet fra årsregnskapene for 2025, fra notene om lønnskostnader, og presenteres i tabellen nedenfor¹⁹. Sykepengerefusjoner er trukket fra.²⁰

¹⁹ Kilder: (Folkehelseinstituttet, 2026; Havindustritilsynet, 2026; Helsedirektoratet, 2026; Helsetilsynet, 2026; Riksrevisjonen, 2026; Statens havarikommisjon, 2026; Statsforvalteren i Rogaland, 2026; Ukom, 2026)

²⁰ Sykepengerefusjoner er trukket fra lønnskostnadene i notene, men forskjeller i sykefravær mellom virksomhetene kan likevel slå ut i forholdstallet lønn per utførte årsverk, ettersom virksomhetene selv bærer lønn i arbeidsgiverperioden og for lønn over 6 G. Ukom hadde i 2025 et samlet sykefravær på 5,9 prosent, hvorav 2,5 prosent var korttidsfravær (Ukom, 2026). Sammenlignet med nasjonale tall (6,58 prosent samlet, 1,03 prosent egenmeldt) ligger Ukoms totale fravær lavere (Statistisk sentralbyrå, 2026), mens korttidsfraværet er noe høyere, selv om disse målene ikke er direkte sammenlignbare. Samlet sett virker det likevel usannsynlig at sykefravær har bidratt til å løfte Ukoms lønnskostnader per utførte årsverk unaturlig høyt.

Virksomhet	Hovedkontor	Lønnskostnader (MNOK)	Utførte årsverk	Lønnskostnad per utført årsverk (MNOK)	Lønnskostnad per utført årsverk (% av Ukom)
Havindustritilsynet	Stavanger	286	176	1,62	106 %
Ukom	Stavanger	35	23	1,53	100 %
Sokkeldirektoratet	Stavanger	262	182	1,44	94 %
Statens havarikommisjon	Lillestrøm	69	50	1,38	90 %
Helsetilsynet	Oslo	140	110	1,28	83 %
Riksrevisjonen	Oslo	506	410	1,24	81 %
Statsforvalteren i Rogaland	Stavanger	203	166	1,23	80 %
Helsedirektoratet	Oslo	1 386	804	1,18	77 %
Folkehelseinstituttet	Oslo	1 302	1 122	1,16	76 %

Tabell 16 Lønnskostnader for Ukom og sammenlignbare virksomheter

Med en lønnskostnad på 1,53 MNOK per gjennomførte årsverk, ligger Ukom høyere enn syv av de åtte virksomhetene vi sammenlikner med. Det er kun Havindustritilsynet (1,62 MNOK) som har høyere årsverkskostnader. Statsforvalteren i Rogaland, Helsetilsynet, Helsedirektoratet, Riksrevisjonen og FHI har lønnskostnader per gjennomførte årsverk i størrelsesorden 76–83 prosent av Ukoms nivå, mens Sokkeldirektoratet og Statens havarikommisjon ligger noe nærmere Ukom, på henholdsvis 94 og 90 prosent.

Geografisk plassering

Samtlige virksomheter i sammenligningen har hovedkontor i Oslo og Stavanger kommune, med unntak av Havarikommisjonen som ligger i Lillestrøm kommune. Ifølge SSBs lønnsstatistikk etter arbeidsstedskommune er Oslo og Stavanger kommune henholdsvis kommunene med tredje og fjerde høyest gjennomsnittlig månedslønn (Statistisk sentralbyrå, 2026). SSB peker på at det høye gjennomsnittlige lønnsnivået i Stavanger i stor grad forklares med at mange har jobber tilknyttet oljenæringen, og at dette bidrar til å trekke det generelle lønnsnivået i kommunene opp (Statistisk sentralbyrå, 2026). Selv om de Oslo-baserte virksomhetene i utvalget er lokalisert i en kommune med noe høyere gjennomsnittlig lønnsnivå enn Stavanger, ligger lønnsnivået i disse virksomhetene likevel 17–24 prosent lavere enn Ukom. Statsforvalteren i Rogaland er lokalisert i Stavanger, men har lønnskostnader per utførte årsverk på kun 80 prosent av Ukoms nivå.

Ansattes fagbakgrunn, ansiennitet og ledende stillinger

Ukom har i stor grad erfarne medarbeidere med lang fartstid fra helsetjenesten og tilsynsmyndighetene (Ukom, 2026), noe som typisk gir utslag i et høyere lønnsnivå. Helsetilsynet og Statsforvalteren i

Rogaland rekrutterer i stor grad fra de samme yrkesgruppene som Ukom, det vil si erfarne fagpersoner med helsefaglig bakgrunn, tilsynskompetanse og utredningskompetanse, men ligger henholdsvis 17 og 20 prosent lavere i lønnskostnad per årsverk. FHI, som blant annet sysselsetter medisinerere og forskere med lang spesialistutdanning, ligger 24 prosent lavere.

Havindustritilsynet og Sokkeldirektoratet ligger nærmest Ukom i lønnskostnader per årsverk, men disse rekrutterer fra en yrkesgruppe med bakgrunn fra petroleumsteknologi, ingeniørfag og geofag (Sokkeldirektoratet, 2026; Havindustritilsynet, 2026). Dette er en yrkesgruppe som ifølge SSBs lønnsstatistikk ligger blant de høyest lønnede i norsk arbeidsliv (Statistisk sentralbyrå, 2026).

Ukom har også en relativt stor ledelse. Av 23 årsverk, er det sju som står registrert som ledere på nettsiden til Ukom. Det er også sju personer som i vår spørreundersøkelse til ansatte i Ukom identifiserte seg som ledere. Dette innebærer at 30 prosent av de ansatte i Ukom har en lederstilling, noe som bidrar til å trekke lønnskostnader opp.

Samfunnsoppdrag og oppgavetype

Statens havarikommisjon er den virksomheten i utvalget som har størst likhet med Ukom i oppgavetype: begge er uavhengige undersøkelseskommisjoner som gjennomfører systemorienterte undersøkelser av alvorlige hendelser, uten myndighet til å fatte vedtak eller ilegge sanksjoner. Lønnskostnaden per utførte årsverk er 1,38 MNOK – 10 prosent lavere enn Ukom

Helsetilsynet og Statsforvalteren i Rogaland opererer i samme sektor som Ukom, mottar varsler om alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten, og gjør hendelsesbaserte gjennomganger som krever helsefaglig kompetanse. Begge ligger vesentlig lavere i årsverkskostnader enn Ukom: Helsetilsynet på 83 prosent og Statsforvalteren i Rogaland på 80 prosent. De har imidlertid et bredere oppgavespenn som typisk gir en bredere personalsammensetning, med større variasjon i kvalifikasjonsnivå og lønn, noe som kan trekke gjennomsnittlig lønnskostnad per årsverk ned.

7.2.3 Intern ressursstyring og kostnadsallokering

Intervjuer med ansatte i Ukom viser at det ikke settes egne budsjetter for den enkelte undersøkelse, og at ressursbruk primært følges på et overordnet nivå. Ansatte fører ikke timer, og kostnader fordeles eller rapporteres ikke per undersøkelse. Dette innebærer at Ukom ikke har styringsinformasjon som gjør det mulig å:

- beregne faktisk kostnad per undersøkelse
- sammenligne ressursbruk mellom undersøkelser
- identifisere hvilke faser av undersøkelsesprosessen som er mest ressurskrevende
- vurdere om ressursinnsatsen i den enkelte undersøkelse er proporsjonal med sakens kompleksitet og omfang

For å anslå kostnad per undersøkelse ble Ukom bedt om å estimere den interne kostnadsfordelingen på hovedaktivitetene slik de er beskrevet i tildelingsbrevet: (1) gjennomføring av undersøkelser (fra varsel/melding til ferdig rapport), (2) formidlingsaktiviteter og kommunikasjonsarbeid, samt (3) relasjonsbygging og samarbeid med relevante aktører. I tillegg til disse aktivitetene, har Ukom brukt tid på ledelse, administrasjon og kompetanseutvikling. Ettersom ledelse, administrasjon og kompetanseutvikling er aktiviteter som understøtter virksomhetens hovedaktiviteter, har PwC fordelt disse kostnadene forholdsmessig mellom de tre hovedaktivitetene. Tabellen nedenfor viser anslått andel driftskostnader per hovedaktivitet:

Hovedaktiviteter	Anslått andel av driftskostnadene	Anslått årlig kostnad (basert på 2022–2025) ²¹
Gjennomføre undersøkelser	82 %	35,79 MNOK
Formidling og kommunikasjon	13 %	5,51 MNOK
Relasjonsbygging og samarbeid	5 %	2,20 MNOK

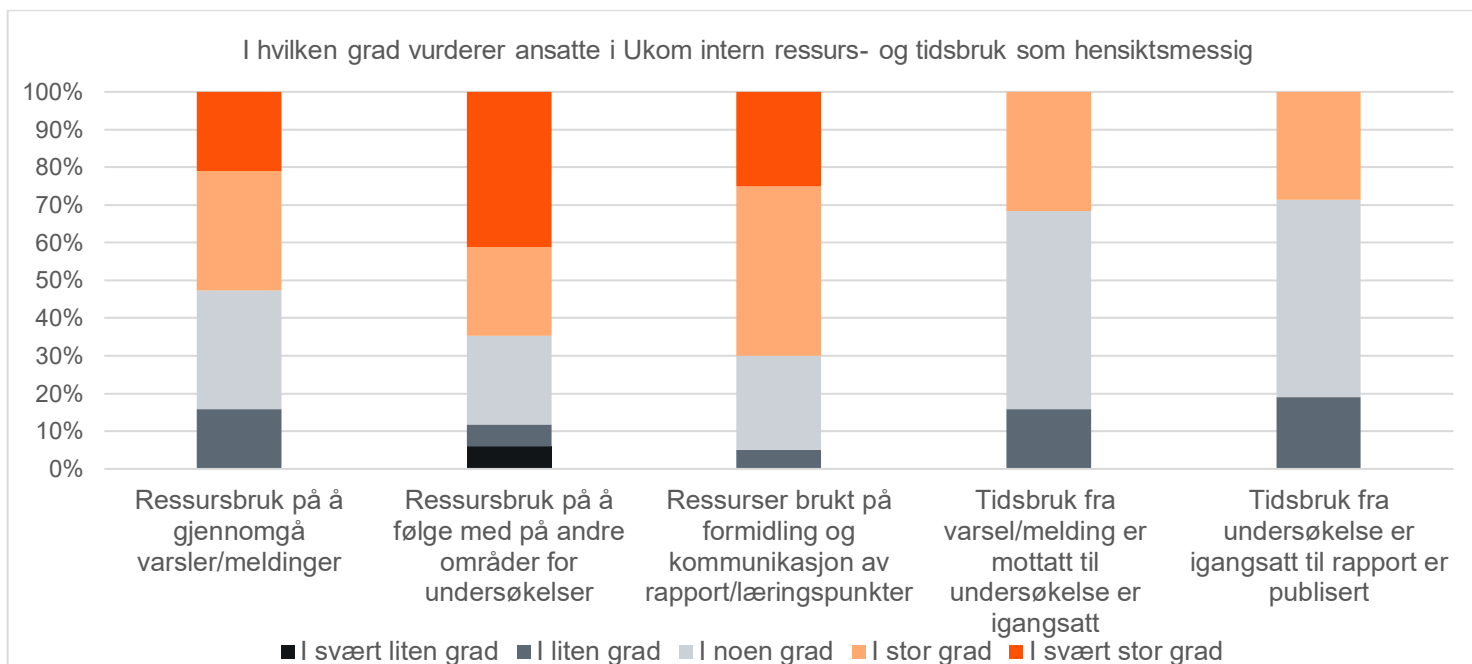
Tabell 17 Ukoms interne kostnadsfordeling på hovedaktiviteter (Ukom, 2026)

Med et gjennomsnittlig produksjonsvolum på 4,33 rapporter per år i perioden 2022–2025, gir dette en estimert kostnad per ferdigstilt Ukom-rapport i størrelsesorden 8,27 millioner kroner. Vi understreker at dette kun er anslag basert på en antakelse om hvordan Ukom fordeler sin ressursbruk. Uten timeregistrering eller prosjektregnskap er det ikke mulig å verifisere fordelingen.

7.2.4 Ansattes vurdering av arbeidsprosesser og tidsbruk

I spørreundersøkelsen til ansatte i Ukom ble respondentene bedt om å vurdere hvorvidt internt ressurs- og tidsbruk har vært hensiktsmessig for fem av Ukoms kjerneoppgaver:

²¹ Estimaten er basert på de gjennomsnittlige driftsutgiftene for 2022-2025 og fordelt på estimater fra Ukom for kostnadsfordeling etter hovedaktivitet. Årene 2019-2021 er ikke tatt med siden dette var oppstartsår og deretter pandemiår, og anses derfor som mindre representative for normal drift.



Figur 14 I hvilken grad vurderer ansatte i Ukom intern ressurs- og tidsbruk som hensiktsmessig

Henholdsvis 68 og 70 prosent vurderer at ressursbruken på formidling og kommunikasjon og å følge med på andre områder for undersøkelser, i stor eller svært stor grad er hensiktsmessig. 52 prosent vurderer at ressursbruken til gjennomgang av varsler og meldinger i stor eller svært stor grad er hensiktsmessig.

Respondentene er minst fornøyde med den interne tidsbruken i undersøkelsesarbeidet. Henholdsvis 69 og 71 prosent mener at tiden brukt fra mottak av melding til undersøkelse igangsettes og fra undersøkelse er igangsatt til publisering av rapport enten er lite eller bare i noen grad hensiktsmessig.

I intervjuer med ansatte i Ukom kommer det frem følgende forklaringer på hvorfor ressursbruken på undersøkelsesarbeidet vurderes slik:

- **Detaljerte og dyptgående undersøkelser:** Ansatte beskriver undersøkelsene som omfattende og tidkrevende. Ansatte anslår at en vanlig tidsramme for en undersøkelse er 10-12 måneder. Enkelte rapporter har tatt betydelig lengre tid, inkludert tilfeller der arbeidet har strukket seg over to år. Det vises til at rapportene historisk har vært brede, detaljerte og dyptgående – både for å sikre faglig kvalitet og for å bygge legitimitet i oppstartsfasen.
- **Konsensusprosesser:** Ansatte peker på at en stor ledergruppe og omfattende konsensusprosesser bidrar til forsinkelser i rapportproduksjonen. Mange personer skal gjennomgå og mene noe om innholdet, noe som gjør prosessen tidkrevende. Enkelte beskriver detaljstyring og omfattende diskusjoner i ledergruppen som en årsak til at rapportene trekker ut i tid.

- **Tid brukt til å bygge opp virksomheten:** Ansatte peker på at første femårsperiode har vært preget av oppbygging av organisasjonen, rekruttering, utvikling av metodikk og etablering av kultur, noe som har påvirket kapasiteten til å produsere rapporter. Kompetanse- og metodeutvikling har foregått parallelt med pågående undersøkelser, noe som har krevd at ansatte tilegnet seg nytt sikkerhetsfaglig rammeverk underveis.
- **«Eksterne» forhold:** Ansatte forteller at eksterne forhold slik som pågående evalueringer og generell usikkerhet om organisasjonens fremtid, har skapt internt uro. Vi blir også fortalt at pandemien hadde stor betydning for Ukoms kapasitet og ressurstilgang i perioden, blant annet fordi ansatte ble lånt ut til helsetjenesten og relasjonsbygging ble vanskeligere.
- **Perioder med «dødtid»:** Ansatte forteller at fremdriften i enkelte undersøkelser påvirkes av perioder med «dødtid». Det kan gå lang tid fra forespørsler sendes ut til relevant dokumentasjon og informasjon mottas, noe som kan forsinke oppstarten av analysearbeidet.
- **Prioritering av utadrettet virksomhet:** Ansatte beskriver at ressursbruk knyttet til formidling og utadrettet arbeid enkelte år har gått på bekostning av produksjonstakt, særlig i årene etter etableringen da Ukom arbeidet aktivt med å bygge relasjoner. Det pekes også på at tilfeller av overlappende undersøkelser med andre aktører, slik som Riksrevisjonen, har påvirket tempoet i undersøkelsesprosessene.

7.3 PwCs vurdering av Ukoms kostnadseffektivitet

Nedenfor gir vi vår vurdering av Ukoms kostnadseffektivitet opp mot de tre evalueringskriteriene som ble presentert innledningsvis. Vurderingene bygger på observasjonene i 6.2, og sees i sammenheng med funnene fra øvrige evalueringstemaer.

Vurderingen av kostnadseffektivitet må særlig sees i lys av funnene i kapittel 6 om nytteverdi, der PwC vurderer at effektkjeden fra Ukoms undersøkelser i stor grad kan spores frem til formidling av læring, men at det er begrenset sporbarhet videre til konkrete forbedringer i sektoren. Når det i begrenset grad kan dokumenteres at Ukoms arbeid fører til systemiske endringer, skjerper dette kravet til at selve produksjonen er effektivt organisert og at ressursbruken kan dokumenteres og forsvares. PwC vurderer at Ukom på dette punktet har et forbedringspotensial, særlig knyttet til intern ressursstyring og prosesseffektivitet.

7.3.1 Ukom har høye årsverkskostnader og bruker mye ressurser per ferdigstilte rapport

E12: Ukoms ressursbruk står i rimelig forhold til omfanget og kvaliteten på leveransene

Ukom har gjennom hele perioden holdt seg innenfor bevilgningsrammen, med en stabil utnyttelsesgrad på 94–98 prosent etter oppstartsåret. På det tilgjengelige detaljeringsnivået, hvor kostnadene er fordelt på ulike regnskapskontoer, fremstår kostnadsbildet uten vesentlige overraskelser. Ukoms virksomhet er i stor grad kunnskaps- og analysebasert, hvor hovedaktiviteten består av å gjennomføre undersøkelser, analysere hendelser og utarbeide rapporter og anbefalinger. Ansatte er den viktigste innsatsfaktoren i Ukoms undersøkelser og det fremstår som naturlig at lønnskostnader utgjør hoveddelen av driftskostnadene. Samlet sett vurderer PwC fordelingen mellom kostnadspostene som rimelig og i tråd med hva man kan forvente av en virksomhet av denne typen.

PwC vurderer at lønnskostnadene per utførte årsverk i Ukom ligger høyt. Observasjonene viser at Ukoms lønnskostnader per utførte årsverk ligger over flertallet av sammenlignbare virksomheter. Noe kan forklares av at Ukom ligger i en kommune med jevnt over høye lønninger, og noe kan forklares av at oppgavens natur krever at en vesentlig andel av de ansatte må ha relativt lang og relevant erfaring. Likevel observerer vi at sammenliknbare virksomheter utenfor petroleumssektoren ligger betydelig lavere i årsverkskostnad. PwC mener de høye årsverkskostnadene primært reflekterer en gjennomgående erfaren personalsammensetning kombinert med interne lønnspolitiske valg, og en høy andel medarbeidere i lederstillinger. En noe mer balansert sammensetning av personalet, med en litt større andel medarbeidere i tidligere faser av karrieren, kunne bidratt til å redusere de gjennomsnittlige lønnskostnadene uten at det nødvendigvis går på bekostning av den faglige kvaliteten i undersøkelsene. Det bør også vurderes om det er nødvendig at 30 prosent av de ansatte har en lederstilling, i en virksomhet med kun 23 årsverk.

Den estimerte kostnaden per ferdigstilt rapport (8,27 MNOK) er vesentlig, men vanskelig å vurdere isolert uten et godt sammenligningsgrunnlag for produksjonskostnad i tilsvarende virksomheter. I 2025 hadde Ukom 23 årsverk og publiserte 3 rapporter. Dette tilsvarer 7,7 årsverk per rapport. Statens havarikommisjon med 50 årsverk i 2025 produserte 29 rapporter, noe som tilsvarer 1,7 årsverk per rapport. Selv om rapportformatet er ulikt og ulikhetene mellom samferdselssektoren og helse- og omsorgssektoren tilsier at Ukom og Havarikommisjonen ikke kan sammenliknes direkte, mener PwC at disse tallene vitner om en svært høy samlet ressursbruk for hver publisert rapport.

7.3.2 Ukom har ikke verktøy og systemer for å drive effektiv ressursstyring

E13: Ukom har systemer for intern ressursstyring som muliggjør effektiv drift og læring

Ukom etablerer ikke budsjetter for den enkelte undersøkelse, fører ikke timer, og fordeler ikke kostnader per sak. PwC vurderer dette som en svakhet i Ukoms interne styring. Fraværet av prosjektrengskap gjør det vanskelig for virksomheten å:

- vurdere om ressursbruken i enkeltsaker er proporsjonal
- identifisere effektiviseringsmuligheter

- dokumentere kostnadseffektivitet overfor oppdragsgiver
- lære av variasjoner i ressursbruk mellom undersøkelser

For en virksomhet med 23 årsverk og en årlig driftsramme på 43–45 MNOK er det PwCs vurdering at grunnleggende prosjektøkonomistyring, i form av tidsregistrering og ressursrammer per undersøkelse, ville gitt et vesentlig bedre grunnlag for både intern styring og ekstern dokumentasjon av kostnadseffektivitet. Det innebærer ikke nødvendigvis at hver undersøkelse må ha et fastsatt budsjett, men at Ukom bør ha systemer som gjør det mulig å følge og lære av egen ressursbruk.

7.3.3 Det er et betydelig potensial for mer effektiv gjennomføring

E14: Ukoms arbeidsprosesser understøtter effektiv gjennomføring av undersøkelser

Ansatte i Ukom vurderer selv tidsbruken i undersøkelsesprosessen som den svakeste dimensjonen av intern ressursbruk. Kun 30–32 prosent anser tidsbruken fra melding til oppstart og fra oppstart til publisering som hensiktsmessig. PwC mener at gjennomføringstiden på 10–12 måneder, med enkelte undersøkelser på over to år, er lang.

PwC vurderer at flere av de identifiserte prosessutfordringene er innenfor Ukoms kontroll og dermed relevante for en vurdering av kostnadseffektivitet. At rapportene er gjenstand for omfattende intern gjennomgang med mange involverte, bidrar til forsinkelser. Dette er en organisatorisk utfordring som kan adresseres gjennom tydeligere delegering og strammere prosessrammer. Uten budsjett eller definert tidsramme for undersøkelsene mangler Ukom viktig styringsinformasjon som kan brukes til å følge opp og sikre fremdrift.

Samtidig anerkjenner PwC at noen av de identifiserte forsinkelsene ligger utenfor Ukoms direkte kontroll, slik som ventetid på dokumentasjon fra helsetjenesten, pandemiens innvirkning på kapasitet og parallell utvikling av organisasjonen i oppstartsfasen. Flere parallelle pågående undersøkelser, kunne ført til at ansatte i perioder med venting på data i én undersøkelse, kunne jobbet med en annen undersøkelse.

Sett i sammenheng med vurderingen av ressursbruk per publiserte rapport i avsnitt 7.3.1, og det forhold at også Ukoms egne ansatte oppfatter arbeidsprosesser og tidsbruk som lite hensiktsmessige, vurderer PwC at det er et betydelig potensial for mer effektiv drift. Innenfor dagens økonomiske rammer bør det dermed være mulig å gjennomføre flere undersøkelser.

8 PwCs samlede vurdering av Ukoms praksis og virke

8.1 En etablert læringsaktør med moderat og ujevn nytte

Ukom har i perioden 2019–2025 etablert seg som en faglig kompetent undersøkelseskommisjon som leverer rapporter av høy kvalitet med et tydelig systemperspektiv. Evalueringen viser at Ukom har levert på sentrale deler av sitt mandat, blant annet gjennom uavhengige undersøkelser, rapporter og formidling av læringspunkter. Ukom oppfattes av flere aktører som en viktig læringsaktør, og har bidratt til økt oppmerksomhet om pasientsikkerhet i sektoren. Pasient- og pårørendeperspektivet er ivaretatt og synliggjort på en måte som skiller seg fra øvrige aktører i sektoren, og utgjør i seg selv en reell verdi i form av anerkjennelse og legitimering av erfaringer som tidligere har vært mindre synlige – særlig innenfor psykisk helse og rus.

PwC vurderer at Ukom skaper moderat og ujevnt fordelt nytte. Nytten er tydeligst i form av oppmerksomhet og refleksjonsgrunnlag i deler av tjenesten og synliggjøring av pasient- og pårørendeperspektivet. Det finnes også eksempler på lokale praksisendringer i tjenesten, men nytten i form av bredere systemisk gjennomslag og bidrag til nasjonale styringsprosesser er mer begrenset.

Den faktiske betydningen av Ukoms sanksjonsfrihet har ikke latt seg fastslå innenfor rammene av denne evalueringen. Sett i lys av foreliggende litteratur innenfor sikkerhetsfaget og vårt datagrunnlag, fremstår sanksjonsfrihet som én av flere forhold som bidrar til åpenhet og tillit i undersøkelser av alvorlige forhold.

8.2 Fem hovedutfordringer begrenser nytten

Evalueringen viser at Ukoms samlede potensial ikke er realisert. PwC peker på fem hovedutfordringer som henger tett sammen og forsterker hverandre:

1. **Roller og ansvar er tydelige i lov, men utydelige i praksis:** Rolle- og ansvarsfordelingen mellom Ukom og tilsynsmyndigheten er tydelige i lov, men oppfattes som utydelige i praksis – både av tjenestene, pasient- og pårørendeorganisasjoner og myndighetsaktørene selv. Uklarheten skyldes ikke svakheter i regelverket, men Helsetilsynets bevegelse mot mer lærings- og systemorienterte arbeidsformer, tematisk overlapp og lav kjennskap til Ukom i tjenestene. Den nye meldeordningen vil forsterke behovet for tydeliggjøring av roller og ansvar.
2. **Parallelle prosesser er belastende for tjenesten og dårlig koordinert:** Ukom og tilsynsmyndigheten gjennomfører parallelle prosesser i samme saker – både ved håndtering av meldinger, gjennomføring av undersøkelser og formidling av læring. Parallelle prosesser er ikke koordinert, og samhandling har vært mangelfull. Selv om Ukom og tilsynsmyndigheten i hovedsak bidrar med komplementær kunnskap, gir den

manglende koordineringen unødig dobbeltarbeid og en belastning på tjenestene som ikke alltid står i rimelig forhold til merverdien.

3. **Mandat og arbeidsform begrenser gjennomslagskraft:** Ukom er bygget på havarikommisjonsmodellen. Denne modellen har flere begrensninger i helsesektoren, der kausaliteten er mer kompleks og mindre teknisk, populasjonen av alvorlige hendelser er langt større, og anonymisering av hendelser og undersøkelsesobjekter svekker treffsikkerheten i anbefalingene. Kombinert med fraværet av virkemidler for å sikre at anbefalinger mottas, behandles eller følges opp, begrenser dette mandatets gjennomslagskraft.
4. **Produksjonsvolumet er lavt og kostnadseffektiviteten svak:** Med 27 rapporter på seks år, og en nedgang til tre rapporter i 2025, ligger produksjonen lavere enn hva som kan forventes gitt Ukoms ressursramme. Kostnaden per ferdigstilt rapport ligger i størrelsesorden 8,27 MNOK, og lønnskostnadene per årsverk ligger over flertallet av sammenlignbare virksomheter. Ukom etablerer ikke budsjetter per undersøkelse, fører ikke timer og fordeler ikke kostnader per sak, noe PwC vurderer som en svakhet i intern styring. Når sporbarheten i nyttekjeden er begrenset, skjerpes kravet til at produksjonen er effektivt organisert – et krav Ukom i dag ikke fullt ut innfrir.
5. **Effektkjeden etter formidling er svak:** Effekten av Ukoms arbeid kan dokumenteres frem til og med publisering av rapporter. Deretter er sporbarheten begrenset. Det finnes eksempler på lokal nytte, men det kan ikke påvises at rapportene og anbefalingene i disse i vesentlig grad tas i bruk i sektoren. Bruddet i effektkjeden handler ikke om treghet i implementering, men om at det ikke finnes etablerte strukturer for å sikre at læring fra Ukoms arbeid mottas, behandles og følges opp i sektoren. I tillegg er det mangel på kapasitet til å omsette kunnskap til konkrete forbedringstiltak i tjenesten. Forhold ved Ukoms egen praksis, som at om lag 23 prosent av anbefalingene mangler en klart identifisert mottaker, forsterker dette bildet.

PwC vurderer at utfordringene springer ut av et samspill mellom institusjonelle rammer Ukom ikke kontrollerer alene, og forhold ved Ukoms egen praksis. Uklare roller og ansvar, parallelle prosesser, havarikommisjonsmodellens begrensede overføringsverdi og fraværet av strukturer for mottak, behandling og oppfølging av Ukoms arbeid, begrenser Ukoms mulighet til å realisere formålet om økt pasientsikkerhet gjennom læring. Samtidig har Ukom selv et forbedringspotensial knyttet til samhandling og koordinering med øvrige myndigheter, intern ressursstyring, prosesseffektivitet, tydeligere mottakeradressering av anbefalinger, og en mer planmessig relasjonsbygging – særlig mot kommunal sektor.

Vurderingen tar høyde for at Ukom har operert under krevende rammebetingelser i deler av evalueringsperioden. Pandemien påvirket kapasitet og relasjonsbygging i de første driftsårene, og ansatte beskriver at pågående evalueringer og usikkerhet om virksomhetens fremtid har skapt internt uro. Disse forholdene endrer etter PwCs vurdering ikke det samlede bildet av utfordringene beskrevet over.

8.3 Implikasjoner for veien videre

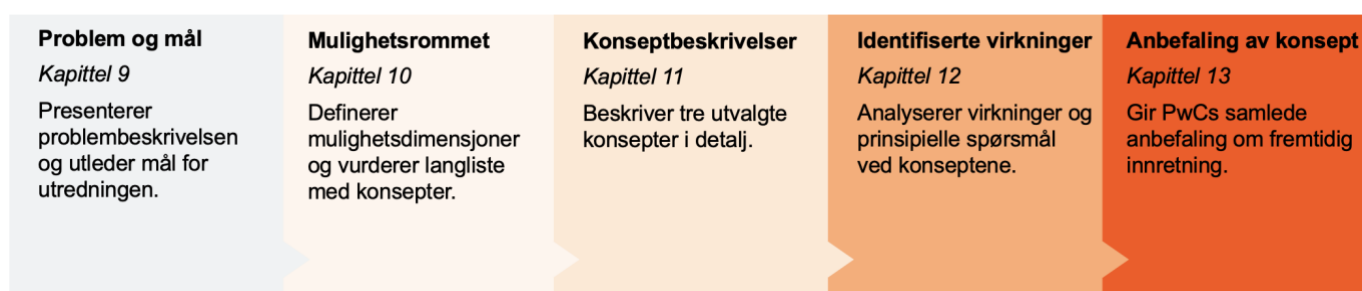
Basert på funnene fra evalueringen mener PwC at det er vanskelig å anbefale en videreføring av Ukom med dagens innretning. En videreføring forutsetter flere viktige endringer:

- Ukom må gjøre endringer internt for å øke produksjonen og redusere kostnadene per undersøkelse. Her viser vi til våre vurderinger knyttet til kostnadseffektivitet i kapittel 7.3.
- Ukoms arbeid må i langt større grad koordineres med tilsynsmyndighetene og øvrige myndigheter i helse- og omsorgstjenesten. Bedre koordinering har et todelt formål: Den skal redusere belastningen på tjenestene som følge av parallelle undersøkelser, og den skal sikre at Ukoms undersøkelser er relevante for andre myndigheter og kan følges opp videre – for eksempel av tilsynsmyndigheten eller i Helsedirektoratets arbeid med normerende produkter.
- Det må etableres en mekanisme som sikrer større transparens, sporbarhet og systematikk i sektorens oppfølging av Ukoms anbefalinger. Uten en slik mekanisme vil rapportene få begrenset gjennomslagskraft, og bidraget til å forebygge nye alvorlige hendelser vil svekkes tilsvarende. PwC vurderer at videreføring av Ukom som selvstendig virksomhet har begrenset verdi dersom en slik oppfølgingsmekanisme ikke kommer på plass.

Del 2: Utredning av fremtidig innretning for Ukom

I del 2 utreder vi veien videre for Ukom, med utgangspunkt i funn og vurderinger fra evalueringen i del 1. PwC er bedt om å gi konkrete anbefalinger om eventuelle endringer i Ukoms mandat, organisering og fremtidig plassering i forvaltningen, basert på våre funn og vurderinger i evalueringen. PwC har valgt å ta utgangspunkt i de seks spørsmålene i utredningsinstruksen, og utrede og sammenlikne alternative innretninger for Ukom fremover. Alternativene vurderes opp mot nullalternativet, som vi definerer som at dagens Ukom videreføres som selvstendig undersøkelseskommissjon innenfor rammen av vedtatt ny meldeordning.

Som illustrert i figuren under, er utredningen bygget opp som en trinnvis prosess i fem steg, som behandles i hvert sitt kapittel.



Figur 15 Oversikt over del 2, kapittel 9-13.

Stegene bygger på hverandre og leder frem mot en samlet anbefaling. I kapittel 9 presenterer vi problembeskrivelsen og utleder mål som beskriver hva fremtidig innretning av Ukom skal bidra til. I kapittel 10 definerer vi mulighetsrommet, ved å definere fem mulighetsdimensjoner og utvikle en langliste med mulige konsepter. Tre konsepter velges deretter ut for nærmere analyse, basert på en samlet vurdering av måloppnåelse, prinsipiell egnethet og strategisk særpreg. I kapittel 11 beskrives de tre utvalgte konseptene i detalj, mens kapittel 12 presenterer en samfunnsøkonomisk virkningsanalyse, samt en vurdering av prinsipielle spørsmål. Til slutt gir PwC i kapittel 13 en samlet anbefaling om fremtidig innretning.

9 Hva er problemet og hva vil vi oppnå?

9.1 Problembeskrivelse

Ny meldeordning trer i kraft 1. juli 2026. Her videreføres Ukom som et uavhengig og sanksjonsfritt undersøkelsesorgan, samtidig skal det gjøres en nærmere vurdering av Ukoms fremtidige rolle og eventuell sammenslåing med Helsetilsynet. PwC har evaluert Ukoms virksomhet og praksis i perioden 2019-2025 med hensyn til samfunnsoppdrag, måloppnåelse, nytteverdi og kostnadseffektivitet. Funn og vurderinger er redegjort for i kapittel 4-7. PwCs evaluering viser et sammensatt bilde. Ukom har i stor grad operert i tråd med sitt lovfestede mandat og har levert undersøkelser som belyser viktige

systemutfordringer i helse- og omsorgstjenesten. Samtidig avdekker evalueringen utfordringer som samlet svekker evnen til å realisere det overordnede formålet med kommisjonen. En samlet vurdering er gitt i kapittel 8.

Problemet den videre utredningen skal svare på, er derfor hvordan Ukoms mandat, rolle, organisering og plassering bør innrettes for å sikre størst mulig læring og forebygging etter alvorlige hendelser, samtidig som overlapp, uklarhet og ressursbruk i det samlede systemet reduseres.

9.2 Hva vil vi oppnå?

Med utgangspunkt i formålet til dagens Ukom og problemformuleringen fra evalueringen har vi formulert et overordnet samfunns mål og fem effektmål. Samfunns målet gir uttrykk for den nytte og verdiskapning tiltaket skal gi samfunnet (Finansdepartementet, 2021). Målet skal vise intensjonen og ambisjonen med tiltaket, og samtidig reflektere det prosjektutløsende behov. Effektmålene bygger opp under samfunns målet og er en konkretisering av hva som ønskes oppnådd med en tiltaket.

9.2.1 Samfunns mål

Samfunns målet for vurderingen av veien videre for Ukom er formulert som følger:

Helse- og omsorgstjenesten lærer effektivt av alvorlige hendelser og alvorlige forhold, slik at pasient- og brukersikkerheten styrkes, gjentakelser forebygges og samfunnets samlede ressurser brukes på en måte som gir størst mulig nytte.

I målformuleringen ligger det en intensjon om at systemet for undersøkelser, tilsyn, veiledning og læring etter alvorlige hendelser og alvorlige forhold skal bidra til faktisk forbedring i helse- og omsorgstjenesten. Formålet er ikke bare at alvorlige hendelser og forhold blir undersøkt, beskrevet eller rapportert, men at kunnskapen som utvikles blir forstått, formidlet og tatt i bruk på en måte som styrker pasient- og brukersikkerheten.

Målformuleringen vektlegger at helse- og omsorgstjenesten skal **lære effektivt**. Med dette menes at læring etter alvorlige hendelser og alvorlige forhold bør innrettes slik at den gir relevant og anvendbar kunnskap for tjenestene, myndighetene, pasienter, brukere og pårørende. Læringen bør bidra til bedre forståelse av risiko, årsaker og forbedringsbehov, og den bør være utformet slik at den kan omsettes i praktisk forbedringsarbeid. Effektiv læring innebærer også at aktørene i systemet har tydelige roller, at kunnskap deles på en hensiktsmessig måte, og at unødvendig overlapp og dobbeltarbeid unngås.

Videre innebærer målformuleringen en **avgrensning til alvorlige hendelser og alvorlige forhold** i helse- og omsorgstjenesten. Dette er i tråd med formålet med dagens lov om Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten, der formålet er å bedre pasient- og brukersikkerheten gjennom undersøkelser av alvorlige hendelser og andre alvorlige forhold. Det betyr at

målet ikke omfatter hele pasientsikkerhetsarbeidet i sektoren, men retter seg mot hvordan samfunnet best kan organisere arbeidet med å identifisere, undersøke, formidle og følge opp læring fra de mest alvorlige hendelsene og forholdene.

Målformuleringen peker også på at læringen skal bidra til at **pasient- og brukersikkerheten styrkes** og at **gjentakelser forebygges**. Dette uttrykker den ønskede samfunnseffekten av arbeidet. Undersøkelser og analyser har først verdi når de bidrar til økt forståelse, endret praksis, bedre styring eller andre tiltak som reduserer risiko for nye alvorlige hendelser. Forebygging forstås her bredt, og kan omfatte både lokale forbedringstiltak i tjenestene, nasjonale tiltak fra myndighetene, endringer i regelverk, styring, kompetanse, organisering eller andre systemrettede forbedringer.

Endelig vektlegger målformuleringen at **samfunnets samlede ressurser skal brukes på en måte som gir størst mulig nytte**. Dette innebærer en bredere forståelse av ressursbruk enn bare bevilgningen til den enkelte virksomhet. Samfunnets samlede ressurser omfatter både de statlige aktørene som arbeider med undersøkelser, tilsyn, veiledning og læring, og den tiden og kapasiteten som tjenestene og helsepersonellet bruker når de blir gjenstand for slike prosesser. Målformuleringen legger dermed til grunn at innretningen av arbeidet skal vurderes ut fra samlet nytte for samfunnet, og at unødig overlapp, dobbeltarbeid og belastning for tjenestene skal unngås så langt det er mulig.

9.2.2 Effektmål

Samfunnsmålet understøttes av fem effektmål. Effektmålene tydeliggjør hva vi ønsker å oppnå med anbefalinger om endringer i Ukoms organisering, mandat og arbeidsform. De fem effektmålene oppsummeres nedenfor.

1	Tydlig ansvar og god samordning	Arbeidet med undersøkelser, tilsyn, veiledning og læring etter alvorlige hendelser og alvorlige forhold er tydelig fordelt og godt samordnet mellom relevante aktører.
2	Tillitvekkende læringsfunksjon	Systemet ivaretar en læringsfunksjon som pasienter, brukere, pårørende, helsepersonell, tjenestene og myndighetene har tillit til.
3	Relevant og anvendbar kunnskap	Undersøkelser og analyser gir relevant og anvendbar kunnskap om risiko, årsaker og forbedringsbehov i helse- og omsorgstjenesten.
4	Læring omsatt i forbedringsarbeid	Læring fra alvorlige hendelser og alvorlige forhold blir kjent, forstått og omsatt i forbedringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten.
5	Effektiv samlet ressursbruk	Samfunnets samlede ressurser til undersøkelser, tilsyn, veiledning, læring og forbedring brukes effektivt, med minst mulig unødvendig overlapp, dobbeltarbeid og belastning for tjenestene.

10 Mulighetsrommet - hvilke tiltak er aktuelle?

For å komme frem til relevante og realistiske alternativer for Ukoms fremtidige organisering og mandat, har vi lagt vekt på å utforske mulighetsrommet. Mulighetsrommet er definert for å gi oversikt over de alternativene som kan være mulige løsninger på problembeskrivelsen.

Mulighetsrommet er utforsket gjennom en prosess i tre steg, illustrert i figur 16. Først har vi definert et sett med mulighetsdimensjoner som utgjør de prinsipielle avveiningene og spørsmålene som skiller mulige alternativer fra hverandre. Deretter har vi utarbeidet en langliste med konsepter som kombinerer ulike valg innenfor hver mulighetsdimensjon. Til slutt har vi gjort et nedvalg av konsepter med en kort begrunnelse for hvilke som er tatt med videre i utredningen og hvilke som er valgt bort.

Som et resultat av denne prosessen har vi kommet frem til tre unike konsepter som beskrives i detalj i kapittel 11 og vurderes i kapittel 12.



Figur 16 Proses for utvalg av konsepter

For alle alternativer har vi tatt utgangspunkt i situasjonen etter at ny meldeordning og Prop. 121 L (2024–2025) er innført. Det vil si at med mindre annet eksplisitt fremgår av konseptet, ligger Helsetilsynets og statsforvalters rolle og ansvar fast i tråd med meldeordningen som trer i kraft 1. juli 2026.

10.1 Mulighetsdimensjoner

Utredningen av fremtidige veivalg for Ukom tar utgangspunkt i fem mulighetsdimensjoner. En mulighetsdimensjon beskriver et forhold ved den fremtidige innretningen der ulike løsninger er mulige. Hvert konsept utgjør en bestemt kombinasjon av valg langs disse dimensjonene.

«**Organisatorisk plassering**» beskriver hvor undersøkelsesoppgaven er forankret i forvaltningen. Dimensjonen spenner fra at Ukom videreføres som selvstendig virksomhet, til at oppgaven slås sammen

med en annen virksomhet eller avvikles. Valget påvirker blant annet uavhengighet, sanksjonsfrihet, styring og samordning med andre aktører.

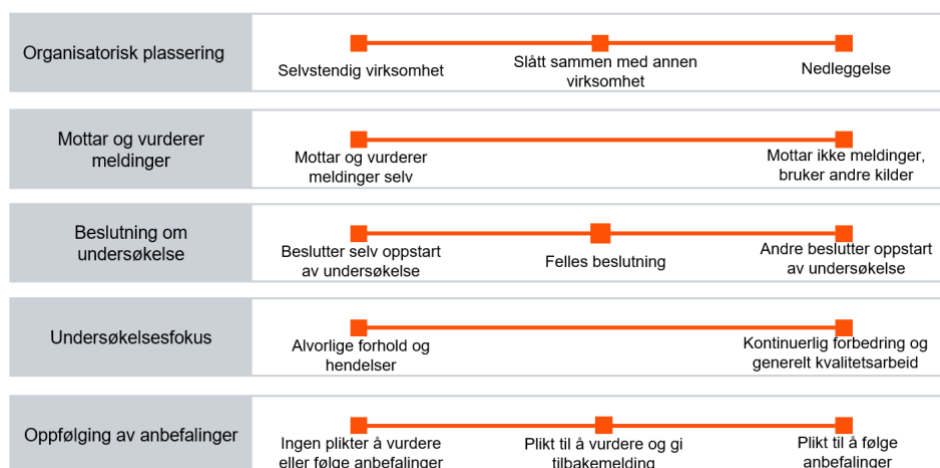
«**Mottar og vurderer meldinger**» beskriver om undersøkelsesfunksjonen selv skal motta meldinger om alvorlige hendelser og forhold, og vurdere disse som grunnlag for å beslutte hvilke saker, forhold og risikoområder som bør undersøkes. Dimensjonen skiller mellom konsepter der undersøkelsesfunksjonen har et direkte meldingsgrunnlag, og konsepter der den baserer seg på andre kilder, for eksempel Helsetilsynets vurderinger, statsforvalternes innspill eller kvalitetsregistre.

«**Beslutning om undersøkelser**» beskriver hvem som har beslutningsmyndighet over hvilke undersøkelser som skal gjennomføres. Dimensjonen spenner fra konsepter der undersøkelsesfunksjonen selv beslutter hvilke hendelser, forhold eller temaområder som skal undersøkes, til konsepter der beslutningen legges til en felles beslutningsmekanisme eller en annen aktør. Valget påvirker særlig faglig uavhengighet, samordning og prioritering.

«**Undersøkelsesfokus**» beskriver hva slags saker, forhold og tematikk undersøkelsesfunksjonen skal rette seg mot. Dimensjonen spenner fra et fokus på alvorlige hendelser og forhold, til et bredere fokus på kvalitetsvariasjon, kontinuerlig forbedring og bredere kvalitets- og forbedringsarbeid. Valget påvirker hva slags kunnskap undersøkelsene gir, hvilke deler av tjenesten som belyses, og hvordan læringen kan brukes.

«**Oppfølging av anbefalinger**» beskriver hvilke forventninger eller plikter som skal gjelde for mottakere av anbefalinger fra undersøkelsesfunksjonen. Dimensjonen spenner fra at det er frivillig å vurdere og følge anbefalingene, til at mottakere får plikt til å vurdere og gi tilbakemelding, eller i ytterste konsekvens plikt til å følge anbefalingene. Valget påvirker hvordan læring omsettes i forbedringsarbeid og muligheten for å dokumentere effekt av undersøkelsene.

Mulighetsdimensjonene er illustrert i figur 17.



Figur 17 Mulighetsdimensjonene for fremtidig innretning av undersøkelsesfunksjonen

10.2 Alternative konsepter for fremtidig innretning (lang-liste)

Det er identifisert syv mulige konsepter for fremtidig innretning av det arbeidet Ukom gjør i dag. De syv konseptene oppsummeres kort i tabellen nedenfor. Deretter beskrives hvert konsept før de vurderes opp mot effektmålene.

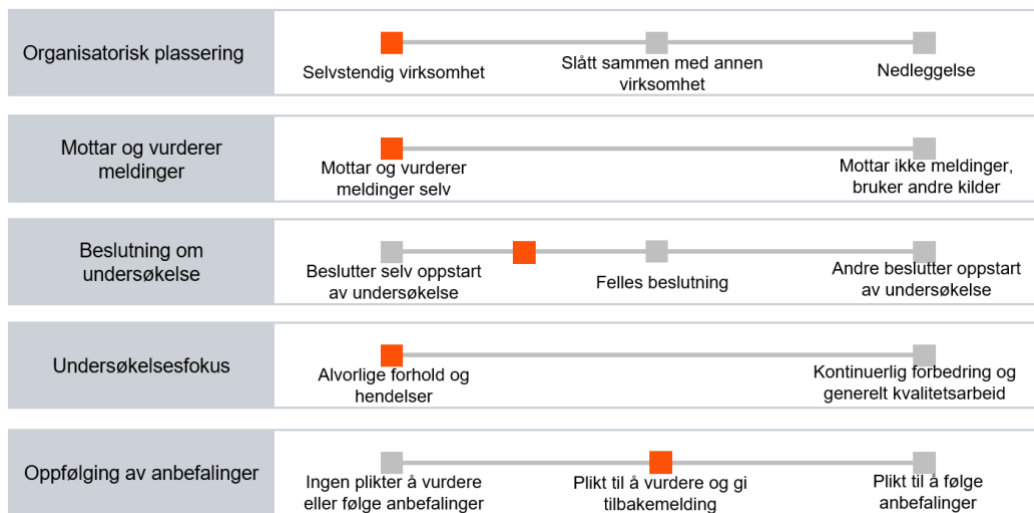
Alternative konsepter	Kort oppsummering av konseptene
K0+ Forbedret videreføring av Ukom	Ukom videreføres som uavhengig og sanksjonsfri undersøkelseskommisjon, men med tydeligere prioritering, bedre samordning med tilsynsmyndighetene og mer målrettet formidling av læring.
K1 Felles beslutning av Ukoms undersøkelser	Ukom videreføres som selvstendig og sanksjonsfri undersøkelseskommisjon, men valg av undersøkelser besluttes gjennom en felles koordineringsmekanisme med sentrale myndighets- og fagaktører.
K2 Ukom med Helsetilsynet som prioriterende bestiller	Ukom videreføres som selvstendig og sanksjonsfri undersøkelseskommisjon, men Helsetilsynet beslutter hvilke undersøkelser Ukom skal gjennomføre.
K3 Registerbasert læringskommisjon	Ukom videreføres som selvstendig læringsfunksjon, men mandatet dreies fra alvorlige hendelser til registerbaserte analyser av kvalitetsvariasjon, pasientsikkerhet og læring på tvers.
K4 Sammenslåing med Havarikommisjonen	Ukoms oppgaver og personell overføres til Statens havarikommisjon, som får ansvar for sanksjonsfrie undersøkelser av alvorlige hendelser og forhold i helse- og omsorgstjenesten.
K5 Systemorienterte læringsundersøkelser i Helsetilsynet	Ukom avvikles som selvstendig virksomhet, og systemorienterte læringsundersøkelser av alvorlige hendelser og forhold legges til Helsetilsynet som en egen oppgave.
K6 Styrket statsforvalter	Ukom legges ned, og ressursene overføres til statsforvalterne for å styrke regional kapasitet til oppfølging, veiledning og læring etter alvorlige hendelser.

Tabell 18 Oppsummering av konseptene

10.2.1 K0+ – Forbedret videreføring av Ukom

K0+ innebærer at Ukom videreføres som en selvstendig, uavhengig og sanksjonsfri undersøkelseskommisjon, men med tydeligere samordning og mer målrettet praksis enn i dag. Ukom mottar fortsatt meldinger og beslutter selv hvilke alvorlige hendelser og forhold som skal undersøkes. Samtidig etableres tettere koordinering med Helsetilsynet og statsforvalterne gjennom faste møter, informasjonsdeling og dialog om relevante temaer og områder for undersøkelse. Innspill fra Helsetilsynet tas med i Ukoms vurderinger, uten at Ukoms beslutningsmyndighet flyttes. Konseptet legger større vekt på undersøkelser med høy overføringsverdi, videreutvikling av rapporter, læringsmaterieell og formidling, og et tydeligere skille mellom anbefalinger til myndigheter og læringspunkter til tjenesten. Virksomheter

under HOD skal gi en tilbakemelding til Ukom på at anbefalinger er mottatt og vurdert innen for eksempel 60 dager, uten plikt til å følge dem.



Figur 18 Illustrasjon av hvor K0+ befinner seg på mulighetsdimensjonene

Vurdering av K0+

K0+ styrker dagens modell gjennom mer målrettet praksis, bedre samordning og tydeligere oppfølging av anbefalinger til myndigheter. Konseptet bevarer samtidig Ukoms uavhengige og sanksjonsfrie rolle. Likevel løser det bare delvis utfordringene med lav kjennskap, parallelle prosesser, uklar arbeidsdeling og begrenset sikkerhet for at læring faktisk omsettes i praksis. Tabellen nedenfor oppsummerer vurderingen av K0+ opp mot effektmålene.

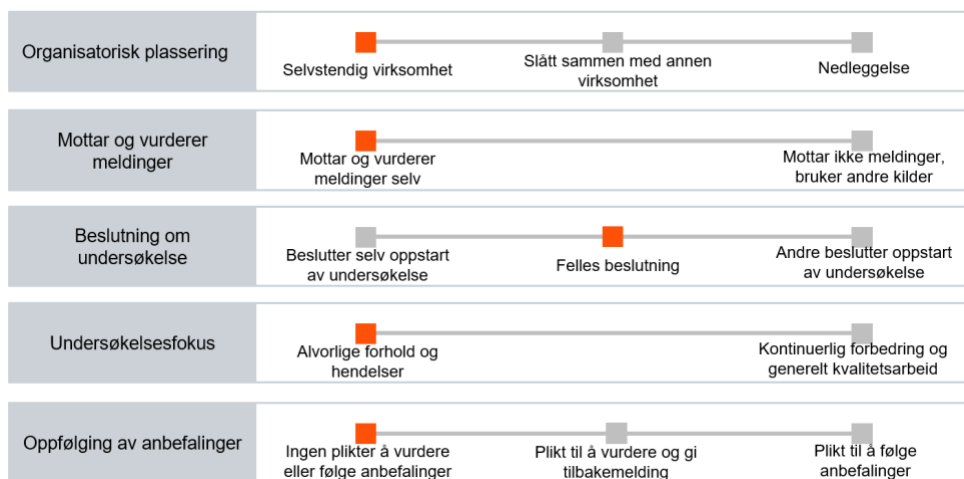
Effektmål	Vurdering	Kort begrunnelse
1. Tydelig ansvar og god samordning	Middels	- Faste møter og informasjonsdeling styrker samordningen. - Parallelle spor og delt ansvar består.
2. Tillitvekkende læringsfunksjon	Middels/god	- Uavhengighet og sanksjonsfrihet videreføres. - Lav kjennskap begrenser tillit og gjennomslag.
3. Relevant og anvendbar kunnskap	God	- Mer vekt på høy overføringsverdi. - Innspill fra tilsyn og andre myndigheter kan styrke relevans.
4. Læring omsatt i forbedringsarbeid	Middels/god	- Systematisk vurdering av alle anbefalinger styrker oppfølging. - Læringspunkter er fortsatt ikke bindende, og kommunene er ikke omfattet av kravet.
5. Effektiv samlet ressursbruk	Middels	- Bedre koordinering kan redusere noe overlapp. - Egen virksomhet og parallelle spor videreføres.

Tabell 19 Vurdering av K0+ opp mot effektmål

10.2.2 K1 – Felles beslutning av Ukoms undersøkelser

K1 innebærer at Ukom videreføres som en selvstendig og sanksjonsfri undersøkelseskommisjon, men at beslutningen om hvilke undersøkelser Ukom skal gjennomføre legges til en felles koordineringsmekanisme. Mekanismen består av Ukom, Helsetilsynet, Helsedirektoratet, FHI og én

statsforvalter som representerer statsforvalterembetene. Formålet er å sikre bedre samordning med tilsyn, myndighetsarbeid og øvrige utviklingsaktiviteter i sektoren. Konsensus skal være målet, men uenighet løftes til HOD. Ukom gjennomfører undersøkelsene og står faglig fritt til å fremme de anbefalingene og læringspunkter kommisjonen mener er riktige, men disse forankres i koordineringsmekanismen før videre oppfølging og spredning. Produkter og formidling videreføres i hovedsak som i K0+, men aktørene bidrar til å spre læring gjennom egne virkemidler. Det betyr at mekanismen i K1 med at virksomheter under HOD skal gi en tilbakemelding til Ukom på at anbefalinger er mottatt og vurdert, ikke er en del av K1.



Figur 19 Illustrasjon av hvor K1 befinner seg på mulighetsdimensjonene

Vurdering av K1

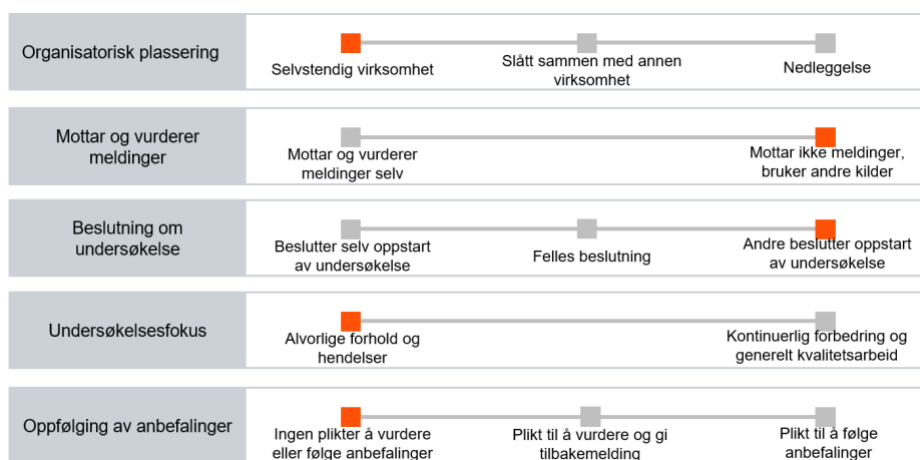
K1 kan gi noe bedre koordinering av Ukoms prioriteringer, men merverdien fremstår begrenset sammenlignet med K0+. Konseptet bryter med tradisjonelle styringsprinsipper ved at flere aktører gis beslutningsmyndighet over en uavhengig virksomhets arbeid. Modellen kan bli ressurskrevende, skape mer byråkrati, forsinke oppstart av undersøkelser og svekke Ukoms opplevde uavhengighet.

Effekt mål	Vurdering	Kort begrunnelse
1. Tydelig ansvar og god samordning	Middels	- Kan gi mer koordinert prioritering. - Delt beslutningsmyndighet gir uklare styringslinjer.
2. Tillitvekkende læringsfunksjon	Middels/svak	- Ukoms uavhengighet svekkes. - Beslutninger kan fremstå forvaltningsstyrte.
3. Relevant og anvendbar kunnskap	Middels	- Tema kan kobles bedre til sektorbehov. - Merverdien utover K0+ er begrenset.
4. Læring omsatt i forbedringsarbeid	Middels	- Flere aktører kan bidra til spredning og mer relevante undersøkelser. - Ingen tilbakemeldingsmekanisme gir dårligere sporbarhet på at anbefalinger omsettes i reelt forbedringsarbeid.
5. Effektiv samlet ressursbruk	Svak	- Krever betydelig, ressurskrevende koordinering. - Mer byråkrati og tregere beslutninger.

Tabell 20 Vurdering av K1 opp mot effektmålene

10.2.3 K2 – Ukom med Helsetilsynet som prioriterende bestiller

K2 innebærer at Ukom videreføres som selvstendig virksomhet og sanksjonsfrie undersøkelseskommisjon, men at Helsetilsynet beslutter og prioriterer hvilke undersøkelser Ukom skal gjennomføre. Ukom mottar ikke lenger meldinger direkte. Meldinger går til statsforvalteren, med kopi til Helsetilsynet, som vurderer både konkrete enkelthendelser og temaområder for mulig undersøkelse. Ukom kan foreslå undersøkelser, men det er Helsetilsynet som beslutter hvilke som skal gjennomføres. Statsforvalterne kan gi innspill til Helsetilsynet, og Helsetilsynet kan be om slike innspill. Ukom gjennomfører undersøkelsene uavhengig og er avsender av rapporter, anbefalinger og læringspunkter. Konseptet kan gi bedre koordinering med tilsynsmyndighetene og redusere ressursbruk knyttet til parallelle meldingsvurderinger, samtidig som Ukoms sanksjonsfrie undersøkelsesfunksjon videreføres.



Figur 20 Illustrasjon av hvor K2 befinner seg på mulighetsdimensjonene

Vurdering av K2

K2 kan gi noe bedre koordinering ved at Helsetilsynet prioriterer hvilke undersøkelser som skal gjennomføres. Samtidig bryter konseptet med tradisjonelle styringsprinsipper ved at én virksomhet får beslutningsmyndighet over en annen selvstendig virksomhets kjerneoppgave. Modellen gir uklare ansvarlinjer, økt byråkrati og fremstår mindre ryddig enn K5, der Helsetilsynet får helhetlig ansvar for oppgaven. Tabellen nedenfor oppsummerer vurderingen av K2 opp mot effektmålene.

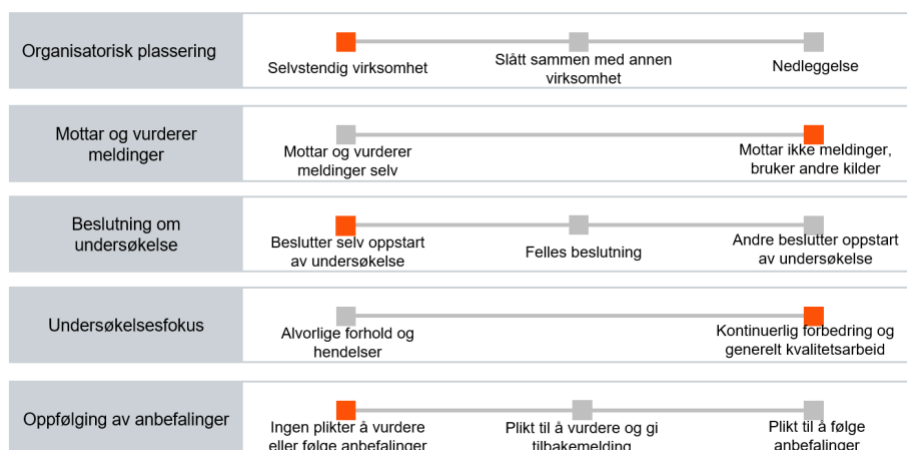
Effektmål	Vurdering	Kort begrunnelse
1. Tydelig ansvar og god samordning	Middels/svak	- Helsetilsynet tar endelig beslutning. - Ukom får uklare styringslinjer.
2. Tillitvekkende læringsfunksjon	Middels/svak	- Sanksjonsfrie gjennomføring består. - Tilsynsstyrt prioritering svekker uavhengighet.
3. Relevant og anvendbar kunnskap	Middels	- Kan gi bedre risikobasert utvalg. - Ukom mister eget meldingsgrunnlag.
4. Læring omsatt i forbedringsarbeid	Middels	- Tettere kobling til tilsyn. - Uklart eierskap til oppfølgingen.

5. Effektiv samlet ressursbruk	Svak/middels	- Mindre parallell meldingsvurdering. - Mer byråkrati og tregere oppstart.
--------------------------------	--------------	---

Tabell 21 Vurdering av K2 opp mot effektmålene

10.2.4 K3 – Registerbasert læringskommisjon

K3 innebærer at Ukom videreføres som en selvstendig og sanksjonsfri undersøkelseskommisjon, men med et mandat som dreies bort fra alvorlige hendelser og forhold og over mot kvalitetsvariasjon og læring. Ukom mottar ikke lenger meldinger direkte. Meldinger går til statsforvalteren, med kopi til Helsetilsynet, mens Ukoms kunnskapsgrunnlag i hovedsak baseres på Helsetilsynets «følge med»-rolle og årsrapporter fra medisinske kvalitetsregistre og andre kvalitetsregistre. Ukom beslutter selv hvilke undersøkelser som skal gjennomføres, og retter oppmerksomheten mot områder med variasjon mellom helseforetak og virksomheter, der variasjonen har betydning for kvalitet og pasientsikkerhet. Produktene vil trolig i større grad være tematiske analyser, variasjonsundersøkelser og benchmarkingrapporter enn dybdeundersøkelser av enkelthendelser. Læring formidles gjennom Ukoms kanaler og kvalitetsregistrenes ordinære formidlingsarenaer.



Figur 21 Illustrasjon av hvordan K3 plasserer seg på mulighetsdimensjonene.

Vurdering av K3

K3 kan gi mer systematiske analyser av kvalitetsvariasjon på områder der det finnes gode registerdata. Samtidig flyttes konseptet bort fra Ukoms kjerneoppdrag om alvorlige hendelser og forhold. Modellen får en tydelig bias mot områder med etablerte kvalitetsregistre, og primærhelsetjenesten vil i stor grad falle utenfor.

Effektmål	Vurdering	Kort begrunnelse
1. Tydelig ansvar og god samordning	Middels/ svak	- Færre parallelle meldingsvurderinger - Mandatet blir mindre tydelig mot alvorlige hendelser. - Utydelig opp mot dagens SKDE
2. Tillitvekkende læringsfunksjon	Middels	- Uavhengig og sanksjonsfri rolle består. - Mindre relevant for aktører uten registerdekning.

3. Relevant og anvendbar kunnskap	Middels/svak	- Kan gi gode analyser der data finnes. - Bias mot områder med kvalitetsregistre.
4. Læring omsatt i forbedringsarbeid	Middels	- Kan kobles til fagmiljøer og registre. - Svakere kobling til alvorlige hendelser i tjenesten.
5. Effektiv samlet ressursbruk	Middels/svak	- Mindre ressursbruk på meldingsmottak. - Risiko for lav nytte i store deler av sektoren.

Tabell 22 Vurdering av K3 opp mot effektmålene

10.2.5 K4 – Sammenslåing med Havarikommisjonen

K4 innebærer at Ukoms oppgaver og personell overføres til Statens havarikommisjon. Statens havarikommisjon får dermed ansvar for å undersøke alvorlige hendelser og alvorlige forhold i helse- og omsorgstjenesten, med samme sanksjonsfrihet og taushetsplikt som Ukom har i dag.

Havarikommisjonen beslutter selv hvilke undersøkelser som skal gjennomføres. Parallelle meldespor videreføres, slik at Havarikommisjonen vurderer hvilke saker som skal undersøkes i læringssporet, mens Helsetilsynet og statsforvalterne vurderer tilsynssporet. Undersøkelsesfokuset er i hovedsak som i K0+, men produktene utformes som undersøkelsesrapporter i Havarikommisjonens format. Anbefalinger og læringspunkter gis som sikkerhetstilrådinger, og formidling skjer primært gjennom Havarikommisjonens kanaler og sikkerhetsfaglige miljøer. Mottakerne forventes å vurdere og følge opp tilrådingene.



Figur 22 Illustrasjon av hvordan K4 plasserer seg på mulighetsdimensjonene

Vurdering av K4

K4 viderefører en uavhengig og sanksjonsfri undersøkelsesfunksjon, men løser i liten grad de identifiserte utfordringene i dagens modell. Konseptet reduserer verken overlapp, uklare grenseflater eller svak kobling til forbedringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten. Det kan snarere øke avstanden til sektoren og påføre Statens havarikommisjon økt kompleksitet.

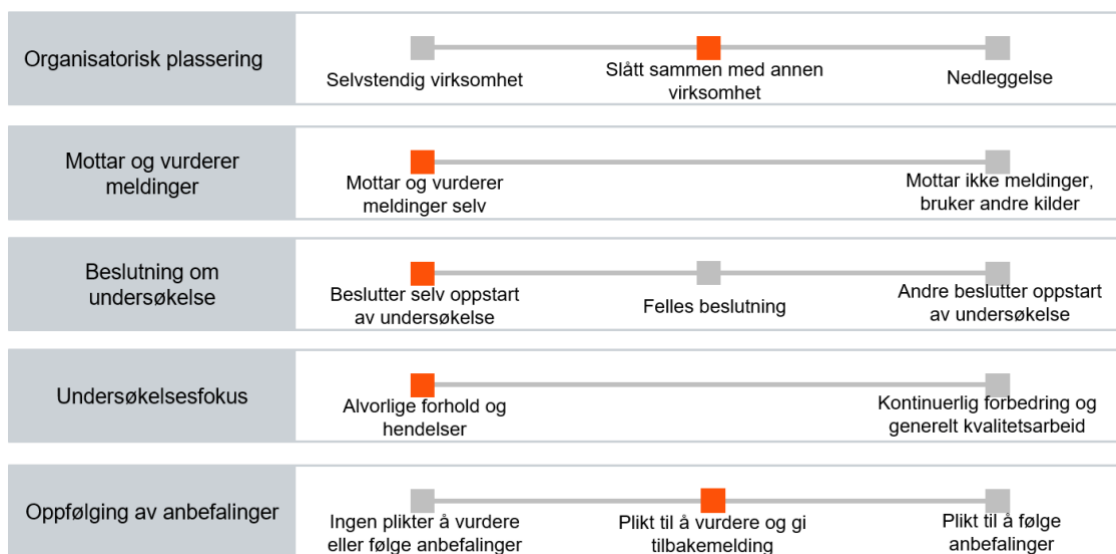
Effektmål	Vurdering	Kort begrunnelse
-----------	-----------	------------------

1. Tydelig ansvar og god samordning	Svak/middels	- Uavhengig undersøkelsesrolle videreføres. - Øker avstand til helseforvaltningen.
2. Tillitvekkende læringsfunksjon	Middels	- Sanksjonsfrihet og uavhengighet består. - Svakere forankring i helsesektoren.
3. Relevant og anvendbar kunnskap	Middels/svak	- Undersøkelsesmetodikk kan videreføres og styrkes i felles sikkerhetsfagmiljø. - Mindre nærhet til sektorens behov.
4. Læring omsatt i forbedringsarbeid	Svak/middels	- Tilrådninger kan gi mer systematisk oppfølging - Svak kobling til helseforvaltningens virkemidler.
5. Effektiv samlet ressursbruk	Svak	- Lite bidrag til å redusere overlapp. - Øker kompleksiteten i SHK.

Tabell 23 Vurdering av K4 opp mot effektmålene

10.2.6 K5 – Systemorienterte læringsundersøkelser i Helsetilsynet

K5 innebærer at oppgaven med å gjennomføre systemorienterte læringsundersøkelser av alvorlige hendelser og alvorlige forhold flyttes fra Ukom til Helsetilsynet. Ukom avvikles som selvstendig virksomhet, og personellet virksomhetsoverdras slik at fagmiljøet videreføres i Helsetilsynet. Statsforvalternes rolle endres ikke. Helsetilsynet mottar kopi av meldinger og beslutter hvilke undersøkelser som skal gjennomføres. Undersøkelsene skal ikke ha som formål å vurdere lovbrudd eller sanksjoner, men det systemorienterte læringssporet vil ikke være sanksjonsfritt på samme måte som i Ukom, fordi funksjonen ligger i en tilsynsmyndighet. Anbefalinger rettes i hovedsak til myndigheter, mens læringspunkter rettes mot tjenesten og helsepersonell, slik Ukom gjør i dag. Virksomheter som mottar anbefalinger, må vurdere og svare ut anbefalinger innen en gitt frist, for eksempel 60 dager. Helsetilsynet kan bruke anbefalinger og læringspunkter som del av sine tilsynsvirkemidler, og læring spres gjennom Helsetilsynets kanaler og styringslinjen til statsforvalterne.



Figur 23 Illustrasjon av hvordan K5 plasserer seg på mulighetsdimensjonene

Vurdering av K5

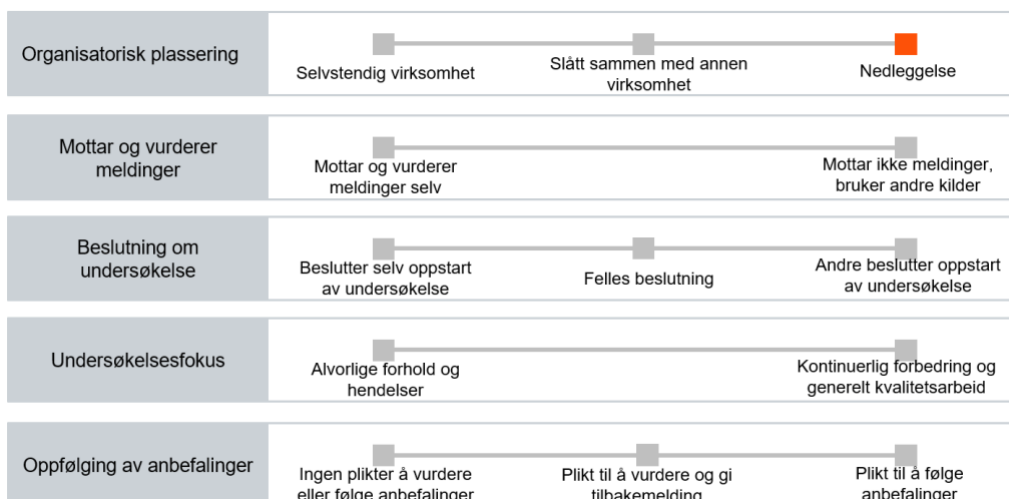
K5 gir en mer helhetlig og ryddig organisering ved at Helsetilsynet får ansvar for meldinger, prioritering, undersøkelser og oppfølging. Konseptet kan redusere parallelle prosesser og styrke koblingen mellom læring, tilsyn og forbedring. Den viktigste svakheten er at læringssporet ikke lenger vil fremstå like uavhengig og sanksjonsfritt som i dagens Ukom-modell.

Effekt mål	Vurdering	Kort begrunnelse
1. Tydelig ansvar og god samordning	God	- Samler ansvar hos Helsetilsynet. - Reduserer uklare grenseflater.
2. Tillitvekkende læringsfunksjon	Middels	- Systemorientert læringsformål kan videreføres - Sanksjonsfriheten og uavhengighet svekkes i praksis.
3. Relevant og anvendbar kunnskap	God	- Meldinger, tilsyn, kunnskapsproduksjon og undersøkelser ses samlet. - Ukoms fagmiljø kan videreføres.
4. Læring omsatt i forbedringsarbeid	God	- Kan kobles til tilsyn og veiledning. - Systematisk vurdering og oppfølging av anbefalinger - Helsetilsynet har etablerte kanaler.
5. Effektiv samlet ressursbruk	God	- Reduserer parallelle vurderinger. - Gir mer samlet bruk av kompetanse.

Tabell 24 Vurdering av K5 opp mot effektmålene

10.2.7 K6 – Styrket statsforvalter

K6 innebærer at Ukom legges ned og at fagmiljøet avvikles. Den årlige bevilgningen overføres i stedet til statsforvalterne for å styrke deres kapasitet i meldeordningen, og ivareta tilsyns- og veiledningsoppgaver overfor virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester i deres område. Det nasjonale, uavhengige og sanksjonsfrie undersøkelsessporet bortfaller. Læring etter alvorlige hendelser og alvorlige forhold blir dermed i større grad integrert i statsforvalternes ordinære oppfølging av virksomhetene, heller enn ivaretatt av en egen nasjonal undersøkelseskommisjon. Konseptet innebærer at ressursene flyttes nærmere tjenestene og kan gi økt regional kapasitet, men det vil ikke lenger finnes en særskilt nasjonal undersøkelseskommisjon med mandat til sanksjonsfrie og systemorienterte læringsundersøkelser.



Figur 24 Illustrasjon av hvor K6 plasserer seg på mulighetsdimensjonene. Fordi konseptet innebærer avvikling av Ukoms funksjoner, blir flere av mulighetsdimensjonene ikke aktuelle.

Vurdering av K6

K6 svarer på utfordringer med overlapp og lav gjennomslagskraft ved å flytte ressursene nærmere tjenestene og den ordinære tilsyns- og veiledningslinjen. Konseptet kan gi bedre regional oppfølging, men innebærer at et nasjonalt, uavhengig og sanksjonsfritt undersøkesspor avvikles. Risikoen er svakere systemlæring og tap av fagmiljø. Tabellen nedenfor oppsummerer vurderingen av K6 opp mot effektmålene.

Effektmål	Vurdering	Kort begrunnelse
1. Tydelig ansvar og god samordning	Middels/god	- Ansvar flyttes nærmere ordinær tilsynslinje. - Reduserer uklare grenseflater
2. Tillitvekkende læringsfunksjon	Middels/svak	- Statsforvalteren er kjent i tjenesten. - Sanksjonsfritt læringsspor bortfaller.
3. Relevant og anvendbar kunnskap	Middels/svak	- Nærhet til lokale tjenester kan gi relevans. - Mindre nasjonal dybde- og systemanalyse.
4. Læring omsatt i forbedringsarbeid	Middels/god	- Tett kobling til veiledning og tilsyn. - Svakere læring på tvers av landet.
5. Effektiv samlet ressursbruk	Middels/god	- Ressurser flyttes til eksisterende struktur. - Risiko for fragmentering og kompetansetap

Tabell 25 Vurdering av K6 opp mot effektmålene

10.3 Nedvalg av konsepter

Basert på vurderingene i kapittel 10.2 har vi gjort et nedvalg av hvilke konsepter som skal analyseres nærmere i den videre utredningen. Hensikten med nedvalget er å sikre at den videre analysen konsentreres om de konseptene som best svarer på problembeskrivelsen og effektmålene, og som samtidig representerer reelt ulike strategiske retningsvalg for Ukoms fremtidige innretning.

Nedvalget bygger på tre kriterier:

- **Måloppnåelse:** I hvilken grad konseptet svarer på de fem effektmålene og adresserer de identifiserte utfordringene fra evalueringen.
- **Prinsipiell egnethet:** Om konseptet er forenlig med tradisjonelle styringsprinsipper, og gir tydelige ansvars- og styringslinjer.
- **Strategisk særpreget:** Om konseptet representerer et reelt alternativ som tilfører noe substansielt nytt sammenlignet med de øvrige konseptene.

Tabellen nedenfor oppsummerer vurderingen av de seks konseptene opp mot de fem effektmålene, og gir grunnlaget for nedvalget.

Effektmål	K0+	K1	K2	K3	K4	K5	K6
1. Tydelig ansvar og god samordning	Middels	Middels	Middels/ svak	Middels/ svak	Svak/ middels	God	Middels/ god
2. Tillitvekkende læringsfunksjon	Middels/ god	Middels/ svak	Middels/ svak	Middels	Middels	Middels	Middels/ svak
3. Relevant og anvendbar kunnskap	God	Middels	Middels	Middels/ svak	Middels/ svak	God	Middels/ svak
4. Læring omsatt i forbedringsarbeid	Middels/ god	Middels	Middels	Middels	Svak/ middels	God	Middels/ god
5. Effektiv samlet ressursbruk	Middels	Svak	Svak/ middels	Middels/ svak	Svak	God	Middels/ god
Samlet vurdering	Middels/ god	Middels/ svak	Middels/ svak	Middels/ svak	Svak/ middels	God	Middels

Tabell 26 Sammenstilt vurdering av konseptene opp mot effektmålene

10.3.1 Konsepter som tas videre

På grunnlag av vurderingen tar vi tre konsepter med videre i utredningen:

- **K0+ – Forbedret videreføring av Ukom** representerer et reelt forbedringsalternativ som bevarer dagens uavhengige og sanksjonsfrie undersøkelsesfunksjon. Konseptet adresserer flere av de identifiserte utfordringene gjennom bedre samordning, mer målrettet praksis og krav om å gi tilbakemelding på anbefalinger. Det gir lavere gjennomføringsrisiko enn mer strukturelle endringer, og er nødvendig som referansealternativ for de øvrige konseptene.
- **K5 – Systemorienterte læringsundersøkelser i Helsetilsynet** representerer et tydelig strukturelt alternativ som samler ansvaret for meldinger, prioritering, undersøkelser og oppfølging hos én aktør. Konseptet svarer godt på utfordringene knyttet til parallelle prosesser, uklare grenseflater og svak kobling mellom læring og forbedring. Samtidig innebærer det en prinsipiell avveining knyttet til tillit, uavhengighet og sanksjonsfrihet, som gjør konseptet viktig å analysere nærmere.

- **K6 – Styrket statsforvaltermoell** representerer et tredje, prinsipielt ulikt veivalg der det nasjonale undersøkelsessporet avvikles og ressursene flyttes nærmere tjenestene gjennom statsforvalterne. Konseptet er relevant å vurdere nærmere fordi det utfordrer behovet for en egen nasjonal undersøkelseskommisjon som gjør systemorienterte læringsundersøkelser, og fordi det kobler seg direkte mot statsforvalternes rolle i ny meldeordning.

De tre konseptene utgjør samlet et meningsfullt mulighetsrom: videreføring med forbedringer (K0+), sammenslåing med tilsynsmyndigheten (K5) og avvikling med regional styrking (K6).

10.3.2 Konsepter som er valgt bort

Tabellen nedenfor oppsummerer begrunnelsen for at K1, K2, K3 og K4 er valgt bort.

Konsept	Hovedbegrunnelse for bortvalg
K1 Felles beslutning av Ukoms undersøkelser	Bryter med tradisjonelle styringsprinsipper ved at flere aktører gis beslutningsmyndighet over en uavhengig virksomhets arbeid. Modellen er ressurskrevende, gir mer byråkrati og tregere oppstart av undersøkelser, og tilfører begrenset merverdi sammenlignet med K0+.
K2 Ukom med Helsetilsynet som prioriterende bestiller	Bryter med tradisjonelle styringsprinsipper ved at én virksomhet får beslutningsmyndighet over en annen selvstendig virksomhets kjerneoppgave. Gir uklare ansvars- og styringslinjer. Samordningsbehovet løses mer ryddig i K5, der Helsetilsynet får helhetlig ansvar for hele oppgaven.
K3 Registerbasert læringskommisjon	Har en innebygd bias mot områder med etablerte kvalitetsregistre. Primærhelsetjenesten faller i stor grad utenfor, og konseptet flytter Ukom bort fra kjerneoppdraget knyttet til alvorlige hendelser og forhold.
K4 Sammenslåing med Statens havarikommisjon	Løser i liten grad de identifiserte utfordringene i dagens modell. Øker avstanden mellom undersøkelsesfunksjonen og resten av helse- og omsorgssektoren, og påfører Statens havarikommisjon økt kompleksitet.

Tabell 27 Begrunnelse for bortvalg av konsepter

11 Detaljerte konseptbeskrivelser

I dette kapitlet beskriver vi de tre konseptene i detalj for å synliggjøre nyanser og variasjoner i innretning. Beskrivelsen danner grunnlaget for den samfunnsøkonomiske analysen i kapittel 12. Hver beskrivelse følger samme struktur: hovedinnretning, mandat, roller og ansvar, arbeidsform og prioritering, samordning og oppfølging, og forventede virkninger.

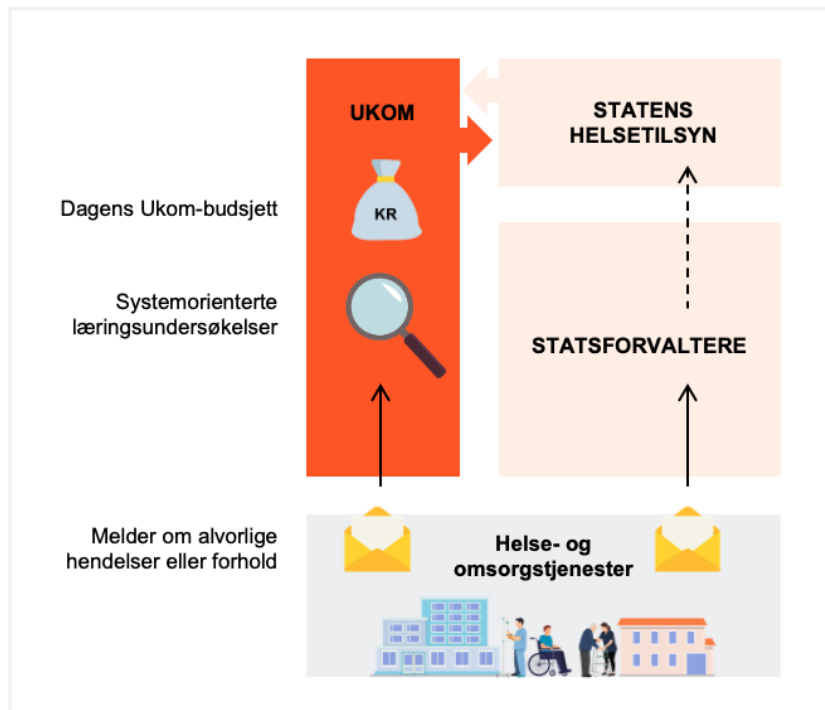
11.1 K0+ Forbedret videreføring av Ukom

11.1.1 Hovedinnretning

K0+ innebærer at Ukom videreføres som en selvstendig, uavhengig og sanksjonsfri undersøkelseskomisjon, men med en tydeligere og mer målrettet innretning enn i dag. Konseptet bygger på at de grunnleggende begrunnelsene for å etablere Ukom fortsatt er gyldige: Det er behov for en nasjonal aktør som kan undersøke alvorlige hendelser og alvorlige forhold i helse- og omsorgstjenesten uten å plassere skyld, uten å føre tilsyn og uten å vurdere reaksjoner mot virksomheter eller helsepersonell. Samtidig legger konseptet til grunn at dagens modell har svakheter knyttet til samordning, prioritering, kostnadseffektivitet, oppfølging og gjennomslag, og at disse svakhetene kan reduseres uten at Ukoms avvikles som en egen virksomhet. Konseptet innebærer at Ukoms anbefalinger styrkes ved at HOD instruere underliggende virksomheter å vurdere og gi Ukom en tilbakemelding på at anbefalinger er mottatt og vurdert innen for eksempel 60 dager.

I K0+ beholdes Ukoms mandat til å motta meldinger, innhente informasjon, gjennomføre undersøkelser og publisere rapporter med anbefalinger og læringspunkter. Ukom beslutter fortsatt selv hvilke hendelser, forhold eller temaer som skal undersøkes. Det innebærer at Ukoms faglige uavhengighet og prioriteringsmyndighet videreføres. Konseptet innebærer likevel en mer systematisk kobling mellom Ukom og øvrige aktører i melde-, tilsyns- og læringssystemet, særlig Helsetilsynet og statsforvalterne.

Hovedtrekkene i K0+ er oppsummert i figuren under.



Figur 25 Hovedtrekk ved konseptet K0+

11.1.2 Mandat, roller og ansvar

Konseptet viderefører Ukoms særskilte samfunnsoppdrag som en nasjonal undersøkelseskommisjon for læring etter alvorlige hendelser og alvorlige forhold. Ukom skal fortsatt ha et tydelig lærings- og forbedringsformål, og gjennomføre systemorienterte læringsundersøkelser. Undersøkelsene skal innrettes mot bakenforliggende forhold, systemsvikt, organisatoriske rammer, samhandling, styring, kapasitet, kompetanse og andre forhold som kan ha betydning for pasientsikkerhet og kvalitet.

Samtidig tydeliggjøres grenseflatene mot Helsetilsynet og statsforvalterne. Helsetilsynet og statsforvalterne skal fortsatt ivareta sine roller knyttet til tilsyn, oppfølging av virksomheter med formål om å styrke sikkerheten og kvaliteten i sektoren, vurdering av lovbrudd og bruk av reaksjoner der dette er aktuelt. Det etableres faste strukturer for dialog, informasjonsdeling og koordinering, slik at aktørene i større grad kan se meldinger, risikoområder og læringsbehov i sammenheng.

Et sentralt premiss er at koordineringen ikke skal innebære at Helsetilsynet eller statsforvalterne får instruksjonsmyndighet over Ukoms valg av undersøkelser. Ukom skal kunne ta imot innspill fra tilsynsmyndighetene om risikoområder, gjentakende hendelsestyper eller områder med stor læringsverdi, men Ukom skal selv vurdere om og hvordan slike innspill skal følges opp. På denne måten skal konseptet balansere to hensyn: behovet for bedre samordning i forvaltningen og behovet for en egen sanksjonsfri virksomhet med fokus på læring.

11.1.3 Arbeidsform og prioritering

K0+ innebærer en mer målrettet undersøkelsespraksis. Ukoms undersøkelser skal prioriteres ut fra forventet overføringsverdi, systemrelevans og potensial for læring på tvers av virksomheter, tjenestenivåer og sektorer. Det betyr at Ukom ikke primært skal velge saker ut fra alvorlighetsgrad i enkelthendelser alene, men ut fra om undersøkelsen kan gi kunnskap som er relevant for flere deler av helse- og omsorgstjenesten. Ukom har i løpet av sine operative år både gått inn i svært alvorlige enkeltsaker og i saker med stor overføringsverdi. Med dette konseptet tydeliggjør vi vektingen av å prioritere saker med relativt høy frekvens, selv om disse kan ha noe lavere alvorlighetsgrad for pasienten som blir berørt.

Konseptet legger også til grunn at Ukoms produkter videreutvikles. Rapportene skiller i hovedsak mellom anbefalinger til myndigheter og læringspunkter til tjenesten, men Ukom bør arbeide mer konsistent og systematisk med bruken av læringspunkter i rapportene. Anbefalinger kan fortsatt rettes mot departement, direktorater, tilsynsmyndigheter, regionale helseforetak eller andre nasjonale og regionale aktører, men skal ha en tydelig adressat. Med tydelig adressat mener vi en konkret virksomhet som har mandat og virkemidler til å gjøre noe med anbefalingen. I lys av erfaringene fra HSSIB bør anbefalingene så langt som mulig ha tydelig adressat, være formulert slik at mottaker kan vurdere og svare på dem, synliggjøre forventet pasientnytte og ta hensyn til gjennomførbarhet, ressursbruk og risiko for overlapp med andre anbefalinger (HSSIB, 2024). Dette vil kunne gjøre anbefalingene mer anvendbare for mottakerne, og gi Ukom bedre grunnlag for å følge med på hvordan anbefalingene blir vurdert og brukt. Læringspunkter kan fortsatt rettes mot helsepersonell, virksomheter og ledere. En mer systematisk bruk av læringspunkter og konkretisering av disse kan bidra til å gjøre rapportene mer anvendbare og redusere uklarhet om hvem som forventes å gjøre hva.

I tillegg forutsetter konseptet at Ukom styrker formidlings- og implementeringsarbeidet. Det kan innebære mer bruk av korte læringsnotater, temarapporter, webinarer, presentasjoner, digitale verktøy, refleksjonsmaterieell og andre formater som gjør funnene mer tilgjengelige for tjenestene. Hensikten er å øke sannsynligheten for at kunnskapen fra undersøkelsene faktisk tas i bruk i lokalt forbedringsarbeid.

11.1.4 Samordning og oppfølging

En viktig forskjell fra nullalternativet er at K0+ legger opp til mer forpliktende samordning mellom Ukom, Helsetilsynet og statsforvalterne. Dette kan skje gjennom faste møter på strategisk og operativt nivå, gjensidig informasjonsdeling om risikoområder, og bedre rutiner for å avklare om en alvorlig hendelse bør følges opp gjennom tilsyn, systemorienterte læringsundersøkelser eller begge deler. Slik samordning kan redusere den potensielle belastningen på tjenesten som parallelle spor medfører, og bidra til at virksomhetene som opplever alvorlige hendelser ikke møter flere statlige aktører med overlappende informasjonsbehov uten at dette er nødvendig.

Konseptet vil likevel ikke fullt ut fjerne parallelle prosesser. Det kan fortsatt forekomme at Ukom undersøker en hendelse eller et tema samtidig som statsforvalter eller Helsetilsynet følger opp samme eller beslektede forhold i et tilsynsspør. K0+ legger derfor ikke opp til full organisatorisk integrasjon, men til bedre koordinering innenfor en fortsatt todelt modell.

Oppfølgingen av Ukoms anbefalinger styrkes ved at HOD instruerer underliggende virksomheter å vurdere og gi Ukom en tilbakemelding på at anbefalinger er mottatt og vurdert innen for eksempel 60 dager. Dette innebærer ikke en plikt til å følge anbefalingene, men en plikt til å ta stilling til dem. En slik vurderingsplikt kan bidra til at Ukoms rapporter i større grad inngår i nasjonale styrings- og forbedringsprosesser, at Ukom får bedre kunnskap om hvordan anbefalingene blir mottatt og brukt, og gi et bedre grunnlag for å vurdere læringseffekt av anbefalingene undersøkelseskommissjonen gir. I K0+ vil denneplikten ikke være lovfestet, men komme i form av at HOD instruerer sine underliggende virksomheter om at de skal vurdere anbefalinger fra Ukom som er rettet mot dem, og gi Ukom tilbakemelding innen en angitt frist. Siden mekanismen forankres i styringsdialogen, vil den omfatte den statlige helseforvaltningen og de regionale helseforetakene.

En vurderingsplikt reiser samtidig prinsipielle spørsmål. Den kan skape uklare skiller mellom virksomhetenes etablerte forpliktelser til å rapportere tilbake til tilsynsmyndighetene, og et nytt krav om tilbakerapportering til Ukom. Evalueringen viser at det allerede er krevende for virksomhetene å skille Ukoms og tilsynsmyndighetenes roller og ansvar fra hverandre. Et rapporteringskrav knyttet til Ukoms anbefalinger kan forsterke denne typen uklarhet, og i verste fall bidra til at Ukom i praksis oppfattes som en aktør med tilsynslignende fullmakter – noe som er i strid med begrunnelsen for et sanksjonsfritt læringsspør.

Disse hensynene har også vært sentrale i PwCs vurdering av omplikten burde lovfestes. En lovfestet plikt ville gitt mekanismen større tyngde, i større grad også omfattet kommunal helse- og omsorgstjeneste, og redusert avhengigheten av departementets løpende styringssignaler.

Etter en samlet vurdering har vi likevel valgt å ikke anbefale lovfesting i K0+, av to grunner. For det første bør Ukom etter PwCs vurdering først ta tak i de utfordringene som er identifisert i denne evalueringen før virksomhetens myndighet og innflytelse forsterkes gjennom lov. En lovfestet plikt rettet mot resten av sektoren vil være et inngripende virkemiddel, og bør forutsette at Ukom selv har en moden og etablert praksis som gir tilstrekkelig kvalitet og legitimitet til at slike forpliktelser kan forsvares.

For det andre vil en lovfestet plikt forsterke utfordringen med rolleklarhet som er beskrevet over. En lovregulert tilbakemeldingsplikt knyttet til Ukoms anbefalinger vil ligge tett opp mot de mekanismene som i dag er forbeholdt tilsynssporet, og vil dermed føre Ukom enda nærmere en tilsynslignende rolle enn en mekanisme forankret i styringsdialog.

PwC vurderer på denne bakgrunn at en ikke-lovfestet vurderingsplikt med tilbakemelding innen frist er et mer hensiktsmessig virkemiddel i K0+.

11.1.5 Forventede virkninger

K0+ innebærer begrensede endringer i driftskostnader sammenlignet med nullalternativet. Samtidig legger vi til grunn at konstandseffektiviteten bedres, gjennom mer effektive arbeidsprosesser og ressursbruk. Ukom videreføres som egen virksomhet, og hoveddelen av dagens kostnadsbase består. Det vil kunne påløpe noe mer ressursbruk til koordinering, dialog, formidling og oppfølging, men dette antas i hovedsak å kunne håndteres innenfor eksisterende rammer eller gjennom begrensede omprioriteringer. Omstillingskostnadene vurderes som lave, ettersom konseptet ikke innebærer virksomhetsoverdragelse, avvikling eller etablering av nye organisatoriske enheter.

Konseptet vil kunne gi noe økt tidsbruk for myndigheter og regionale helseforetak som følge av vurderingsplikten og mer systematisk oppfølging av anbefalinger. Samtidig kan bedre koordinering mellom Ukom, Helsetilsynet og statsforvalterne spare tid for tjenestene dersom det reduserer parallelle, overlappende og ikke-koordinerte henvendelser. Nettoeffekten avhenger av hvor godt samordningen faktisk fungerer i praksis.

Den største forventede nytten ligger i at Ukoms undersøkelser og anbefalinger kan få større relevans og gjennomslag, og tas bedre i bruk av nasjonale myndigheter og regionale helseforetak. Dersom Ukom er tydelige på å prioritere undersøkelser med høy overføringsverdi, koordinerer seg bedre med andre aktører i sektoren og dersom anbefalingene følges opp mer systematisk, kan konseptet bidra til bedre læring etter alvorlige hendelser. Dette kan igjen bidra til å forebygge nye hendelser, redusere risiko for pasientskade og styrke pasientsikkerheten. Nyttevirkningen er likevel usikker. For det første avhenger den av om vurderingsplikten og samordningen faktisk endrer atferd hos myndigheter og tjenesteytere, eller om disse i hovedsak blir formelle prosesser. For det andre vil ikke vurderingsplikten gjelde for kommunal helse- og omsorgstjeneste.

K0+ bevarer samtidig Ukoms faglige uavhengige og sanksjonsfrie posisjon. Dette kan ha betydning for pasienter, pårørende og helsepersonells opplevelse av trygghet, åpenhet og tillit. Konseptet innebærer dermed ingen endring for den tilliten som er knyttet til at Ukom ikke er tilsynsmyndighet.

Konseptet løser i begrenset grad utfordringene knyttet til lav kjennskap til Ukom og ikke fullt ut uklarerhet i grenseflatene mot tilsynsmyndighetene.

11.2 K5 Systemorienterte læringsundersøkelser i Helsetilsynet

11.2.1 Hovedinnretning

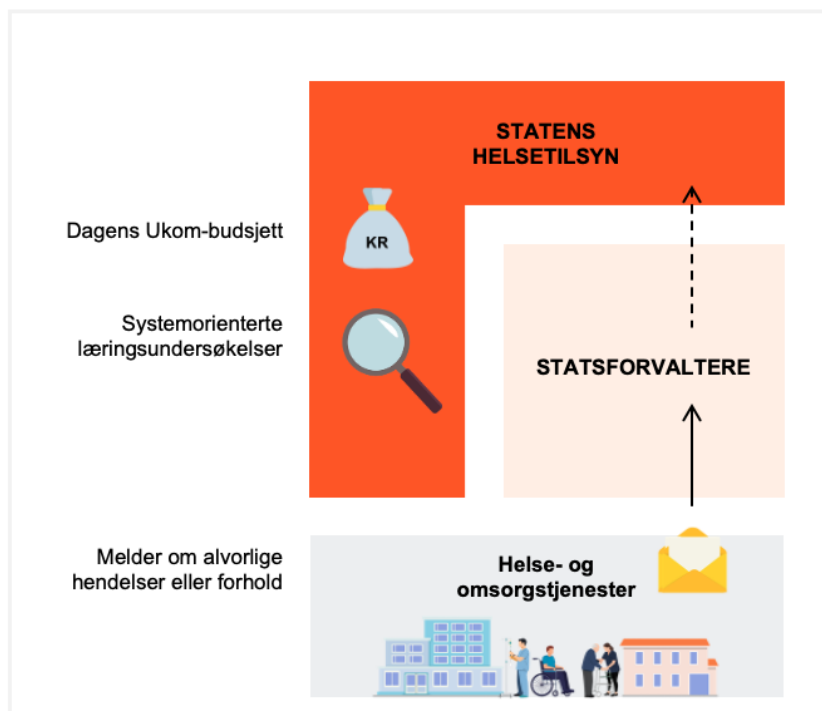
K5 innebærer at oppgaven med å gjennomføre systemorienterte læringsundersøkelser av alvorlige hendelser og alvorlige forhold flyttes fra Ukom til Helsetilsynet. Ukom avvikles som selvstendig virksomhet, mens kompetansen og fagmiljøet videreføres gjennom virksomhetsoverdragelse til Helsetilsynet. Formålet er å samle statens arbeid med alvorlige hendelser, tilsyn, risikovurdering og

læring i én nasjonal myndighet, og dermed redusere fragmentering, parallelle prosesser, overlapp og uklare grenseflater.

Konseptet bygger på at Helsetilsynet allerede har en sentral rolle i den nye meldeordningen, i tilsynssystemet og i den nasjonale oppfølgingen av alvorlige hendelser og svikt i helse- og omsorgstjenesten. Ved å legge de systemorienterte læringsundersøkelsene til Helsetilsynet kan meldinger, tilsynserfaringer, risikoinformasjon og systemorienterte læringsundersøkelser ses mer samlet. Dette kan gi bedre prioritering av hvilke hendelser og temaer som bør undersøkes, og gjøre det lettere å koble funn fra undersøkelser til virkemidler som tilsyn, veiledning, normering og styringsdialog.

K5 innebærer samtidig en vesentlig endring i den prinsipielle innretningen sammenlignet med dagens Ukom-modell. De systemorienterte læringsundersøkelsene skal fortsatt ikke ha som formål å vurdere lovbrudd eller sanksjoner, men de vil være organisatorisk plassert i en tilsynsmyndighet. Det betyr at det systemorienterte læringssporet ikke vil fremstå som like klart sanksjonsfritt som i dagens modell. Dette er en sentral avveining i konseptet.

Hovedtrekkene i K5 er oppsummert i figuren under.



Figur 26 Hovedtrekk ved konseptet K5

11.2.2 Mandat, roller og ansvar

I K5 får Helsetilsynet ansvar for å gjennomføre systemorienterte læringsundersøkelser etter alvorlige hendelser og alvorlige forhold. Undersøkelsene skal ha et tydelig lærings-, kvalitetsforbedrings- og forebyggingsformål. De skal innrettes mot systemforhold, organisatoriske og styringsmessige rammer,

samhandling, kapasitet, kompetanse og andre forhold som kan bidra til å forklare hvorfor alvorlige hendelser oppstår og hvordan lignende hendelser kan forebygges.

Et grunnleggende premiss i sikkerhetslitteraturen er at frykt for sanksjoner reduserer rapportering og deling, og dermed læring, mens rammer som oppleves som trygge er avgjørende for åpenhet og forbedring. Litteraturen anbefaler derfor en tydelig organisatorisk og funksjonell adskillelse mellom systemorienterte læringsundersøkelser og tradisjonelt tilsyn. PwCs evaluering gir et mer sammensatt bilde av hvilken betydning sanksjonsfriheten har i praksis: datagrunnlaget peker i ulike retninger, og helsepersonell vektlegger også læring og ansvarliggjøring høyt når de vurderer å varsle eller dele informasjon. Samtidig gir ikke datagrunnlaget grunnlag for å avvise at en tett kobling mellom systemorientert læring og tilsyn kan påvirke åpenhet og informasjonsdeling.

I K5 plasseres den systemorienterte læringsfunksjonen og tilsynsfunksjonen innenfor samme nasjonale myndighet. K5 må derfor utformes slik at den ivaretar både hensynet til samordning og hensynet til et reelt skille mellom de to sporene. Det forutsetter at det etableres et tydelig og reelt skille mellom sporene, slik at det systemorienterte læringssporet i praksis fremstår og fungerer adskilt fra tilsynssporet, selv om de er plassert i samme virksomhet. Skillet kan for eksempel ivaretas gjennom:

- en egen organisatorisk enhet for systemorienterte læringsundersøkelser, med egne medarbeidere og egne arbeidsprosesser, atskilt fra tilsynsfunksjonen
- klare rettslige rammer for informasjonsdeling mellom systemorientert læringsspor og tilsynsspor,
- habilitetsregler som sikrer at medarbeidere ikke veksler mellom roller i en og samme sak,
- egne kanaler og kommunikasjonsformer mot tjenester, helsepersonell, pasienter og pårørende, slik at det er tydelig hvilket spor de møter,
- tydelig ekstern kommunikasjon om formålet med de systemorienterte læringsundersøkelsene og om hvordan informasjon som gis i denne sammenhengen, behandles.

Formålet er å bevare mest mulig av Ukoms læringsorienterte metode og kultur, og motvirke at nærheten til tilsynsfunksjonen svekker åpenhet og informasjonsdeling.

Etter den nye meldeordningen vil Helsetilsynet motta kopi av meldinger, og skal systematisere og identifisere risikoområder, veilede Statsforvalteren, formidle kunnskap og bidra til overordnet læring og forbedring i helse- og omsorgstjenesten. Vi legger til grunn at Helsetilsynet kan bruke dette som grunnlag for å vurdere hvilke temaer som bør undersøkes gjennom systemorienterte læringsundersøkelser. Vurderingen av om en sak skal følges opp som tilsyn, som systemorientert læringsundersøkelse eller gjennom andre virkemidler, bør gjøres etter tydelige kriterier som sikrer at

sakene kanaliseres til rett spor, og at det samme forholdet ikke håndteres parallelt i begge spor uten en eksplisitt og dokumentert begrunnelse.

Statsforvalternes rolle endres i utgangspunktet ikke. De vil fortsatt ha ansvar for regional tilsynsmessig oppfølging og veiledning av virksomheter. Helsetilsynet vil imidlertid kunne bruke styringslinjen til statsforvalterne mer aktivt for å spre læring og sikre at funn fra systemorienterte læringsundersøkelser får regional og lokal oppfølging.

11.2.3 Arbeidsform og prioritering

Konseptet legger til grunn at Helsetilsynet viderefører sentrale elementer fra Ukoms arbeidsform. Det innebærer blant annet tverrfaglige undersøkelser, innhenting av erfaringer fra pasienter, brukere, pårørende og helsepersonell, analyse av bakenforliggende systemforhold og publisering av rapporter med læringspunkter og anbefalinger. Ukoms metodiske kompetanse og kultur for å løfte frem pasient- og pårørendeperspektivet forutsettes i størst mulig grad bevart gjennom overføring av personell og kompetanse. Det er en forutsetning at de systemorienterte læringsundersøkelsene fortsatt bygger på en tilnærming der formålet er å forstå hvordan forhold ved organisering, styring og rammebetingelser bidrar til at hendelser oppstår, og ikke å vurdere enkeltpersoners eller virksomheters etterlevelse av regelverk.

Samtidig vil Helsetilsynet kunne prioritere undersøkelser på bakgrunn av et bredere samlet kunnskapsgrunnlag enn Ukom har i dag. Helsetilsynet har tilgang til informasjon fra sine egne tilsynssaker, unike klager som kun er sendt inn til dem og andre informasjonskilder. Dette kan gi et bedre grunnlag for å identifisere områder hvor systemorienterte læringsundersøkelser kan ha høy samfunnsmessig nytte og stor overføringsverdi.

Rapportene fra de systemorienterte læringsundersøkelsene bør, som i K0+, bygge videre på skillet mellom anbefalinger til myndigheter og læringspunkter til tjenesten. Helsetilsynet bør samtidig arbeide konsistent og systematisk med hvordan læringspunktene formuleres, struktureres og målrettes. Anbefalinger kan rettes mot HOD, direktorater, regionale helseforetak, kommuner eller andre systemaktører, men skal ha en tydelig adressat som i K0+. Anbefalingene bør også kunne rettes mot tilsynsmyndigheten. PwC anerkjenner at Helsetilsynet kan ha mindre legitimitet i å undersøke og rette anbefalinger mot seg selv. Her kan imidlertid Riksrevisjonen også gjennomføre forvaltningsrevisjoner ved behov. Læringspunktene kan rettes mot virksomheter, ledere og helsepersonell, men mer systematisk bruk og konkretisering som i K0+. Fordi funksjonen ligger i Helsetilsynet, vil læringspunktene også kunne kobles tettere til tilsyn, veiledning og annen oppfølging i forvaltningen.

11.2.4 Samordning og oppfølging

Den største styrken ved K5 er at konseptet kan gi bedre samordning mellom de systemorienterte læringsundersøkelsene og tilsyn. I dagens modell kan Ukom, Helsetilsynet og statsforvalterne ha overlappende interesse for samme hendelsestyper, virksomheter eller risikoområder. K5 reduserer

behovet for koordinering mellom to nasjonale aktører som begge skal bidra til læring og forbedring, fordi ansvaret for både tilsynsmessig oppfølging og systemorienterte læringsundersøkelser samles i Helsetilsynet.

Dette kan gi en mer effektiv samlet bruk av kompetanse og informasjon. Helsetilsynet kan vurdere om en hendelse primært bør følges opp gjennom tilsyn, systemorientert læringsundersøkelse, veiledning, områdeovervåking eller en kombinasjon av virkemidler. Konseptet kan dermed redusere risikoen for at parallelle prosesser belaster tjenestene og uklare signaler til tjenestene. Samtidig forutsetter K5 at det interne skillet mellom systemorientert læring og tilsyn holdes konsekvent også når flere virkemidler brukes i samme sak. Når både tilsyn og de systemorienterte læringsundersøkelsene benyttes parallelt, må det være tydelig hvilket spor som håndterer hvilken informasjon, hvilke vurderinger som gjøres i hvilket spor, og hvordan informasjonen kan, og ikke kan, flyte mellom de to sporene.

Oppfølgingen av anbefalinger bør også bli sterkere enn i dagens Ukom-modell. Konseptet innebærer derfor at virksomheter som får anbefalinger rettet mot seg pålegges å vurdere og gi tilbakemelding på disse til Helsetilsynet innen en fast frist. I tillegg kan Helsetilsynet bruke anbefalinger og læringspunkter i videre tilsynsarbeid, veiledning, dialog med statsforvalterne og nasjonal formidling. Selv om anbefalingene ikke nødvendigvis er bindende, kan de få større praktisk tyngde når de kommer fra en tilsynsmyndighet.

11.2.5 Forventede virkninger

K5 kan gi noe lavere løpende driftskostnader enn en modell med to separate nasjonale virksomheter, fordi administrative funksjoner, ledelse, støttefunksjoner, analysekapasitet og fagmiljøer kan samordnes. Samtidig vil de økonomiske gevinstene trolig være moderate, særlig dersom Ukoms fagmiljø i stor grad videreføres og systemorienterte læringsundersøkelser skal opprettholdes på et tilsvarende nivå som i dag.

Konseptet vil ha betydelige omstillingskostnader. Avvikling av Ukom som selvstendig virksomhet, virksomhetsoverdragelse, organisatorisk innplassering, utvikling av nye prosesser, juridiske avklaringer, kulturbygging, kommunikasjon og eventuell systemtilpasning vil kreve tid og ressurser. Det kan også oppstå midlertidig produktivitetstap i overgangsperioden, både i Ukoms tidligere fagmiljø og i Helsetilsynet.

K5 kan gi økt tidsbruk for Helsetilsynet og eventuelt statsforvalterne som følge av nye oppgaver, behov for intern koordinering og etablering av et tydelig skille mellom systemorienterte læringsundersøkelser og tilsyn med fokus på lovlighet og ansvar. For tjenestene kan konseptet samtidig gi spart tid dersom det reduserer overlappende henvendelser og gjør statens oppfølging av alvorlige hendelser mer samordnet.

Den viktigste potensielle nytten er at læring fra alvorlige hendelser kan bli bedre integrert i det samlede tilsyns- og forbedringssystemet. Helsetilsynet har virkemidler, kanaler og legitimitet som kan bidra til at

funn og anbefalinger får større gjennomslag i tjenestene. Dersom Ukoms systemorienterte læringsperspektiv videreføres, og dersom Helsetilsynet klarer å kombinere dette med tilsynsrollen på en god måte, kan konseptet bidra til bedre forebygging av alvorlige hendelser, redusert pasientskade og styrket pasientsikkerhet.

Den største ulempen er at den systemorienterte læringsfunksjonen kan miste noe av den tilliten som følger av å være organisatorisk skilt fra en virksomhet som også har ansvar for tilsyn, reaksjoner og sanksjoner. Sikkerhetslitteraturen fremhever at frykt for sanksjoner kan redusere rapportering og åpenhet, og at organisatorisk og funksjonell adskillelse mellom læring og tilsyn er en sentral forutsetning for at læringsundersøkelser skal få frem fullstendig informasjon. Selv om de systemorienterte læringsundersøkelsene formelt ikke skal vurdere lovbrudd eller sanksjoner, kan nærheten til tilsyn påvirke åpenhet, informasjonsdeling og opplevelsen av trygghet. Denne risikoen kan reduseres, men neppe fjernes helt, gjennom tydelig organisering, klare arbeidsprosesser, rettslige rammer og tydelig kommunikasjon.

11.3 K6 Styrket statsforvalter

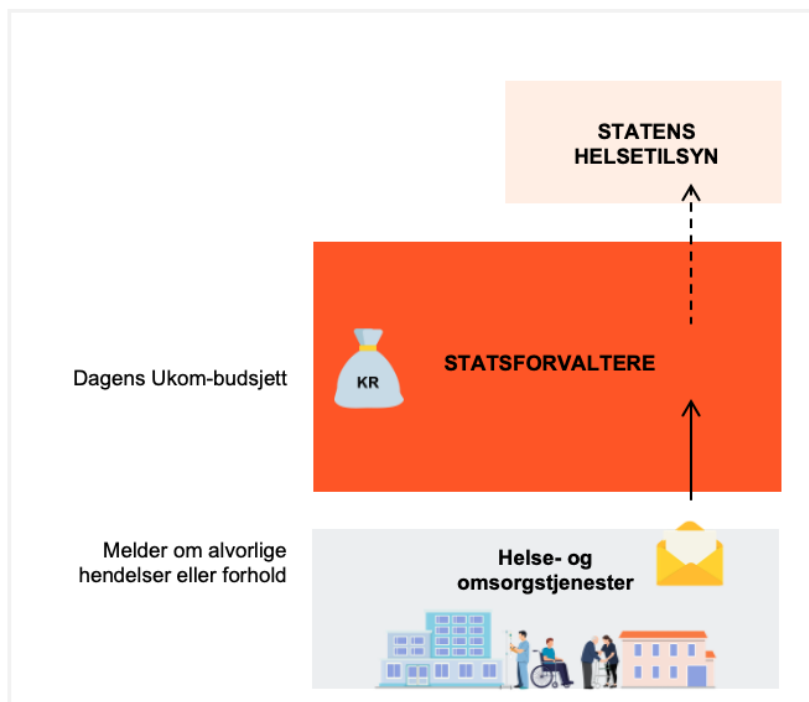
11.3.1 Hovedinnretning

K6 innebærer at Ukom avvikles, og at budsjettmidlene i stedet overføres til statsforvalterne for å styrke deres kapasitet i arbeidet med alvorlige hendelser, meldeordningen, tilsyn og veiledning overfor helse- og omsorgstjenestene. Konseptet innebærer at det nasjonale, uavhengige og sanksjonsfrie undersøkelsessporet bortfaller. Læring etter alvorlige hendelser blir i stedet i større grad ivaretatt gjennom statsforvalternes ordinære oppfølging av virksomhetene.

Hovedideen i konseptet er å flytte ressursene nærmere tjenestene. Statsforvalterne har regional og lokal kjennskap, løpende kontakt med kommuner, helseforetak og andre tjenesteytere, og ansvar for tilsyn og veiledning innenfor sine geografiske områder. Ved å styrke statsforvalterne kan staten øke kapasiteten til å følge opp alvorlige hendelser der de skjer, og gi mer praksisnær veiledning til virksomhetene.

K6 representerer samtidig det tydeligste bruddet med dagens Ukom-modell. En mister et nasjonalt, uavhengig og sanksjonsfritt undersøkelsesspor. Det vil ikke lenger finnes en egen nasjonal aktør med særskilt mandat til å gjennomføre sanksjonsfrie dybdeundersøkelser av alvorlige hendelser og alvorlige forhold med et rent læringsformål. Den sikkerhetsfaglige undersøkelseskompetansen som er bygget opp i Ukom, vil ikke bli videreført som et samlet fagmiljø.

Hovedtrekkene i K6 er oppsummert i figuren under.



Figur 27 Hovedtrekk ved konseptet K6

11.3.2 Mandat, roller og ansvar

I K6 videreføres ikke Ukoms mandat som egen undersøkelseskommissjon. Statsforvalterne får i stedet styrket kapasitet til å ivareta oppgaver innenfor eksisterende mandat og rolle i ny meldeordning. Dette kan omfatte behandling og vurdering av meldinger, tilsynsmessig oppfølging, dialog med virksomheter, veiledning, rådgivning og støtte til lokalt forbedringsarbeid.

Statsforvalterne skal fortsatt være regionale tilsynsmyndigheter og representanter for staten i fylkene. De skal ikke etableres som uavhengige undersøkelseskommissjoner, og konseptet innebærer derfor ikke at Ukoms rolle kopieres regionalt. Læringsarbeidet vil primært skje i virksomhetene i helsetjenesten, veiledet og støttet innenfor rammen av statsforvalternes ordinære myndighetsutøvelse. Det betyr at læring, veiledning og tilsyn blir tettere integrert fordi statsforvalterne får større kapasitet, men også at det sanksjonsfrie læringsporet bortfaller. Helsetilsynet vil fortsatt ha en nasjonal rolle som overordnet tilsynsmyndighet og faglig styrer av statsforvalternes tilsynsarbeid. De vil fortsatt gjennomføre landsdekkende tilsyn, og fortsette å fokusere på læring og forbedring i sine undersøkelser.

11.3.3 Arbeidsform og prioritering

I dette konseptet vil læring etter alvorlige hendelser i større grad skje ved å styrke regional oppfølging av virksomheter. Statsforvalterne kan bruke sin lokalkunnskap til å identifisere gjentakende utfordringer, følge opp konkrete virksomheter og bidra til forbedringsarbeid gjennom dialog og veiledning. Dette kan

være særlig relevant i kommunale helse- og omsorgstjenester, der statsforvalterne ofte har nærhet til virksomhetene og kjennskap til lokale forhold.

En styrket statsforvaltermoell kan gi mer kapasitet til å følge opp flere hendelser og virksomheter enn det en nasjonal undersøkelseskommissjon kan gjøre. Ressursene kan brukes til raskere regional respons, mer veiledning, tettere dialog med ledere og mer oppmerksomhet om lokale risikoområder. Konseptet kan dermed gi praktisk nytte for virksomheter som trenger støtte til forbedring etter alvorlige hendelser.

Samtidig vil konseptet innebære at man mister en nasjonal aktør som gjør nasjonale dybdeundersøkelser og tverrgående systemanalyser. Læring på tvers av regioner og tjenestenivåer kan bli svakere enn i en moell med en nasjonal undersøkelseskommissjon.

11.3.4 Samordning og oppfølging

K6 kan gi bedre samordning. For den enkelte virksomhet kan det være en fordel å forholde seg til én mindre nasjonal myndighet, fremfor både Ukom, statsforvalter og eventuelt Helsetilsynet i ulike spor. Dette kan redusere parallelle spor og dobbeltarbeid, og gjøre oppfølgingen mer oversiktlig.

Samtidig flytter konseptet samordningsutfordringen fra nasjonalt nivå til regionalt og nasjonalt-regionalt nivå. Når Ukom avvikles, forsvinner en nasjonal aktør som har hatt ansvar for å se hendelser og systemsvikt på tvers av virksomheter, regioner og tjenestenivåer. Helsetilsynet har imidlertid også et nasjonalt ansvar for å systematisere og identifisere risikoområder, formidle kunnskap og bidra til overordnet læring og forbedring. Med ny meldeordning skjer en tydeliggjøring av disse oppgavene. K6 forutsetter derfor ikke etablering av et nytt nasjonalt ansvar, men at eksisterende roller og mekanismer for samordning, kunnskapsdeling og oppfølging fungerer godt i praksis

11.3.5 Forventede virkninger

K6 innebærer at midlene som i dag brukes på Ukom omdisponeres til statsforvalterne. De samlede løpende driftskostnadene kan derfor være om lag uendret sammenlignet med nullalternativet, men ressursene brukes på en annen måte. I stedet for en nasjonal virksomhet med et samlet fagmiljø, fordeles kapasiteten på regionale embeter.

Omstillingskostnadene vil være lavere enn i K5 fordi Ukoms fagmiljø avvikles uten omfattende virksomhetsoverdragelse, men det vil likevel påløpe kostnader knyttet til avvikling, omfordeling av midler, opplæring og styrking av statsforvalternes kapasitet. Det vil også oppstå et kompetansetap fordi Ukoms fagmiljø ikke videreføres samlet eller integreres i andre deler av forvaltningen.

Konseptet kan gi spart tid i tjenestene dersom virksomhetene i større grad får én regional inngang til oppfølging etter alvorlige hendelser. Statsforvalterne kan kombinere tilsyn, veiledning og dialog på en måte som kan være effektiv for den enkelte virksomhet.

Den antatte nyttevirkningen for pasientsikkerhet er sammensatt. På den ene siden kan økt regional kapasitet gi tettere oppfølging av virksomheter, mer praktisk veiledning og bedre støtte til forbedringsarbeid, særlig i kommunale tjenester. På den andre siden kan bortfallet av en nasjonal, uavhengig og sanksjonsfri undersøkelseskommissjon svekke dybdelæring, systemforståelse og læring på tvers. Dersom statsforvalterne og Helsetilsynet ikke klarer å kompensere for dette gjennom felles metodikk og nasjonal kunnskapsdeling, kan viktige læringsmuligheter gå tapt.

Den største negative virkningen gjelder pasienter, pårørende og helsepersonells opplevelse av trygghet og tillit. K6 innebærer at de sanksjonsfrie og systemorienterte læringsundersøkelsene avvikles. Pasienter og pårørende vil ikke lenger ha en nasjonal aktør som kan undersøke alvorlige hendelser uten å være tilsynsmyndighet. Helsepersonell kan i mindre grad oppleve at det finnes et rom for å dele erfaringer og informasjon uten kobling til tilsyn og mulig reaksjon. Dette kan påvirke åpenhet, tillit og opplevelsen av at alvorlige hendelser undersøkes med et bredt systemperspektiv.

K6 kan dermed gi en mer desentralisert, praksisnær og kapasitetssterk modell for regional oppfølging, men på bekostning av nasjonal sanksjonsfri læringskapasitet. Konseptet står derfor overfor et tydelig avveiningsdilemma: om nytten av å styrke statsforvalternes nærhet til tjenestene er stor nok til å oppveie tapet av en nasjonal sanksjonsfri undersøkelseskommissjon med særskilt læringsmandat.

12 Samfunnsøkonomisk analyse – positive og negative virkninger

De tre foreslåtte konseptene er nærmere vurdert i en samfunnsøkonomisk analyse. Vi starter med å gi en beskrivelse av nullalternativet, det vil si den situasjonen de tre konseptene sammenliknes med. Deretter redegjør vi kort for metoden for verdsetting av virkningene før vi går gjennom og vurderer seks identifiserte virkninger kvalitativt.

12.1 Nullalternativet: Ukom etter 1. juli 2026, ellers uendret praksis

Nullalternativet er den situasjonen de tre konseptene skal sammenliknes med for å vurdere den samfunnsøkonomiske effekten. Nullalternativet beskriver den forventede utviklingen dersom det ikke gjøres særskilte endringer i Ukoms mandat, organisering eller plassering i forvaltningen. Alternativet innebærer at Ukom videreføres som en selvstendig, uavhengig og sanksjonsfri undersøkelseskommisjon, med dagens hovedinnretning og praksis, men innenfor rammene av den nye meldeordningen som trer i kraft 1. juli 2026.

I nullalternativet har Ukom fortsatt som formål å bidra til læring, forbedring og forebygging etter alvorlige hendelser og andre alvorlige forhold som kan true pasient- og brukersikkerheten. Ukom skal fortsatt ikke føre tilsyn, vurdere lovbrudd, plassere skyld eller ilegge reaksjoner. Kommisjonen skal gjennom uavhengige undersøkelser belyse bakenforliggende årsaker, systemforhold og læringspunkter som kan ha relevans på tvers av virksomheter, tjenestenivåer og sektorer. Det sanksjonsfrie rammeverket for helsepersonells forklaringer videreføres.

Den nye meldeordningen er en sentral del av nullalternativet. Etter 1. juli 2026 skal virksomheter melde alvorlige hendelser til statsforvalteren og Ukom så snart som mulig, og senest innen fem virkedager, mens Helsetilsynet mottar kopi av meldingen. Virksomhetene skal deretter utarbeide en rapport til statsforvalteren innen tre måneder, der hendelsesforløp, mulige årsaker, planlagte tiltak og involvering av pasient, bruker, pårørende og berørt helsepersonell beskrives. Statsforvalteren kan veilede virksomhetene i gjennomgangen ved behov, og tilsynsmyndighetene kan fortsatt åpne tilsyn der de vurderer det som nødvendig. Pasienter, brukere og nærmeste pårørende beholder retten til å melde dødsfall og svært alvorlig skade til statsforvalteren og Ukom.

Ukoms egne meldespor videreføres, men i et system der statsforvalteren får en tydeligere rolle i oppfølgingen av virksomhetenes egengjennomgang. Ukom vil fortsatt motta meldinger, vurdere hvilke hendelser eller forhold som bør undersøkes, og gjennomføre undersøkelser etter egne prioriteringer. Det legges ikke til grunn nye krav til samordning, nye mekanismer for oppfølging av Ukoms anbefalinger eller endringer i ansvarsdelingen mellom Ukom, Helsetilsynet og statsforvalterne utover det som følger av den nye meldeordningen.

Nullalternativet innebærer derfor at flere av dagens styrker ved Ukom videreføres. Ukom vil fortsatt kunne tilby en uavhengig og sanksjonsfri læringsarena som skiller seg fra tilsynssporet, og som kan bidra til å løfte frem pasient-, bruker-, pårørende- og helsepersonellperspektiver. Ukoms rapporter kan fortsatt gi innsikt i komplekse hendelsesforløp, bidra til refleksjon og læring i tjenestene og rette oppmerksomhet mot risikoområder som ellers kan få begrenset nasjonal oppmerksomhet.

Samtidig videreføres også flere av utfordringene som er identifisert i evalueringen. Ukoms nytteverdi vil fortsatt avhenge av at rapporter og anbefalinger faktisk tas i bruk av myndigheter og tjenestene. Det vil fortsatt kunne være variasjon i hvor godt Ukoms arbeid er kjent, hvor relevante rapportene oppleves, og i hvilken grad læringspunkter omsettes til konkret forbedringsarbeid. Det vil også fortsatt kunne være parallelle prosesser og uklare grenseflater mellom Ukom, Helsetilsynet og statsforvalterne, særlig der samme eller beslektede hendelser håndteres i flere spor samtidig.

Kostnadmessig legges det i nullalternativet til grunn at Ukoms virksomhet videreføres med om lag dagens ressursnivå og kostnadsbase, justert for ordinær pris- og lønnsvekst. Rapportproduksjon og undersøkelsesarbeid vil fortsatt være ressurskrevende, og Ukom vil fortsatt ha kostnader knyttet til å opprettholde et tverrfaglig undersøkelsesmiljø, ledelse, administrasjon og formidling. Det legges ikke til grunn vesentlige omstillingskostnader, ettersom organisering og mandat videreføres.

Nullalternativet er dermed ikke en videreføring av dagens situasjon helt uendret, men en videreføring av Ukoms rolle og praksis etter at den nye meldeordningen er innført. Som tidligere nevnt, danner alternativet sammenligningsgrunnlaget for de øvrige konseptene. Virkninger av konseptene vurderes derfor som endringer sammenlignet med en situasjon der Ukom består som egen uavhengig undersøkelseskommissjon, der ny meldeordning er implementert, men der det ikke gjøres ytterligere grep for å styrke samordning, endre ansvarsdeling, flytte læringsfunksjonen eller styrke oppfølgingen av anbefalinger.

12.2 Metode og datagrunnlag for verdsetting av virkninger

12.2.1 Verdimatrisemetoden

Virkningene i den samfunnsøkonomiske analysen er vurdert kvalitativt med verdimatrisemetoden i tråd med DFØs veileder i samfunnsøkonomisk analyse (DFØ, 2023). Metoden innebærer at hver virkning vurderes langs to dimensjoner: kvantum og enhetsverdi. Disse vurderingene kombineres i en verdimatrise for å anslå samlet samfunnsøkonomisk effekt.

Kvantum beskriver omfanget av virkningen. Det vurderes blant annet ut fra hvor mange som berøres, hvor ofte virkningen oppstår, hvor stor endringen er sammenlignet med nullalternativet, og hvor lenge virkningen varer.

Enhetsverdi beskriver betydningen av virkningen for dem som berøres. Den vurderes ut fra hvor viktig virkningen er for den enkelte berørte aktør, pasient, pårørende, helsepersonell, virksomhet eller myndighet.

I analysen brukes følgende skalaer:

Skala	Kvantum	Enhetsverdi
Ingen vesentlig	Ingen eller ubetydelig endring fra nullalternativet	Ikke relevant eller ubetydelig betydning
Lite	Få berørte, liten endring eller begrenset varighet	Begrenset betydning for den enkelte berørte
Middels	Flere berørte, tydelig endring eller varighet over tid	Tydelig betydning for den enkelte berørte
Stort	Mange berørte, stor endring eller lang varighet	Stor betydning for den enkelte berørte
Svært stort / svært høy	Svært mange berørte eller svært stor/langvarig endring	Svært stor betydning, for eksempel ved virkninger for liv, helse eller grunnleggende tillit

Tabell 28 Skala for vurdering av kvantum og enhetsverdi i den ikke-prissatte analysen

Kvantum og enhetsverdi kombineres deretter i en samlet vurdering av samfunnsøkonomisk effekt. Retningen på virkningen avgjøres av om den er en nyttevirkning eller en kostnadsvirkning. Samme matrise brukes derfor både for positive og negative virkninger.

	Lav enhetsverdi	Middels enhetsverdi	Høy enhetsverdi	Svært høy enhetsverdi
Lite kvantum	Liten effekt	Liten effekt	Liten til middels effekt	Middels effekt
Middels kvantum	Liten effekt	Middels effekt	Middels til stor effekt	Stor effekt
Stort kvantum	Middels effekt	Middels til stor effekt	Stor effekt	Svært stor effekt

Tabell 29 Matrise for samlet vurdering av samfunnsøkonomisk effekt basert på kvantum og enhetsverdi

Resultatet fra matrisen uttrykkes som for eksempel liten negativ effekt, middels positiv effekt eller ingen vesentlig effekt, avhengig av virkningens retning og styrke sammenlignet med nullalternativet.

12.2.2 Datagrunnlag for vurdering og verdsetting av virkninger

PwC har vurdert og verdsatt virkningene med utgangspunkt i intervjuer, dokumentstudier, data og annen innsikt samlet inn i arbeidet med evalueringen av Ukom. Funn fra evalueringen og sikkerhetsfaglig litteratur har vært viktig for å vurdere betydningen av sanksjonsfritt og uavhengig læringsspor opp mot tettere kobling til tilsynsmyndigheten.

12.3 Verdsetting av virkninger

Vi har identifisert seks samfunnsøkonomiske virkninger som vi har vurdert for konseptene K0+, K5 og K6. Konseptene har ulike virkningsdrivende egenskaper, som gjør at begrunnelsen for virkningen og størrelsen på virkningen varierer mellom konseptene. Tabell 30 oppsummerer de seks virkningene. Videre i kapitlet beskriver vi hver virkning mer detaljert og hva som er de virkningsdrivende egenskapene i hvert av konseptene. Deretter vurderer vi hver virkning i tråd med verdimatrisemetoden for hver av konseptene.

ID	Virkning	Type
V1	Driftskostnader (årlige/løpende)	Budsjettkostnad, kostnadsvirkning
V2	Omstillingskostnader (engangs)	Budsjettkostnad, kostnadsvirkning
V3	Tid brukt på nye oppgaver for myndigheter og tjenester	Tidsbruk, kostnadsvirkning
V4	Spart tid i tjenestene fra bedre koordinering mellom undersøkelses- og tilsynsaktører	Tidsbruk, nyttevirkning
V5	Unngått lidelse og død for pasienter og pårørende ved at tjenestene tar læring fra alvorlige hendelser og forebygger nye	Velferdsvirkning, nyttevirkning
V6	Pasienter og pårørende opplever trygghet og tillit til helse- og omsorgstjenesten	Verdivirkning, nyttevirkning

Tabell 30 Identifiserte virkninger

12.3.1 V1 Driftskostnader

Beskrivelse av virkningen

Virkningen omfatter endringer i årlige driftskostnader for staten sammenlignet med nullalternativet. Nullalternativet innebærer at Ukom videreføres som selvstendig virksomhet etter innføring av ny meldeordning fra 1. juli 2026, med om lag dagens ressursnivå og kostnadsbase.

Evalueringen viser at Ukom er en kompetanseintensiv virksomhet der lønn utgjør hoveddelen av driftskostnadene. I 2025 hadde Ukom 23 utførte årsverk og lønnskostnader på 35,2 mill. kroner. Lønnskostnadene har etter oppstartsårene utgjort om lag 69-78 prosent av driftsutgiftene. Dette tilsier at Ukoms samlede årlige driftskostnader i nullalternativet ligger i størrelsesorden 45-50 mill. kroner, avhengig av hvilke år og kostnadskomponenter som legges til grunn.

I vurderingen av V1 er det ikke lagt opp til en egen prissetting av driftskostnadene. Begrunnelsen er at alle konseptene i hovedsak forutsetter at budsjettmidlene som i dag brukes på Ukoms oppgave videreføres, enten i Ukom, i Helsetilsynet eller hos statsforvalterne. Endringen i samlede årlige driftskostnader sammenlignet med nullalternativet vurderes derfor som tilnærmet null. Eventuelle forskjeller mellom konseptene handler primært om hvor ressursene plasseres og hvordan de brukes, ikke om vesentlige endringer i samlet løpende ressursinnsats.

Virkningsdrivende egenskaper per konsept

I **K0+** videreføres Ukom som selvstendig virksomhet. Konseptet innebærer noe mer arbeid med samordning, formidling og oppfølging, men dette antas i hovedsak å kunne håndteres innenfor dagens ressursramme eller gjennom omprioriteringer.

I **K5** flyttes de systemorienterte læringsundersøkelsene til Helsetilsynet. Fagmiljøet og undersøkelseskapasiteten i Ukom forutsettes i stor grad videreført. For å øke sannsynligheten for at dagens fagmiljø består, bør arbeidsplassene opprettholdes i Stavanger. Samtidig forventer vi noen mindre økonomiske synergier av en sammenslåing, som følge av lavere kostnader til ledelse og administrasjon.

I **K6** avvikles Ukom, og budsjettmidlene overføres til statsforvalterne. Konseptet innebærer primært en omfordeling av eksisterende midler, ikke en reduksjon i samlet ressursbruk. Årlige driftskostnader forblir likt som i nullalternativet. En avvikling av Ukom vil imidlertid kunne innebære reduserte kostnader til virksomhetsledelse og administrasjon, og disse midlene kan brukes til å styrke arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring hos statsforvalterne.

Verdsetting av V1 Driftskostnader

Konsept	Berørte grupper	Vurdering av kvantum	Vurdering av enhetsverdi	Vurdering av samfunnsøkonomisk effekt
K0+ Forbedret videreføring av Ukom	Staten ved HOD og Ukom.	Verken positivt eller negativt. Samlet årlig ressursbruk vurderes som tilnærmet uendret sammenlignet med nullalternativet.	Middels. Offentlige driftsmidler har alternativ anvendelse, men siden kvantum vurderes som uendret får enhetsverdien liten betydning for samlet effekt.	Ingen vesentlig samfunnsøkonomisk effekt. Driftskostnadene vurderes som om lag uendret sammenlignet med nullalternativet.
K5 Læringsundersøkelser i Helsetilsynet	Staten ved HOD, Helsetilsynet og Ukom.	Lite positivt. Noen mindre synergier av en sammenslåing, som følge av lavere kostnader til ledelse og administrasjon.	Middels. Offentlige driftsmidler har alternativ anvendelse, men siden kvantum vurderes som uendret får enhetsverdien liten betydning for samlet effekt.	Liten positiv samfunnsøkonomisk effekt. Forventer rom for noe lavere driftskostnader.
K6 Styrket statsforvalter	Staten ved HOD, statsforvalterne.	Verken positivt eller negativt. Konseptet innebærer primært en omfordeling av eksisterende midler, ikke en reduksjon i	Middels. Offentlige driftsmidler har alternativ anvendelse, men siden kvantum vurderes som uendret får enhetsverdien liten	Ingen vesentlig samfunnsøkonomisk effekt. Driftskostnadene vurderes som om lag uendret sammenlignet med nullalternativet.

		samlet ressursbruk.	betydning for samlet effekt.	
--	--	---------------------	------------------------------	--

Tabell 31 Verdsetting av V1 driftskostnader

12.3.2 V2 Omstillingskostnader

Beskrivelse av virkningen

Virkningen omfatter engangskostnader som oppstår ved å gjennomføre endringer i mandat, organisering, arbeidsprosesser, styringslinjer og ansvar mellom Ukom, Helsetilsynet og statsforvalterne. Dette kan omfatte prosjekt- og utredningskostnader, juridiske avklaringer, regelverksendringer, HR-prosesser, virksomhetsoverdragelse eller avviking, endringer i IKT og arkiv, opplæring, intern og ekstern kommunikasjon, samt midlertidig produktivitetstap i overgangsfasen. Omstillingskostnader skiller seg fra V1 ved at de er midlertidige og knyttet til gjennomføring av konseptene, ikke til varig drift. Virkningen skiller seg også fra V3 ved at V2 gjelder ressursbruk for å etablere ny løsning, mens V3 gjelder varig eller gjentakende tidsbruk til nye oppgaver etter at løsningen er innført.

Omstillingskostnadene er i prinsippet prissatte virkninger, men vurderes her kvalitativt fordi det ikke foreligger tilstrekkelige forutsetninger om implementeringsløp, tidsplan, bemanning, behov for regelverksendringer eller organisatorisk innplassering. Vurderingen er derfor basert på forventet omfang og kompleksitet i omstillingen sammenlignet med nullalternativet.

Virkningsdrivende egenskaper per konsept

I **K0+** videreføres Ukom som selvstendig virksomhet. Omstillingen består primært av å videreutvikle arbeidsprosesser, etablere mer systematisk samordning med Helsetilsynet og statsforvalterne, tydeliggjøre rapport- og anbefalingsstruktur og eventuelt innføre rutiner for oppfølging av anbefalinger. Dette gir begrensede omstillingskostnader.

I **K5** avvikles Ukom som selvstendig virksomhet, og systemorienterte læringsundersøkelser flyttes til Helsetilsynet. Konseptet innebærer virksomhetsoverdragelse, organisatorisk innplassering, juridiske og styringsmessige avklaringer, etablering av interne skiller mellom systemorienterte læringsundersøkelser og tilsyn, tilpasning av arbeidsprosesser, arkiv og IKT, samt betydelig endringsledelse. Dette gir de høyeste omstillingskostnadene av konseptene.

I **K6** avvikles Ukom, og ressursene overføres i hovedsak til statsforvalterne. Omstillingen innebærer avviking av Ukoms fagmiljø, fordeling av ressurser, styrking av regional kapasitet og opplæring. Omstillingskostnadene vurderes som lavere enn i K5, men høyere enn i K0+ fordi konseptet innebærer avviking av Ukom og endret oppgavefordeling.

Verdsetting av V2 Omstillingskostnader

Konsept	Berørte grupper	Vurdering av kvantum	Vurdering av enhetsverdi	Vurdering av samfunns-økonomisk effekt
K0+ Forbedret videreføring av Ukom	Staten ved HOD, Ukom, Helsetilsynet og statsforvalterne.	Lite negativt. Omstillingen berører flere aktører, men innebærer ikke avvikling, virksomhets-overdragelse eller etablering av ny organisatorisk struktur. Ressursbruken vil i hovedsak være knyttet til utvikling av rutiner, samarbeidsarenaer og oppfølgingsprosesser.	Middels. Omstillingen vil kreve tid fra ledelse, fagpersoner og juridiske/ administrative ressurser, som har alternativ anvendelse. Enhetsverdien begrenses av at arbeidet kan gjennomføres som del av ordinær virksomhetsutvikling.	Liten negativ samfunns-økonomisk effekt. K0+ medfører enkelte engangskostnader, men disse vurderes som begrensede sammenlignet med nullalternativet.
K5 Systemorienterte læringsundersøkelser i Helsetilsynet	Staten ved HOD, Ukom og Helsetilsynet.	Middels negativt. Konseptet innebærer avvikling av Ukom som selvstendig virksomhet og overføring av oppgaver og personell til Helsetilsynet. Det må etableres nye arbeidsprosesser, styringsmodeller, organisatoriske skiller, systemtilpasninger og kommunikasjonsløp.	Middels til høy. Omstillingen vil kreve betydelig kapasitet fra ledelse, HR, juridiske ressurser, fagpersoner, IKT, arkiv og virksomhetsstyring. Midlertidig produktivitetstap kan også ha høy verdi dersom det reduserer kapasiteten til undersøkelser og tilsyn i overgangsperioden.	Middels negativ samfunns-økonomisk effekt. K5 har de største omstillingskostnadene.
K6 Styrket statsforvalter	Staten ved HOD, Ukom, statsforvalterne og Helsetilsynet.	Middels negativt. Ukom avvikles, og ressurser og oppgaver flyttes til statsforvalterne. Omstillingen krever fordeling av midler, rekruttering eller kapasitetsbygging regionalt. For berørte medarbeidere i Ukom vil nedleggelse av Ukom ha en høy kostnad. Dette er imidlertid et lite antall personer i samfunnsperspektiv.	Middels. Enhetsverdien vurderes lavere enn i K5 fordi det ikke er snakk om å lykkes med en virksomhets-overdragelse og integrering av et eksisterende fagmiljø i en ny virksomhet. For berørte medarbeidere vil enhetsverdien være høy, men det er likevel samlet sett en liten del av kostnadene.	Liten til middels negativ samfunns-økonomisk effekt. K6 gir merkbare engangskostnader ved avvikling og oppbygging av regional kapasitet, men vurderes som mindre omstillingskrevende enn K5.

Tabell 32 Verdsetting av V2 Omstillingskostnader

12.3.3 V3 Tid brukt på nye oppgaver for myndigheter og tjenester

Beskrivelse av virkningen

Virkningen omfatter økt tidsbruk for myndigheter og tjenestene som følge av nye eller endrede oppgaver i konseptene, sammenlignet med nullalternativet. Dette kan for eksempel være tid brukt på samordningsmøter, vurdering og oppfølging av anbefalinger, nye rapporterings- eller svarrutiner, intern koordinering, veiledning, formidling og deltakelse i nye arbeidsprosesser.

Virkningen avgrenses mot V2, som gjelder midlertidige omstillingskostnader i etableringsfasen, og mot V4, som gjelder spart tid i tjenestene som følge av bedre koordinering mellom undersøkelses- og tilsynsaktører. V3 fanger dermed opp merbelastningen av nye eller forsterkede oppgaver som blir en del av den løpende arbeidsformen.

Virkningen vurderes kvalitativt. Tidsbruk kan i prinsippet prissettes med utgangspunkt i lønnskostnader og tidsanslag, men det foreligger ikke tilstrekkelig grunnlag for å anslå antall berørte saker, møter, anbefalinger eller virksomheter. Vurderingen bygger derfor på forventet omfang av nye oppgaver, hvilke aktører som berøres, og hvor arbeidsintensive oppgavene antas å være.

Virkningsdrivende egenskaper per konsept

I **K0+** videreføres Ukom, men med mer systematisk samordning med Helsetilsynet og statsforvalterne, tydeligere oppfølging av anbefalinger og mer aktiv formidling. Dette vil kreve noe mer tid fra Ukom, tilsynsmyndighetene og virksomheter som må vurdere og gi tilbakemelding på relevante anbefalinger.

I **K5** flyttes systemorienterte læringsundersøkelser til Helsetilsynet. I tillegg til oppgavene som Ukom gjør i nullalternativet, vil Helsetilsynet måtte bruke mer tid på intern koordinering mellom systemorienterte læringsundersøkelser og tilsyn, og oppfølging av anbefalinger og læringspunkter fra de systemorienterte læringsundersøkelsene. Tjenestene og myndigheter kan få noe økt tidsbruk knyttet til mer systematisk oppfølging av anbefalinger og læringspunkter.

I **K6** får statsforvalterne økt kapasitet til å følge opp sine oppgaver i ny meldeordning. Denne kostnaden er dekket gjennom at statsforvalterne får overført budsjettmidler som i dag går til Ukom, og er vurdert i virkning V1. For tjenestene kan likevel tidsbruken øke noe dersom de får tettere regional oppfølging, men noe av dette kan erstatte kontakt med Ukom.

Verdsetting av V3 Tid brukt på nye oppgaver for myndigheter og tjenester

Konsept	Berørte grupper	Vurdering av kvantum	Vurdering av enhetsverdi	Vurdering av samfunns-økonomisk effekt
K0+ Forbedret videreføring av Ukom	Ukom, Helsetilsynet, statsforvalterne og virksomheter som berøres av Ukoms	Lite negativt. Konseptet innebærer noe økt tidsbruk til samordning,	Middels. Tiden brukes av ledere, fagpersoner og saksbehandlere i statlige myndigheter	Liten negativ samfunns-økonomisk effekt. K0+ gir noe økt løpende

	anbefalinger og læringsarbeid.	formidling og oppfølging av anbefalinger. Spørreundersøkelsen blant helsepersonell underbygger behovet for bedre formidling og mer praktisk anvendbare læringspunkter, men dette vurderes som en begrenset merbelastning sammenlignet med nullalternativet.	og helse- og omsorgstjenesten.	tidsbruk, men merbelastningen vurderes som begrenset.
K5 Læringsundersøkelser i Helsetilsynet	Helsetilsynet, statsforvalterne og virksomheter som berøres av læringsundersøkelser, anbefalinger og oppfølging.	Lite negativt. Helsetilsynet vil måtte bruke mer tid på intern koordinering mellom systemorienterte læringsundersøkelser og tilsyn, og oppfølging av anbefalinger og læringspunkter. Tjenestene og myndigheter kan få noe økt tidsbruk ved mer systematisk oppfølging av anbefalinger og læringspunkter.	Middels. Tiden brukes av ledere, fagpersoner og saksbehandlere i statlige myndigheter og helse- og omsorgstjenesten.	Liten negativ samfunnsøkonomisk effekt. K5 gir mer løpende tidsbruk for myndighetene enn nullalternativet, særlig i Helsetilsynet. Effekten for tjenestene er mer usikker, fordi økt tidsbruk til oppfølging kan motsvares av spart tid gjennom bedre koordinering, som vurderes under V4.
K6 Styrket statsforvalter	Statsforvalterne, Helsetilsynet og helse- og omsorgstjenestene.	Ingen vesentlig til lite negativt. Økt kapasitet hos statsforvalter til regional oppfølging kan gi noe høyere tidsbruk i tjenesten til å respondere og følge opp krav fra statsforvalter. Samtidig er dette noe de også gjør i nullalternativet, som begrenser omfanget.	Middels. Tiden brukes av ledere, fagpersoner og saksbehandlere i statlige myndigheter og helse- og omsorgstjenesten.	Ingen vesentlig til liten negativ samfunnsøkonomisk effekt. K6 kan gi noe økt ressursbruk i tjenestene som følge av tettere regional oppfølging fra statsforvalter.

Tabell 33 Verdsetting av V3 Tid brukt på nye oppgaver for myndigheter og tjenester

12.3.4 V4 Spart tid som følge av bedre koordinering og færre aktører

Beskrivelse av virkningen

Virkningen omfatter spart tid i helse- og omsorgstjenestene som følge av bedre koordinering mellom aktører som undersøker, fører tilsyn med eller følger opp alvorlige hendelser og alvorlige forhold. Virkningen omfatter også spart tid som følge av redusert overlapp og dobbeltarbeid sammenlignet med nullalternativet. Evalueringen viser at dagens arbeidsdeling kan gi overlapp mellom Ukom, Helsetilsynet

og statsforvalterne, blant annet ved at flere aktører innhenter informasjon, vurderer samme eller beslektede hendelser, har kontakt med de samme virksomhetene og formidler læringspunkter eller forventninger parallelt.

Tidsbruken i tjenestene kan særlig oppstå hos ledere, kvalitets- og pasientsikkerhetsressurser, fagpersoner og helsepersonell som må finne frem dokumentasjon, delta i møter og intervjuer, svare på henvendelser, følge opp anbefalinger eller håndtere flere parallelle prosesser etter samme hendelse. Bedre koordinering kan redusere denne belastningen.

Virkningen vurderes kvalitativt. I prinsippet kan virkningen prissettes dersom man kjenner antall berørte hendelser, antall involverte virksomheter, gjennomsnittlig tidsbruk per prosess og relevante timekostnader. Det foreligger ikke tilstrekkelig grunnlag for dette. Vurderingen bygger derfor på forventet reduksjon i overlapp, dobbeltarbeid og uklarhet for tjenestene sammenlignet med nullalternativet.

Virkningen må ses i sammenheng med V3. V3 fanger opp økt tidsbruk til nye eller forsterkede oppgaver, mens V4 fanger opp spart tid som følge av bedre koordinering. For å unngå dobbelttelling vurderes disse som separate virkninger.

Virkningsdrivende egenskaper per konsept

I **K0+** videreføres Ukom som egen virksomhet, men med mer systematisk samordning med Helsetilsynet og statsforvalterne. Dette kan redusere noe overlapp og gjøre prosessene mer forutsigbare for tjenestene. Effekten begrenses samtidig av at Ukom fortsatt er en separat aktør, og at det fortsatt kan oppstå parallelle prosesser mellom Ukoms undersøkelsesspor og tilsynsspor.

I **K5** samles systemorienterte læringsundersøkelser i Helsetilsynet. Dette gir størst potensial for redusert tidsbruk i tjenestene, fordi tilsynsmyndigheten får ansvar for både tilsynsmessig oppfølging og systemorienterte læringsundersøkelser. K5 innebærer at det er en aktør mindre enn i nullalternativet som henvender seg til tjenestene for gjennomføring av undersøkelser og formidling av læring. I tillegg er det en aktør mindre som skal følge med på og gjennomgå meldinger. En forutsetning for dette er at Helsetilsynet gjennom sin følge med-rolle har tilstrekkelig grunnlag for å velge ut temaer for systemorienterte læringsundersøkelser. Samlet vil dette redusere dobbeltbehandling, overlappende informasjonsinnhenting og uklarhet om hvem tjenestene skal forholde seg til.

I **K6** bortfaller Ukoms separate kontakt med tjenestene. Dette kan gi tjenestene en tydeligere regional inngang og reduserer antall aktører de må forholde seg til. I tillegg bortfaller tid brukt på å respondere på systemorienterte læringsundersøkelser.

Verdsetting av V4 Spart tid som følge av bedre koordinering og færre aktører

Konsept	Berørte grupper	Vurdering av kvantum	Vurdering av enhetsverdi	Vurdering av samfunns-økonomisk effekt
K0+ Forbedret videreføring av Ukom	Helse- og omsorgstjenestene, særlig virksomhetsledelse, kvalitets- og pasientsikkerhetsressurser, fagpersoner og helsepersonell som involveres i undersøkelser og tilsyn.	Lite positivt. Bedre samordning kan redusere belastningen fra parallelle prosesser og gjøre prosessene mer forutsigbare. Samtidig videreføres Ukom som separat aktør, og det vil fortsatt kunne være parallelle prosesser mellom Ukom, Helsetilsynet og statsforvalterne.	Middels. Tiden brukes av ledere, fagpersoner og saksbehandlere i statlige myndigheter og helse- og omsorgstjenesten.	Liten positiv samfunns-økonomisk effekt. K0+ kan gi noe spart tid i tjenestene, men effekten vurderes som begrenset fordi hovedstrukturen med flere aktører videreføres.
K5 Læringsundersøkelser i Helsetilsynet	Helse- og omsorgstjenestene, særlig virksomhetsledelse, kvalitets- og pasientsikkerhetsressurser, fagpersoner og helsepersonell som involveres i undersøkelser og tilsyn.	Middels positivt. Samling av systemorienterte læringsundersøkelser i Helsetilsynet kan redusere overlappende informasjonsinnhenting, dobbeltbehandling og parallelle henvendelser. Tjenestene får en tydeligere nasjonal aktør å forholde seg til, selv om statsforvalterne fortsatt har den regionale tilsynsmyndigheten.	Middels. Tiden brukes av ledere, fagpersoner og saksbehandlere i statlige myndigheter og helse- og omsorgstjenesten.	Middels positiv samfunns-økonomisk effekt. K5 vurderes å ha størst potensial for spart tid i tjenestene, fordi konseptet reduserer antall parallelle nasjonale spor og gir bedre mulighet for samlet prioritering og koordinering.
K6 Styrket statsforvalter	Helse- og omsorgstjenestene, særlig virksomhetsledelse, kvalitets- og pasientsikkerhetsressurser, fagpersoner og helsepersonell som involveres i undersøkelser og tilsyn.	Middels til stort positivt. Ukoms separate undersøkelser og henvendelser bortfaller, og statsforvalteren kan bli en tydeligere regional inngang.	Middels. Tiden brukes av ledere, fagpersoner og saksbehandlere i statlige myndigheter og helse- og omsorgstjenesten.	Middels til stor samfunns-økonomisk effekt. K6 kan gi spart tid ved at tjenestene får færre aktører å forholde seg til.

Tabell 34 Verdsetting av V4 Spart tid som følge av bedre koordinering og færre aktører

12.3.5 V5 Unngått lidelse og død for pasienter og pårørende ved at tjenestene tar læring fra alvorlige hendelser og forebygger nye

Beskrivelse av virkningen

Virkningen omfatter nytten som pasienter, brukere og pårørende har av at helse- og omsorgstjenesten lærer av alvorlige hendelser og alvorlige forhold, og at denne læringen bidrar til å forebygge nye hendelser. Virkningen kan komme til uttrykk som færre dødsfall, færre alvorlige pasientskader, mindre

fysisk og psykisk lidelse, redusert belastning for pårørende og bedre ivaretagelse etter alvorlige hendelser.

Dette er den mest sentrale nyttevirkingen i analysen, men også den mest usikre. Sammenhengen mellom en undersøkelse, en rapport eller et læringspunkt og faktisk forebygging av fremtidige hendelser er i beste fall indirekte. For at virkingen skal realiseres, må kunnskapen være relevant, den må nå frem til riktige aktører, den må oppleves som legitim og anvendbar, og den må omsettes i konkret forbedringsarbeid i tjenestene.

Verdsetting av unngått liv- og helseeffekter er et stort tema innenfor samfunnsøkonomisk analyse. I prinsippet kan redusert dødelighet og helsetap verdsettes med etablerte samfunnsøkonomiske verdier for liv og helse. I denne analysen foreligger det imidlertid ikke grunnlag for å anslå hvor mange alvorlige hendelser som kan forebygges i de ulike konseptene, eller hvor stor del av eventuell forbedring som kan tilskrives endret organisering av læringsfunksjonen. Vi gjør derfor vurderingen kvalitativt ved å anslå forventet kvantum og enhetsverdi etter verdimatrixemetoden.

Vi har vurdert enhetsverdien til *svært høy* i alle konseptene. Basert på veiledningsmateriellet fra DFØ for samfunnsøkonomisk analyse, var verdien av et statistisk liv verdsatt til 46,69 mnok i 2023 (DFØ, 2024). Ved samfunnsøkonomisk analyse av tiltak med helseeffekter, men som gjennomføres utenfor helsesektoren, sier Helsedirektoratet at det er verdien av et statistisk leveår, basert på verdien av statistisk liv, som skal legges til grunn for verdsetting av liv- og helsegevinster (Helsedirektoratet, 2024). Det understrekes at dette gjelder tiltak som treffer befolkningen i stort, og en i utgangspunktet frisk befolkning. Verdien av et statistisk leveår ble i 2023 anslått til å ligge i intervallet 1,17-2,19 mill. 2023-kr, med et gjennomsnitt på 1,68 mill. 2023-kr.

Undersøkelser av alvorlige forhold og hendelser med mål om å forebygge fremtidige hendelser i helse- og omsorgstjenesten er imidlertid tiltak som gjennomføres i helse- og omsorgstjenesten, og dermed ikke i utgangspunktet en frisk totalbefolkning. Samtidig er det i Ukom-loven lagt til grunn at det gjelder hendelser som er uventet og alvorlig utfra en påregnelig risiko, altså ikke situasjoner der det må forventes høy risiko for komplikasjoner og negative utfall. Ukom har historisk gått inn i et bredt spekter av temaer og forhold. Denne bredden gjør det vanskelig å vurdere hvilke virkninger undersøkelsene først og fremst bør forventes å gi. Aktuelle virkninger kan være unngåtte dødsfall blant ellers friske personer, unngått lidelse og tap av livskvalitet som følge av feilbehandling, redusert risiko for komplikasjoner blant de aller sykeste, eller mindre lidelse og fysisk og mentalt stress for pårørende. I vår kvalitative vurdering av virkingen har vi likevel lagt til grunn at enhetsverdien er *svært høy*. Selv om arbeidet kun skulle forebygge ett dødsfall hos en ellers frisk person, kan den økonomiske verdien av dette sparte livet anslås til over 46 millioner kroner i 2023, som må sies å være *svært høyt*.

Virkningsdrivende egenskaper per konsept

I **K0+** videreføres Ukom som uavhengig og sanksjonsfri undersøkelseskommissjon, men med mer målrettet prioritering, tydeligere anbefalinger, sterkere formidling og mer systematisk oppfølging. Konseptet kan øke sannsynligheten for at Ukoms kunnskap blir mer relevant og i større grad tatt i bruk i tjenestene, samtidig som Ukoms uavhengighet og tillitvekkende rolle bevares.

I **K5** flyttes systemorienterte læringsundersøkelser til Helsetilsynet. Dette kan styrke gjennomslaget for læring, fordi funn, anbefalinger og læringspunkter kan kobles tettere til tilsyn, veiledning, risikovurderinger, statsforvalterlinjen og Helsetilsynets etablerte kanaler. Samtidig kan nærheten til tilsyn redusere åpenhet fra helsepersonell og virksomheter, som en følge av at de systemorienterte læringsundersøkelsene ikke vil være formelt sanksjonsfrie. At sanksjonsfriheten forsvinner, kan i teorien gi mindre innsikt i undersøkelsene. Imidlertid tyder spørreundersøkelsen til helsepersonell på at når helsepersonell vurderer om de skal dele informasjon, vektlegger de at alvorlige forhold faktisk tas tak i og fører til læring og endring, minst like høyt som at undersøkelsen er anonym og sanksjonsfri. Nettoeffekten avhenger av om Helsetilsynet klarer å bevare Ukoms læringsorienterte metode og tilstrekkelig skille mellom systemorienterte læringsundersøkelser og tilsyn.

I **K6** avvikles Ukom, og ressursene flyttes til statsforvalterne. Konseptet kan gi mer praksisnær og regional oppfølging av virksomheter, særlig i kommunale helse- og omsorgstjenester. Samtidig bortfaller en nasjonal, uavhengig og sanksjonsfri aktør med særskilt mandat til dybdeundersøkelser, systemanalyse og læring på tvers. Virkningen er derfor usikker: K6 kan styrke lokal oppfølging, men svekke nasjonal systemlæring

Verdsetting av V5 Unngått lidelse og død

Konsept	Berørte grupper	Vurdering av kvantum	Vurdering av enhetsverdi	Vurdering av samfunns-økonomisk effekt
K0+ Forbedret videreføring av Ukom	Pasienter, brukere og pårørende. Helse- og omsorgstjenestene berøres indirekte gjennom bedre kunnskap og forbedringsarbeid.	Lite til middels positivt. K0+ kan gi bedre læring gjennom mer målrettet prioritering, tydeligere anbefalinger, bedre formidling og mer systematisk oppfølging.	Svært høy. Unngått død, alvorlig skade og lidelse har svært høy verdi for pasienter, brukere, pårørende og samfunnet. Selv små reduksjoner i alvorlige hendelser kan ha stor samfunnsøkonomisk verdi.	Lite til middels positiv samfunns-økonomisk effekt. K0+ vurderes å gi positiv effekt, men nytten avhenger av at forbedringene faktisk øker bruken av Ukoms kunnskap i tjenestene.
K5 Læringsundersøkelser i Helsetilsynet	Pasienter, brukere og pårørende. Helse- og omsorgstjenestene, Helsetilsynet og statsforvalterne berøres gjennom endret oppfølging av læring og forbedring.	Middels til stort positivt. K5 kan gi bedre prioritering, sterkere kobling mellom systemorienterte læringsundersøkelser og tilsyn, mer systematisk oppfølging og bedre	Svært høy. Unngått død, alvorlig skade og lidelse har svært høy verdi for pasienter, brukere, pårørende og samfunnet. Selv små reduksjoner i alvorlige hendelser kan ha stor	Middels til stor positiv samfunns-økonomisk effekt, med vesentlig usikkerhet. K5 vurderes å ha størst potensial for å omsette læring i faktisk forbedring, fordi det

		spredning gjennom statsforvalterlinjen.	samfunnsøkonomisk verdi.	systemorienterte læringsarbeidet kobles tettere til tilsyn, veiledning og oppfølging.
K6 Styrket statsforvalter	Pasienter, brukere og pårørende. Helse- og omsorgstjenestene berøres gjennom tettere regional oppfølging, veiledning og tilsyn.	Lite til middels positivt. K6 kan gi mer praksisnær oppfølging, særlig i kommunale helse- og omsorgstjenester. Samtidig bortfaller Ukoms nasjonale, sanksjonsfrie og systemorienterte læringsundersøkelser, noe som trekker ned.	Svært høy. Unngått død, alvorlig skade og lidelse har svært høy verdi for pasienter, brukere, pårørende og samfunnet. Selv små reduksjoner i alvorlige hendelser kan ha stor samfunnsøkonomisk verdi.	Liten til middels positiv samfunnsøkonomisk effekt. Regional oppfølging kan bidra til at alvorlige forhold faktisk tas tak i. Effekten er likevel mer usikker enn for K5, fordi modellen kan gi svakere nasjonal systemlæring.

Tabell 35 Verdsetting av V5 Unngått lidelse og død

12.3.6 V6 Befolkningen opplever trygghet og tillit til helse- og omsorgstjenesten

Beskrivelse av virkningen

Virkningen omfatter befolkningens opplevelse av trygghet og tillit til helse- og omsorgstjenesten, og til myndighetenes håndtering av alvorlige hendelser og alvorlige forhold. Når en alvorlig hendelse har skjedd, kan det ha stor betydning for pasienter, brukere og pårørende at hendelsen blir tatt på alvor, undersøkt på en uavhengig og tillitvekkende måte, og at erfaringene brukes til å forebygge at andre opplever det samme.

Virkningen handler ikke om faktisk reduksjon i skade og død. Dette er vurdert under V5. V6 handler om den selvstendige verdien av trygghet, tillit, åpenhet og opplevelsen av at systemet lærer. Dette kan omfatte tillit til at alvorlige hendelser ikke blir bagatellisert, at pasient- og pårørendeperspektivet blir hørt, at undersøkelsene har tilstrekkelig avstand til involverte virksomheter og tilsynsmyndigheter, og at læring ikke bare blir et internt anliggende for tjenestene.

Virkningen vurderes kvalitativt. Trygghet og tillit er vanskelig å prissette, men har betydelig samfunnsøkonomisk verdi. Lav tillit kan føre til mer usikkerhet, mer belastning for pasienter og pårørende, flere klager og mer konfliktfylte prosesser. Høy tillit kan derimot gjøre det lettere å akseptere utfallet av en hendelse, bidra til åpenhet og styrke legitimiteten til helse- og omsorgstjenesten.

Virkningsdrivende egenskaper per konsept

I **K0+** videreføres Ukom som en uavhengig og sanksjonsfri undersøkelseskommisjon. Dette ivaretar en egen læringsarena utenfor tilsynssporet, og kan bidra til befolkningens tillit til helse- og omsorgstjenesten. Samtidig kan mer målrettet formidling og tydeligere oppfølging av anbefalinger styrke opplevelsen av at undersøkelsene faktisk fører til læring og forbedring.

I **K5** flyttes systemorienterte læringsundersøkelsene til Helsetilsynet. Dette kan styrke tilliten til at funn og anbefalinger blir fulgt opp, fordi Helsetilsynet har tydelige myndighetsroller og etablerte kanaler inn mot tjenesten. Samtidig svekkes avstanden mellom systemorientert læring og tilsyn, og den systemorienterte læringsfunksjonen vil ikke lenger være sanksjonsfri. Dette kan svekke opplevd trygghet og tillit i befolkningen. Samlet vurderer vi virkningen som nøytral sammenlignet med nullalternativet.

I **K6** avvikles Ukom, og læring etter alvorlige hendelser ivaretas gjennom virksomhetenes egne gjennomganger og statsforvalternes ordinære tilsyns- og veiledningsrolle. Statsforvalteren er en kjent regional aktør, men konseptet innebærer at det ikke lenger finnes en nasjonal, uavhengig og sanksjonsfri undersøkelseskommisjon. Dette kan svekke pasienter og pårørendes opplevelse av at alvorlige hendelser undersøkes med nødvendig uavhengighet, dybde og systemperspektiv.

Verdsetting av V6 Trygghet og tillit

Konsept	Berørte grupper	Vurdering av kvantum	Vurdering av enhetsverdi	Vurdering av samfunns-økonomisk effekt
K0+ Forbedret videreføring av Ukom	Befolkningen	Lite positivt. K0+ viderefører en uavhengig og sanksjonsfri læringsarena, noe som har verdi for befolkningens trygghet og tillit. Mer målrettet formidling og styrker oppfølging gir bedre forutsetninger for trygghet og tillit, enn nullalternativet.	Høy. Trygghet og tillit har stor verdi for befolkningen. Verdien ligger både i opplevelsen av åpenhet og i tilliten til at systemet lærer og handler når alvorlige hendelser skjer.	Liten til middels positiv samfunns-økonomisk effekt. K0+ kan styrke trygghet og tillit sammenlignet med nullalternativet, men effekten vurderes begrenset fordi sanksjonsfrihet og uavhengighet ikke alene synes å være det avgjørende for helsepersonells tillit.
K5 Læring-sundersøkelser i Helsetilsynet	Befolkningen	Ingen vesentlig. K5 kan svekke opplevelsen av avstand mellom systemorienterte læringsundersøkelser og tilsyn. I den grad befolkningen opplever det som positivt at alvorlige forhold kan få konsekvenser, kan organisatorisk plassering i Helsetilsynet styrke tilliten til at funn følges opp og fører til reell endring.	Høy. Trygghet og tillit har stor verdi for befolkningen. Verdien ligger både i opplevelsen av åpenhet og i tilliten til at systemet lærer og handler når alvorlige hendelser skjer.	Ingen vesentlig samfunns-økonomisk effekt. K5 kan styrke tilliten til at alvorlige hendelser faktisk følges opp. Det er likevel noe usikkerhet knyttet til om enkelte helsepersonell eller virksomheter vil oppleve læringsfunksjonen som mindre trygg

				når den ligger i en tilsynsmyndighet.
K6 Styrket statsforvalter	Befolkningen	Ingen vesentlig til lite negativt. K6 innebærer at en nasjonal, uavhengig og sanksjonsfri undersøkelseskommissjon avvikles, noe som kan svekke trygghet og tillit i befolkningen. Samtidig kan statsforvalteren som kjent regional aktør, med mulighet til å følge opp virksomhetene mer direkte, styrke tilliten til at alvorlige forhold blir tatt tak i.	Høy. Trygghet og tillit har stor verdi for befolkningen. Verdien ligger både i opplevelsen av åpenhet og i tilliten til at systemet lærer og handler når alvorlige hendelser skjer.	Ingen vesentlig til liten negativ samfunnsøkonomisk effekt. Tapet av en nasjonal, uavhengig og sanksjonsfri undersøkelseskommissjon trekker ned, men dette motvirkes delvis av at statsforvalteren kan gi tydeligere regional oppfølging.

Tabell 36 Verdsetting av V6 Trygghet og tillit

12.3.7 Samlet vurdering av samfunnsøkonomisk lønnsomhet

Tabellen nedenfor oppsummerer den samfunnsøkonomiske vurderingen av virkningene per konsept som grunnlag for sammenlikning.

Analysen viser liten forskjell mellom konseptene når det gjelder årlige driftskostnader. Forskjellene ligger først og fremst i ikke-prissatte virkninger: omstillingskostnader, tidsbruk, koordinering, læringseffekt og tillit. Spørreundersøkelsen blant helsepersonell tilsier at sanksjonsfrihet og uavhengighet har verdi, men at helsepersonell i større grad vektlegger at alvorlige forhold faktisk fører til læring, oppfølging og endret praksis. Dette styrker konsepter der læring kobles tettere til tilsyn, veiledning og oppfølging.

Virkning	K0+	K5	K6
V1 Driftskostnader, årlige/løpende	Ingen vesentlig effekt	Liten positiv effekt	Ingen vesentlig effekt
V2 Omstillingskostnader, engangs	Liten negativ effekt	Middels negativ effekt	Liten til middels negativ effekt
V3 Tid brukt på nye oppgaver for myndigheter og tjenester	Liten negativ effekt	Liten negativ effekt	Ingen vesentlig til liten negativ effekt
V4 Spart tid som følge av bedre koordinering og færre aktører	Liten positiv effekt	Middels positiv effekt	Middels til stor positiv effekt
V5 Unngått lidelse og død ved læring og forebygging	Liten til middels positiv effekt	Middels til stor positiv effekt	Liten til middels positiv effekt
V6 Trygghet og tillit til helse- og omsorgstjenesten	Liten til middels positiv effekt	Ingen vesentlig effekt.	Ingen vesentlig til liten negativ effekt

Tabell 37 Samfunnsøkonomisk vurdering av virkningene for de tre konseptene

K0+ Forbedret videreføring av Ukom

PwC vurderer K0+ som beskrevet i kapittel 11, som samfunnsøkonomisk lønnsomt sammenlignet med nullalternativet. Konseptet har lave kostnads- og omstillingsvirkninger, og viderefører Ukom som nasjonal, sanksjonsfri og uavhengig læringsfunksjon. Samtidig gir forbedret prioritering, formidling og oppfølging noe større sannsynlighet for at Ukoms arbeid tas i bruk.

Gevinstpotensialet er imidlertid moderat. Den viktigste usikkerheten er om justeringene er sterke nok til å gi reelle endringer i nasjonale styringsprosesser og i tjenesten. K0+ løser i begrenset grad utfordringen med parallelle spor mellom Ukom, Helsetilsynet og statsforvalterne.

K5 Systemorienterte læringsundersøkelser i Helsetilsynet

PwC vurderer at K5 er det konseptet som har størst samfunnsøkonomisk gevinstpotensial, til tross for at dette er konseptet med høyest omstillingskostnader. Konseptet gir størst forventet nytte gjennom bedre samordning, mindre belastning for tjenestene på grunn av parallelle prosesser og sterkere kobling mellom læring, tilsyn, veiledning og oppfølging.

Spørreundersøkelsen blant helsepersonell styrker vurderingen av K5, fordi helsepersonell synes å legge stor vekt på at alvorlige forhold blir tatt tak i og endret. Usikkerheten er om den systemorienterte læringsfunksjonen i Helsetilsynet kan beholde tilstrekkelig åpenhet, læringsorientering og tillit, selv om den ligger i en tilsynsmyndighet. Dette forutsetter tydelig rolleavklaring, egne arbeidsprosesser og klar kommunikasjon om formålet med de systemorienterte læringsundersøkelsene.

K6 Styrket statsforvaltermodell

PwC vurderer K6 som samfunnsøkonomisk lønnsomt, men fortsatt svakere enn K5. Konseptet kan gi nytte ved å flytte ressursene nærmere tjenestene og styrke statsforvalternes regionale oppfølging, særlig overfor kommunale helse- og omsorgstjenester. Det kan gi mer praksisnær veiledning og bedre mulighet til å følge opp alvorlige forhold lokalt.

Svakheten er at Ukoms nasjonale, sanksjonsfrie og systemorienterte læringsundersøkelser avvikles. Det gir risiko for svakere systemlæring på tvers av regioner og tjenestenivåer, og tap av en nasjonal læringsaktør.

13 PwCs anbefaling for Ukom fremover

PwC mener at alle konseptene fremstår som samfunnsøkonomisk lønnsomme sammenliknet med nullalternativet. Fordi virkningene er kvalitativt vurdert og fordi det i praksis vil være usikkerhet knyttet til alle virkningene, er det likevel ikke rett frem å vurdere hvilket konsept som har størst samfunnsøkonomisk lønnsomhet.

Vår samlede vurdering og anbefaling hviler på to forhold:

- Hvilke virkninger som veier tyngst: PwC legger særlig vekt på at konseptene faktisk bidrar til endring og forebygging av fremtidige hendelser, og at de ikke pålegger tjenestene unødvendig tidsbruk som flytter knappe ressurser bort fra pasientbehandling og annet kvalitetshevende arbeid.
- Graden av usikkerhet og gjennomføringsrisiko: Konseptene har ulik risiko knyttet til om gevinstene faktisk realiseres. Vi skiller mellom usikkerhet i kunnskapsgrunnet (hva vi vet om effekt) og gjennomføringsrisiko (sannsynligheten for at konseptet kan iverksettes som forutsatt).

13.1 K0+ kan i realiteten bli et svakt alternativ

I den grad sanksjonsfrihet og uavhengighet er vesentlig for å frembringe relevant kunnskap fra undersøkelser etter alvorlige hendelser, er K0+ det konseptet som ivaretar dette i en nasjonal og uavhengig funksjon. Kombinert med en reell mekanisme for å sikre at anbefalinger blir fulgt opp, vil K0+ gi positiv effekt sammenliknet med nullalternativet.

Samtidig videreføres to parallelle spor i to virksomheter. For å redusere parallelle prosesser som belaster tjenestene, og for å sikre at undersøkelsestemaene er relevante og at anbefalinger følges opp i ettertid, er det helt nødvendig med tett og godt samarbeid mellom Ukom og tilsynsmyndigheten. Evalueringen viser at dette ikke har vært godt nok til nå, og det er usikkert om det vil være mulig å få samarbeidet til å fungere betydelig bedre fremover.

I K0+ foreslår PwC at HOD instruerer sine underliggende virksomheter om å vurdere anbefalinger fra Ukom som er rettet mot dem, og gi tilbakemelding innen en angitt frist. En slik mekanisme er etter vår vurdering avgjørende for å øke nytten av en uavhengig undersøkelseskommisjon, ved at Ukoms anbefalinger i større grad blir tatt stilling til og inngår i virksomhetenes forbedringsarbeid.

Departementet har i tilbakemelding til PwC som en saksopplysning gitt nærmere innsikt i hvordan styringen av underliggende etater vanligvis foregår. HOD peker på to alternative måter en slik tilbakemeldingsplikt kunne vært innført, og noen utfordringer med innretningen:

En mulig mekanisme er en formulering i berørte etaters instruksjoner om å vurdere anbefalinger rettet til dem fra Ukom innen en gitt frist. Imidlertid er det mange etater som produserer rapporter som inneholder faglige anbefalinger. Det er derfor usikkert om dette er en realistisk tilnærming da det i så fall vil innebære at anbefalinger fra Ukom vektes høyere enn anbefalinger fra for eksempel Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og Helsetilsynet. En annen mekanisme kan være en generell oppfordring i tildelingsbrev uten tidsfrist. Hvordan en slik oppfordring formuleres, vil kunne variere over tid, basert på holdninger og ønsker til departementet.

PwC er ikke kjent med at departementet vurderer å instruere underliggende virksomheter, og anerkjenner at en slik mekanisme sannsynligvis uansett ville måtte utredes nærmere hvis den skulle være aktuell. PwC vurderer at en mer generell oppfordring til virksomhetene uten eksplisitt krav til å ta stilling til den enkelte anbefaling, vil være vesentlig mindre virkningsfull enn en vurderingsplikt. Effektkjeden fra undersøkelse til læring og endring i tjenesten vil i så fall fortsatt være svak, og en sentral begrunnelse for K0+ faller bort. PwC kan i så fall ikke anbefale K0+ som fremtidig modell for Ukom.

13.2 K5 har størst oppside

En modell der dagens Ukom-oppgaver flyttes inn i Helsetilsynet som egne systemorienterte læringsundersøkelser, vil etter vår vurdering best ivareta koordineringen med tilsynsmyndigheten og samle innsatsen for læring og oppfølging i én linje.

Sammenliknet med K0+ legger K5 de systemorienterte læringsundersøkelsene tettere på tilsynet, gir mandat til å sikre at anbefalinger mottas, behandles og følges opp, og forenkler systemet for tjenestene ved at de forholder seg til én virksomhet i stedet for to. Vi har ikke vurdert effekten av tilsynet i denne evalueringen. Vi observerer imidlertid at tilsynsmyndigheten har flere virkemidler for å følge opp anbefalinger og læringspunkter, er bedre kjent i tjenesten og har etablerte kanaler inn mot virksomhetene. På denne bakgrunn vurderer vi at K5 har et høyere nyttepotensial enn K0+.

Styrken i K5 sammenliknet med K6, er at etablert fagmiljø for systemorienterte læringsundersøkelser ved alvorlige hendelser blir videreført.

K5 vil trolig ta lenger tid å realisere enn K0+ og K6. Endringen vil kreve lovarbeid og politisk behandling. En sammenslåing krever også organisatorisk omstilling, kulturbygging og etablering av nye arbeidsformer. Det er en reell risiko for at det vil ta lang tid før en sammenslåing fungerer etter intensjonen, og at gevinstene først kan hentes ut etter en lengre innkjøringsperiode. PwC vurderer denne risikoen som høy særlig fordi samarbeidsklimaet mellom de to organisasjonene så langt har vært anstrengt og preget av gjensidig mistillit. Til gjengjeld vurderer vi at det langsiktige potensialet for nytte er høyere enn i K0+ og K6.

13.2.1 Avgrensning mot tradisjonelt tilsyn

PwC mener at intensjonen i K5 bør være å ivareta systemorienterte læringsundersøkelser som ikke har som formål å identifisere skyld og ansvar. Formålet med slike undersøkelser skal ikke være sanksjoner. Samtidig er det viktig å være tydelig på at full, formell sanksjonsfrihet ikke kan garanteres når de systemorienterte læringsundersøkelsene ligger i den samme virksomheten som har ansvar for tilsyn.

Litteraturen innenfor sikkerhetsfaget støtter et tydelig skille mellom systemorienterte læringsundersøkelser og tilsyn (Macrae & Vincent, 2017; 2014). Skillet er også nedfelt i internasjonale rammeverk i andre sikkerhetskritiske sektorer, slik som transportsektoren. PwC mener derfor det er viktig å skille de to sporene så godt som mulig, også når de ligger i samme virksomhet.

Vår gjennomgang av rapporter fra både Ukom og tilsynsmyndigheten viser at det i dag er en reell forskjell i fokus mellom Ukoms undersøkelser og tilsynsrapporter, også de tematiske og landsomfattende tilsynene. Det er etter vår vurdering viktig å opprettholde at de systemorienterte læringsundersøkelsene er noe annet enn tradisjonelle tilsyn. Intensjonen er å videreføre den verdien Ukom har skapt, i et forenklet aktørlandskap og i en ny drakt innenfor Helsetilsynet.

13.2.2 Bortfall av formell sanksjonsfrihet

For at K5 skal fungere som et godt alternativ, må bortfallet av formell sanksjonsfrihet og integrering i tilsynsmyndigheten, ikke i vesentlig grad endre informasjonstilfanget og fokuset i undersøkelsene. Evalueringen gir ikke grunnlag for å konkludere entydig om sanksjonsfrihetens betydning for tilgangen til innsikt, verken i den ene eller den andre retningen. Litteraturen om sikkerhetsundersøkelser både i og utenfor helsetjenesten, peker på fravær av sanksjoner som sentralt for å få frem åpen og fullstendig informasjon i undersøkelser av alvorlige hendelser. Funnene fra spørreundersøkelsen tyder på at helsepersonell selv vekter læring og endring minst like høyt som den formelle sanksjonsfriheten når de skal snakke åpent og ærlig i undersøkelser av alvorlige hendelser.

Sett i lys av foreliggende forskning og funnene i vår evaluering, fremstår sanksjonsfrihet derfor best forstått som én av flere forhold, sammen med for eksempel ansvarliggjøring, beskyttelse av informasjon, ivaretagelse av involverte og potensialet for læring, som bidrar til åpenhet og tillit i undersøkelser av alvorlige hendelser. Denne spenningen må tas på alvor i en eventuell omstilling.

13.3 K6 er et relevant alternativ til dagens modell

K6 innebærer å legge ned dagens Ukom og bruke de frigjorte midlene på å øke kapasiteten og kvaliteten i statsforvalternes arbeid med å følge opp, veilede og drive tilsyn med helse og omsorgstjenester i sine områder. PwCs vurdering er at dette fremstår som et reelt og relevant alternativ til nullalternativet. Vår vurdering er at dersom det ikke kan dokumenteres større nytte av å ha et uavhengig og sanksjonsfritt organ, som gjennomfører undersøkelser av alvorlige forhold og hendelser, bør samfunnets knappe

ressurser heller brukes på tettere oppfølging og veiledning av tjenestene. Den største ulempen med K6 er tapet av en nasjonal aktør som gjennomfører systemorienterte læringsundersøkelser ved alvorlige hendelser. I tillegg vil kompetansemiljøet som er bygget opp i Ukom forsvinne.

13.4 PwC anbefaler K5

Samlet sett vurderer PwC at K5 trolig gir høyest samfunnsøkonomisk nytte, med best ressursutnyttelse og størst potensial for at læring og anbefalinger resulterer i nødvendige endringer i nasjonale styringsprosesser og i tjenestene. Vi anbefaler derfor dette konseptet.

Anbefalingen bygger på en avveining mellom verdien av sanksjonsfrihet og full uavhengighet på den ene siden, og evnen til å sikre at læring faktisk tas i bruk på den andre. Evalueringen viser at den største svakheten ved dagens modell er at anbefalinger og læringspunkter fra Ukom i for liten grad følges opp og omsettes i praksis. Dersom læringspunkter og anbefalinger faktisk ikke implementeres og effektkjeden ikke styrkes, har verken sanksjonsfrihet eller full uavhengighet reell verdi for pasientsikkerheten – fordi læringen aldri når frem dit den skal virke. Vi vurderer derfor at en samlet innsats for læring og et større potensial for at anbefalinger og læringspunkter faktisk blir fulgt opp og iverksatt, veier tyngre enn verdien av sanksjonsfrihet og uavhengighet fra tilsynssporet. Det er også på dette grunnlaget vi vurderer at K5 er det konseptet som i størst grad bidrar til å forebygge lidelse og død blant pasienter og pårørende, og som samtidig gir positiv effekt på trygghet og tillit til helsetjenesten. Samtidig ivaretar K5 behovet for systemorienterte læringsundersøkelser. Det er viktig at de systemorienterte læringsundersøkelsene skjermses så godt som mulig fra tilsynssporet, i tråd med det skillet forskningen og internasjonale rammeverk i andre sikkerhetskritiske sektorer legger til grunn.

Vedlegg 1: Sammenligning av rapporter fra Ukom og tilsynsmyndigheten

Eksempel 1: Skjerming og fysisk utforming av enheter i psykisk helsevern

Det første eksempelet gjelder skjerming og fysisk utforming av enheter i psykisk helsevern. Både Ukom og Helsetilsynet publiserte rapporter om temaet i perioden 2021–2023. Sammenligningsgrunnlaget omfatter Ukoms to rapporter «Utforming av skjermingsenheter i det psykiske helsevernet» (Ukom, 2021) og «Festepunkter på pasientrom i psykisk helsevern» (Ukom, 2021), samt Helsetilsynets landsomfattende tilsyn med forebygging og gjennomføring av skjerming i akuttavdelinger for psykisk helsevern for voksne 2022–2023 (Helsetilsynet, 2023). Begge Ukom-rapportene inngår eksplisitt i tilsynets kunnskapsgrunnlag.

Ukoms rapport om skjermingsenheter peker på at flere skjermingsenheter ikke er tilpasset urolige og sårbare pasienter, og at sterile, nedslitte eller dårlig tilpassede lokaler kan føre til mer støy og uro, økt bruk av fysiske virkemidler og dempende medisiner, og økt risiko for pasientskader. Rapporten anbefaler en normerende minstestandard for fysisk utforming av skjermingsenheter og at tilsyn med skjerming også bør omfatte om enhetene er materielt egnet til å gi forsvarlig helsehjelp. Rapporten om festepunkter bygger på ti varsler om selvmord og alvorlige selvmordsforsøk, viser til konkrete risikoforhold ved pasientrom og anbefaler at institusjonene erstatter farlige festepunkter med tryggere løsninger, og at tilsynsmyndigheten følger opp institusjonenes forebyggingsarbeid.

Helsetilsynets landsomfattende tilsyn ble gjennomført som systemrevisjoner ved seks akuttavdelinger. Tilsynet undersøker hvordan helseforetakene planlegger, gjennomfører, evaluerer og følger opp skjerming, herunder om praksisen er i samsvar med krav til forsvarlighet, ledelse og kvalitetsforbedring. I flere av rapportene påvises lovbrudd og svakheter i virksomhetenes styring, blant annet at pasienter ikke tilbys evalueringssamtaler så snart som mulig etter avsluttet skjerming, at skjermingsvedtak ikke alltid avsluttes når skjermingen i praksis opphører, og at lokale forhold flere steder vurderes opp mot kravet om faglig forsvarlighet.

Begge aktørene undersøker skjerming og fysiske rammer i akuttpsykiatrien. Likheten ligger i at begge peker på at de fysiske omgivelsene har betydning for pasientsikkerhet, behandlingsforløp og forsvarlig gjennomføring av skjerming. Forskjellen ligger i innretningen. Ukom undersøker hvordan lokalutforming, festepunkter, vedlikehold, kontrollordninger og nasjonale rammer kan bidra til risiko, og retter anbefalinger til HOD, Helsedirektoratet, kontrollkommisjonene, statsforvalterne og Statens helsetilsyn. Helsetilsynet undersøker hvordan den enkelte virksomhet gjennomfører og styrer skjerming i praksis, og vurderer dette opp mot regelverk og krav til forsvarlig drift.

	Ukom (2021)	Tilsynsmyndigheten (2022-23)
Problemidentifikasjon	Fysisk utforming av skjermingsenheter og pasientrom kan øke uro, tvangsbruk og selvmordsrisiko.	Skjerming gjennomføres ikke alltid forsvarlig, og lokaler og ledelsesoppfølging er ikke alltid tilstrekkelige.
Analysenivå	Systemnivå.	Virksomhetsnivå.
Funn	Uegnede lokaler og festepunkter kan forverre pasienters situasjon og skape sikkerhetsrisiko. Kontrollordningene fanger ikke alltid opp dette.	Svikt i planlegging, vedtaksopphør, evalueringssamtaler og bruk av styringsinformasjon. Flere steder er lokalene lite egnet.
Anbefalinger	Minstestandard for fysisk utforming, bedre kontroll med fysiske forhold og oppfølging av festepunkter.	Rette lovbrudd og forbedre praksis for skjerming, ledelsesoppfølging og evaluering.
Adressater	HOD, Helsedirektoratet, kontrollkommisjonene, statsforvalterne, Statens helsetilsyn, helseforetak og institusjoner i psykisk helsevern.	Helseforetakene og avdelingene som ble ført tilsyn med.

Tabell 38 Sammenligning av rapportene i eksempel 1

Eksempel 2: Forverring og funksjonsfall hos hjemmeboende eldre

Det andre eksempelet gjelder temaet forverring og funksjonsfall hos hjemmeboende eldre. Både Ukom og Helsetilsynet har publisert rapporter om temaet de siste årene. Sammenligningsgrunnlaget omfatter Ukoms rapport «Funksjonsfall hos eldre som får hjemmetjenester» (Ukom, 2024) og Helsetilsynets rapport «Risiko for at forverring hos hjemmeboende eldre ikke oppdages i tide» (Helsetilsynet, 2025).

Ukoms rapport tar utgangspunkt i et varsel om en alvorlig hendelse der hjemmetjenesten ikke fanget opp et betydelig funksjonsfall hos en eldre kvinne over en 15-måneders periode. Rapporten peker på at vedtaksbasert tjenesteorganisering, manglende kontinuitet og styring etter økonomi framfor kvalitet bidro til at funksjonsfallet ikke ble oppdaget. Den beskriver også hvordan et vedtaks- og oppgaveorientert system kan stå i veien for et helhetlig blikk på pasientens situasjon, og hvordan svak observasjonskompetanse og manglende samhandling kan gjøre at gradvis forverring ikke ble fanget opp. Ukom presenterer sju læringspunkter rettet mot kommunene, blant annet om kvalitetsindikatorer, lederspenn, bemanningsstabilitet og håndtering av styringssignaler.

Helsetilsynets rapport bygger på en landsomfattende spørreundersøkelse gjennomført som del av et tilsyn med kommunenes ivaretagelse av grunnleggende behov hos hjemmeboende eldre. Undersøkelsen omfatter hjemmeboende over 75 år med langvarig behov for helsehjelp i hjemmet, og retter oppmerksomheten mot hvordan kommunene kartlegger pasientene, vurderer og utformer mål og tiltak, fanger opp endring og forverring, og følger dette opp med nødvendige tiltak. Rapporten viser blant annet at kommunene i varierende grad kartlegger psykisk helse, kognitiv funksjon, samtykkekompetanse og sosiale forhold ved oppstart av tjenester. Den peker også på utfordringer knyttet til observasjonskompetanse, mangelfull dokumentasjon av pasientens helse- og funksjonsnivå og av helsehjelpen som gis, svak samhandling og informasjonsdeling med fastlege og andre instanser, samt begrenset involvering av pårørende både i planlegging av helsehjelpen og når pasientens situasjon endrer seg.

Begge aktørene undersøker hvordan tjenestene kan svikte i å fange opp gradvis forverring hos eldre som bor hjemme, og begge peker på dokumentasjon, samhandling og pårørendeinvolvering som sentrale forhold. Forskjellen ligger i innretningen. Ukom analyserer ett konkret pasientforløp og peker på vedtaksstyring, fragmentering og kvalitetsstyring som bakenforliggende forklaringer på at funksjonsfall ikke oppdages. Helsetilsynet bygger på en landsomfattende spørreundersøkelse og beskriver omfanget av risiko og utfordringer slik kommunene selv rapporterer dem, blant annet knyttet til kartlegging, observasjonskompetanse, informasjonsdeling og oppfølging.

	Ukom (2024)	Tilsynsmyndigheten (2025)
Problemidentifikasjon	Hjemmetjenesten fanger ikke alltid opp gradvis funksjonsfall hos eldre med økende hjelpebehov.	Det er risiko for at forverring hos hjemmeboende eldre ikke oppdages i tide.
Analysenivå	Systemnivå, med utgangspunkt i ett konkret pasientforløp.	Kommunenivå/nasjonalt nivå, basert på spørreundersøkelse til kommunene.
Funn	Vedtaksstyring, manglende kontinuitet, uklart ansvar og styring etter økonomi fremfor kvalitet kan bidra til at funksjonsfall ikke oppdages.	Mangelfull dokumentasjon, svikt i intern kommunikasjon, svak samhandling med fastlege og andre instanser, og begrenset pårørendeinvolvering øker risikoen for sen oppdagelse av forverring.
Anbefalinger	Kvalitetsindikatorer, bedre lederspenn, bemanningsstabilitet, oppfølging av risikoområder, faglig oppdatering og bevisst håndtering av styringssignaler.	Rapporten peker på behov for bedre kartlegging, dokumentasjon, samhandling, kompetanse og kvalitetsforbedring i kommunene.
Adressater	Kommunene og kommunal ledelse.	Kommunene og kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Tabell 39 Sammenligning av rapportene i eksempel 2

Eksempel 3: Manglende oppfangst av forverring ved gjentatte legevaktshenvendelser

Det tredje eksempelet gjelder en hendelse der en pasient tok kontakt med legevakten flere ganger uten at forverring ble fanget opp, med dødelig utfall. Hendelsen ble undersøkt av både Statsforvalteren og Ukom. Sammenligningsgrunnlaget omfatter Statsforvalterens avgjørelse i en tilsynssak fra 2022 og Ukoms rapport «Gjentatte henvendelser til legevakt» (Statsforvalteren, 2022; Ukom, 2024).

Statsforvalterens avgjørelse tar utgangspunkt i det konkrete hendelsesforløpet og vurderer om legevaktens oppfølging var faglig forsvarlig. Vurderingen bygger på journalopplysninger, lydlogg, redegjørelser fra involvert helsepersonell og obduksjonsrapport. Statsforvalteren vurderer oppfølgingen opp mot krav til faglig forsvarlighet og journalføring, og konkluderer med at legevaktens oppfølging var faglig forsvarlig. Samtidig bemerkes det at bakgrunnen for legenes vurderinger ikke kom tydelig frem i journalnotatene, uten at dette ble vurdert som brudd på helselovgivningen.

Ukoms rapport tar utgangspunkt i det samme hendelsesforløpet, men undersøker hva som kan forklare at legevaktstjenesten ikke alltid fanger opp alvorlighetsgrad når pasienter ringer gjentatte ganger. Rapporten bygger på historien om en høygravid kvinne som døde etter flere henvendelser til fastlegevikar, legevakt og AMK, og bruker hendelsen som inngang til å undersøke legevaktstjenesten

som del av den akuttmedisinske kjeden. Rapporten peker på seks hovedfunn: betydningen av kliniske kommunikasjonsferdigheter, uklarhet rundt begrepet «ta kontakt ved forverring», at rekontakt ikke alltid fanges opp, varierende kompetanse hos telefonoperatører, begrenset beslutningsgrunnlag ved telefonvurderinger, og utfordringer med kompetanseutvikling, ledelse og kvalitetsforbedring hos legevakten. Ukom retter syv anbefalinger til HOD, Helsedirektoratet og de nasjonale fagmiljøene i helse- og omsorgssektoren, blant annet om kompetansekrav i klinisk kommunikasjon, varsel om rekontakt i journalsystemet, lydopptak av telefonkonsultasjoner, videreutvikling av beslutningsstøtteverktøy og video, og standardisering av råd om forverring.

Likheten mellom rapportene er at begge tar utgangspunkt i det samme hendelsesforløpet og peker på utfordringer knyttet til telefonvurderinger og gjentatte henvendelser. Forskjellen ligger i hva som undersøkes og på hvilket nivå problemet forstås. Statsforvalteren vurderer den konkrete helsehjelpen i den aktuelle saken opp mot regelverket og konkluderer innenfor rammen av en lovlighets- og forsvarlighetsvurdering. Ukom bruker samme hendelse som utgangspunkt for å undersøke bakenforliggende forhold i legevaktjenesten, herunder kommunikasjon, rekontakt, beslutningsstøtte og kvalitetsforbedring, og retter anbefalinger til aktører på nasjonalt nivå.

	Tilsynsmyndigheten (2022)	Ukom (2024)
Problemidentifikasjon	Vurdering av om den konkrete helsehjelpen i den aktuelle hendelsen var faglig forsvarlig.	Alvorlighetsgrad fanges ikke alltid opp når pasienter kontakter legevakten gjentatte ganger.
Analysenivå	Individnivå/hendelsesnivå.	Systemnivå, med utgangspunkt i én alvorlig hendelse.
Funn	Oppfølgingen i den konkrete saken ble vurdert som faglig forsvarlig innenfor regelverket.	Uklart begrep om forverring, rekontakt fanges ikke alltid opp, varierende kompetanse hos telefonoperatører, begrenset beslutningsgrunnlag og svakt forbedringsarbeid.
Anbefalinger	Ingen anbefalinger, lovlighetsvurdering.	Kompetansekrav i klinisk kommunikasjon, varsel om rekontakt, lydopptak av telefonkonsultasjoner, videreutvikling av beslutningsstøtte og video, samt standardisering av råd om forverring.
Adressater	Legevakten/virksomheten i den konkrete tilsynssaken.	HOD, Helsedirektoratet, de nasjonale fagmiljøene i helse- og omsorgssektoren

Tabell 40 Sammenligning av rapportene i eksempel 3

Eksempel 4: Oppfølging av pasienter med alvorlig psykisk lidelse og voldsrisiko

Det fjerde eksempelet gjelder alvorlige hendelser knyttet til pasienter med alvorlig psykisk lidelse og forhøyet voldsrisiko. Sammenligningsgrunnlaget omfatter en delvis sladdet tilsynsrapport fra Helsetilsynet om svikt i behandlingen og oppfølgingen av en pasient under dom på tvungent psykisk helsevern (Helsetilsynet, 2021), en delvis sladdet avgjørelse i tilsynssak fra Statsforvalteren som gjelder det samme forholdet som Ukoms rapport bygger på (Statsforvalteren, 2021), og Ukoms rapport «Helsehjelp til personer med alvorlig psykisk lidelse og voldsrisiko» (Ukom, 2023). Sammenligningen

omfatter dermed både en tematisk relevant tilsynsrapport om en annen hendelse, og to undersøkelser av samme sak.

Helsetilsynets rapport gjelder en annen hendelse enn den Ukom undersøker, men belyser samme type problemstilling gjennom tilsyn med behandlingen og oppfølgingen av en pasient under dom på tvungen psykisk helsevern. Rapporten undersøker hvordan virksomheten la til rette for og gjennomførte særreaksjonen, og påviser lovbrudd knyttet til voldsriskovurderinger, informasjonsoverføring, ivaretagelse av samfunnsvernet og involvering av pårørende. Statsforvalterens avgjørelse tar derimot utgangspunkt i den konkrete saken som også ligger til grunn for Ukoms rapport, og vurderer om kommunen og involverte fastleger ga forsvarlig helsehjelp i en avgrenset periode. Vurderingen er rettet mot den konkrete helseoppfølgingen og konkluderer med at det ikke forelå brudd på helselovgivningen.

Ukoms rapport tar utgangspunkt i hendelsen der en mann med alvorlig psykisk lidelse begikk flere drap og drapsforsøk i 2021, og undersøker helsehjelpen mannen fikk i årene før hendelsen. Rapporten beskriver fire hovedområder: at helsehjelpen kom til kort, at mannen gikk under radaren og levde i isolasjon, at pårørende ikke ble tilstrekkelig ivaretatt, og at samhandlingen om samfunnsvernet sviktet. Ukom retter anbefalinger til HOD, Justis- og beredskapsdepartementet, Kommunal- og distriktsdepartementet og tjenestene, blant annet om avklaring av sikringsplikten på tvers av sektorer, integrerte tjenester, håndteringsplaner for voldsrisiko og systematisk pårørendearbeid.

Likheten mellom rapportene er at alle omhandler oppfølging av pasienter med alvorlig psykisk lidelse og voldsrisiko, og at de peker på utfordringer knyttet til informasjonsdeling, risikovurdering og involvering av pårørende. Forskjellen ligger både i hva som sammenlignes og i innretningen. Statsforvalterens avgjørelse og Ukoms rapport bygger på samme sak, men undersøker den med ulik innretning: Statsforvalteren vurderer den konkrete helsehjelpen opp mot regelverket, mens Ukom bruker saken som utgangspunkt for å undersøke hvordan helsehjelp, samhandling og samfunnsvern fungerer over tid og på tvers av sektorer. Helsetilsynets rapport gjelder en annen hendelse, men belyser samme tematikk på virksomhetsnivå og vurderer gjennomføring

	Tilsynsmyndigheten (2021)	Ukom (2023)
Problemidentifikasjon	Vurdering av om helsehjelpen og oppfølgingen var forsvarlig og lovlig.	Helsehjelp og samfunnsvern svikter for pasienter med alvorlig psykisk lidelse og voldsrisiko.
Analysenivå	Individ- og virksomhetsnivå.	System- og sektornivå.
Funn	Statsforvalteren fant ikke brudd på helselovgivningen. Helsetilsynet påviste svikt i voldsriskovurdering, informasjonsdeling, pårørendeinvolvering og samfunnsvern.	Pasienten gikk under radaren, pårørende ble ikke tilstrekkelig ivaretatt, og samhandlingen om samfunnsvernet sviktet.
Anbefalinger	Statsforvalteren: ingen tydelig anbefalinger, det var en lovlighetsvurdering. Helsetilsynet: tiltak for bedre implementering, samhandling og involvering av pasient og pårørende.	Avklare sikringsplikt, etablere integrerte tjenester, bruke håndteringsplaner for voldsrisiko og styrke pårørendearbeid.

Tabell 41 Sammenligning av rapportene i eksempel 4**Eksempel 5: Grenseoverskridende seksuelle handlinger fra helsepersonell**

Det femte eksempelet gjelder grenseoverskridende seksuelle handlinger fra helsepersonell.

Sammenligningsgrunnlaget omfatter Helsetilsynets avslutning av tilsyn i en sak som gjelder ett av forholdene Ukoms rapport bygger på (Helsetilsynet, 2023), Helsetilsynets interne gjennomgang fra 2022 av tilsynssaker om seksuelle relasjoner og grenseoverskridende seksuelle handlinger (Helsetilsynet, 2022), og Ukoms rapport «Overgrep forkledd som behandling» (Ukom, 2024). Sammenligningen omfatter dermed både en konkret tilsynssak som gjelder ett av forholdene i Ukoms rapport og en tematisk gjennomgang av tilsynsmyndighetens praksis på feltet.

Helsetilsynets avslutning av tilsyn tar utgangspunkt i en kommunes håndtering av informasjon om mulige alvorlige forhold i helse- og omsorgstjenesten, inkludert fastlegetjenesten. Tilsynet undersøker blant annet kommunens styrings- og kvalitetssystem, intern og ekstern varsling, avvikshåndtering, lederopplæring, etiske retningslinjer, personalforvaltning, informasjonssikkerhet og systematisk arbeid med å sikre forsvarlige tjenester, og konkluderer med at det ikke er grunnlag for videre tilsynsmessig oppfølging. Den interne gjennomgangen fra 2022 bygger på et utvalg tilsynssaker fra de siste ti årene og undersøker hvordan slike saker håndteres i tilsynsmyndigheten. Gjennomgangen viser at sakene er alvorlige og ofte ender med tap av autorisasjon, men peker samtidig på behov for forbedringer, blant annet når det gjelder informasjon og ivaretagelse av pasienter og pårørende, tydeligere praksis for anmeldelse og påtale, og større enhetlighet i statsforvalternes saksbehandling.

Ukoms rapport tar utgangspunkt i to hendelser og undersøker hvordan varsler om grenseoverskridende seksualiserte handlinger blir fulgt opp av kommuner, statsforvaltere og Statens helsetilsyn. Et element i beslutningen om å undersøke den ene saken, som Helsetilsynet allerede hadde skrevet rapport om, var at både kommunen og pasientstemmer i media ba om en uavhengig og bredere gransking. Rapporten peker blant annet på at det er belastende å varsle, at varslerne ikke alltid blir godt nok ivaretatt, at slike saker sjelden varsles gjennom de etablerte varslingsordningene, at arbeidsgivere savner støtteverktøy, og at det er variasjon i hvordan statsforvalterne behandler slike saker. Rapporten omfatter også samspillet mellom flere aktører, inkludert tilsynsmyndighetenes rolle. Ukom retter anbefalinger til HOD, Statens helsetilsyn og statsforvalterne, de regionale helseforetakene og kommunene, helse- og sosialfagutdanningene og fag- og yrkesorganisasjonene.

Likheten mellom rapportene er at de tar utgangspunkt i grenseoverskridende seksuelle handlinger fra helsepersonell og behandler dette som et alvorlig pasientsikkerhetsproblem. Forskjellen ligger i hva som undersøkes og på hvilket nivå. Helsetilsynets arbeid retter seg dels mot kommunens rutiner og systemer i en konkret sak, dels mot tilsynsmyndighetens egen praksis i slike saker. Ukom undersøker hvordan

varsling, informasjonsdeling og oppfølging fungerer på tvers av aktører, inkludert tilsynsmyndighetenes rolle, og retter anbefalinger til aktører på flere nivåer i helse- og omsorgssektoren.

	Tilsynsmyndigheten (2022-23)	Ukom (2024)
Problemidentifikasjon	Vurdering av kommunens håndtering av alvorlige forhold, og av tilsynsmyndighetens praksis i saker om seksuelle relasjoner og grenseoverskridende handlinger.	Varsler om grenseoverskridende seksuelle handlinger håndteres ulikt, og utsatte ivaretas ikke alltid godt nok.
Analysenivå	Virksomhets- og saksbehandlingsnivå.	System- og sektornivå.
Funn	Kommunen ble vurdert å arbeide i tråd med regelverket. Den interne gjennomgangen viste variasjon i praksis og behov for større enhetlighet i saksbehandlingen.	Vanskelig å varsle, ulik håndtering av varsler og variasjon i oppfølging og informasjonsdeling.
Anbefalinger	Tilsynssaken: ikke aktuelt – lovlighetsvurdering. Intern gjennomgang: behov for tydeligere og mer enhetlig praksis.	Støtteverktøy, bedre pasientsikkerhet ved intime undersøkelser, mer undervisning om rollesammenblanding og forbedret tilsynspraksis.
Adressater	Tilsynssaken: kommunen. Intern gjennomgang: Helsetilsynet og statsforvalterne.	HOD, regionale helseforetak og kommunene, tilsynsmyndigheten, fag- og yrkesorganisasjoner for helseprofesjonene.

Tabell 42 Sammenligning av rapportene i eksempel 5

Kilder

- DFØ. (2023, November). *Veiledere til evaluering*. Hentet fra <https://www.dfo.no/fagomrader/styring-i-staten/evaluering/veiledere-til-evaluering>
- DFØ. (2024). *Kap. 2.1 Minimumskrav til utredning av statlige tiltak*. Hentet fra dfo.no: <https://www.dfo.no/kap-21-minimumskrav-til-utredning-av-statlige-tiltak>
- DFØ. (2024, oktober 15). *Verdien av et statistisk liv*. Hentet fra dfo.no: <https://www.dfo.no/fagomrader/utrede-statlige-tiltak/samfunnsokonomiske-analyser/verdien-av-et-statistisk-liv>
- Endringslov til helsetilsynsloven mv. (2025). *Lov om endringer i helsetilsynsloven mv. (ny meldeordning for alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten)*. Hentet fra lovdata: <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2025-06-20-74>
- Finansdepartementet. (2010). *Bestemmelser om økonomistyring i staten*. Hentet fra lovdata.no: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2010-06-08-1903>
- Finansdepartementet. (2021). Rundskriv R-109 Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser. Oslo, Oslo, Norge. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/fin/vedlegg/okstyring/rundskriv/faste/r_109_2021.pdf
- Folkehelseinstituttet. (2026). Årsrapport for 2025. Folkehelseinstituttet - FHI.
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet fra lovdata.no: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250>
- Havindustritilsynet. (2026). *LinkedIn*. Hentet fra Havtil – Havindustritilsynet – Personer: <https://www.linkedin.com/company/havindustritilsynet/people/>
- Havindustritilsynet. (2026). *Årsrapport 2025*. Hentet fra havtil.no: <https://www.havtil.no/contentassets/96dff6b30f1c47d3b26a961dcf22caaf/havtil-arsrapport-2025-rev.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *God kvalitet – trygge tjenester - Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Regjeringen.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). Helsetilsynsloven. *Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-12-15-107>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019, 08 14). *Instruks for Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten*. Hentet fra regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/contentassets/9e0ef1bb6428464385477aff362b4603/instruks-ukom-14.08.2019-1521934.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2022, 05 03). *Mandat for utvalg: Evaluering av varselordningene for helse- og omsorgstjenestene*. Hentet fra regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/organiseringen-av-helse-og-omsorgsdepartementet/styrer-rad-og-utvalg/tidligere-styrer-rad-og-utvalg/varselutvalet/varselutvalgets-mandat/id2911302/>
- Helse og omsorgsdepartementet. (2024, 11 26). *Høring om endringer i helsetilsynsloven mv. og opphevelse av lov om statens undersøkelseskommissjon - ny meldeordning (Oppfølging av Varselutvalgets rapport)*. Hentet fra regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-om-endringer-i-helsetilsynsloven-mv.-og-opphevelse-av-lov-om-statens-undersokelseskommissjon-ny-meldeordning-oppfolging-av-varselutvalgets-rapport/id3076394/?expand=horingsbrev>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2025). *Hovedinstruks for Statens helsetilsyn*. Hentet fra regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/contentassets/b4d5f528ddb44ac891409ae0f9ab09ea/hovedinstruks-statens-helsetilsyn.pdf>
- Helsedirektoratet. (2018). *Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten - Veileder til lov og forskrift*. Hentet fra Helsedirektoratet.no:

- <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>
- Helsedirektoratet. (2024, oktober 21). *Virkninger på helse og livskvalitet i utredninger og samfunnsøkonomiske analyser – temaveileder til utredningsinstruksen*. Hentet fra helsedirektoratet.no: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/virkninger-pa-helse-og-livskvalitet-i-utredninger-og-samfunnsokonomiske-analyser/helse-og-livskvalitetseffekter-i-samfunnsokonomiske-analyser#verdien-pa-et-statistisk-levear-vsly-anbefales-anvendt-som-okonomisk-v>
- Helsedirektoratet. (2026). 6.2. *Definisjoner*. Hentet fra helsedirektoratet.no: <https://www.helsedirektoratet.no/normen/norm-for-informasjonssikkerhet-og-personvern-i-helse-og-omsorgssektoeren/vedlegg/definisjoner#p>
- Helsedirektoratet. (2026). *Digital deling av helseopplysninger ved helsehjelp*. Hentet fra Helsedirektoratet.no: <https://www.helsedirektoratet.no/lov-og-forskrift/digital-delning-av-helseopplysninger>
- Helsedirektoratet. (2026). *Prinsippnote til årsregnskapet*. Hentet fra helsedirektoratet.no: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/helsedirektoratets-arsrapport-2025/arsregnskap/prinsippnote-til-arsregnskapet>
- Helsetilsynet . (2022). *Tilsynssaker der helsepersonellet har hatt en seksuell relasjon til pasient/bruker eller utøvd grenseoverskridende seksuelle handlinger - rapport fra en intern gjennomgang*. Hentet fra helsetilsynet.no: https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/internserien/2022/helsepersonell_grenseoverskridende_handlinger_internserien2_2022.pdf
- Helsetilsynet. (2017). *Det gjelder livet - Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2016 med kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming*. Hentet fra helsetilsynet.no: <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2017/det-gjelder-livet-oppsummering-av-landsomfattende-tilsyn-i-2016-med-kommunale-helse--og-omsorgstjenester-til-personer-med-utviklingshemming/>
- Helsetilsynet. (2021). *Tilsynsrapport etter alvorlig hendelse - Svikt i behandlingen og oppfølgingen av pasient under gjennomføring av dom for tvungent psykisk helsevern* . Hentet fra helsetilsynet.no: https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/tilsyn/varsel_enhet/2022/svikt_pasient_under_dom_tvungent_psykisk_helsevern_2021.pdf
- Helsetilsynet. (2023). *Avslutning av tilsyn - Dokument som PwC er blitt innvilget innsyn i 16.04.2026*.
- Helsetilsynet. (2023). *Forebygging og gjennomføring av skjerming i akuttavdelinger for psykisk helsevern for voksne*. Helsetilsynet.
- Helsetilsynet. (2025, 02 10). *Om tilsyn med helse- og omsorgstjenester*. Hentet 03 2026 fra Helsetilsynet.no: <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/om-tilsyn-med-helse-og-omsorgstjenester/>
- Helsetilsynet. (2025, 12 08). *Risiko for at forverring hos hjemmeboende eldre ikke oppdages i tide*. Hentet fra helsetilsynet.no: <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2025/risiko-for-at-forverring-hos-hjemmeboende-eldre-ikke-oppdages-i-tide/#>
- Helsetilsynet. (2026, 02 10). *Ny meldeordning for alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten planlegges innført fra 1. juli 2026*. Hentet 03 2026 fra Helsetilsynet.no: <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/ny-meldeordning-alvorlige-hendelser-helse-omsorgstjenesten-1-juli-2026>
- Helsetilsynet. (2026). *Årsregnskap*. Hentet fra helsetilsynet.no: https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/arsrapporter/aarsrapport-helsetilsynet-2025//6.arsregnskap?b=toc_1247620#toc_1247620
- HSSIB. (2024). *Recommendations but no action: improving the effectiveness of quality and safety recommendations in healthcare*. Health Services Safety Investigations Body.
- Innst. 164 L (2025-2026). (2026, 03 17). *Innstilling fra familie- og kulturkomiteen om Lov om undersøkelser av offentlige virksomheters arbeid i saker om drap, vold, overgrep og*

- omsorgssvikt mot barn (barnevoldsundersøkelsesloven)*. Hentet fra stortinget.no: <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2025-2026/inns-202526-164/>
- Innst. 327 L (2016-2017). (2017). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgskomiteen, Stortinget.
- Kgl.res 26. april 2019. (2019, 04 26). *Delt ikraftsetting av lov 16. juni 2017 nr. 56 om Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten og av lov 15. desember 2017 nr. 107 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. (helsetilsynsloven)*.
- Lovdata. (2017, Juni 16). *lovdata.no*. Hentet fra Lov om Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-56>
- Lovdata. (2026, Mai 29). *Ikraftsetting av lov 29. mai 2026 nr. 20 om undersøkelser av offentlige virksomheters arbeid i saker om drap, vold, overgrep og omsorgssvikt (barnevoldsundersøkelsesloven)*. Hentet fra Lovdata.no: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2026-05-29-920>
- Macrae, C., & Vincent, C. (2017). A new national safety investigator for healthcare: the road ahead. *J R Soc Med*, 110, 90-92 .
- Macrae, C., & Vincent, C. A. (2014). Learning from failure: the need for independent safety investigation in healthcare. *J R Soc Med*, 107(11), 439-443.
- Morris, Z., Wooding, S., & Grant, J. (2021). *The answer is 17 years, what is the question: understanding time lags in translational research*. National Library of Medicine .
- Norsk helsenett SF. (2026, 05 20). Data oversendt fra NHN til PwC .
- Norstat. (2026, April). Spørreundersøkelse blant helsepersonell - gjennomført av Norstat.
- NOU 2015: 11. (2015). *NOU 2015: 11 Med åpne kort - Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Pasient- og brukerombudet. (udatert). *Om oss*. Hentet 03 2026 fra pasientogbrukerombudet.no: <https://www.pasientogbrukerombudet.no/vart-arbeid/om-oss>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Hentet fra lovdata.no: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Prop 68 L (2016-2017). (2017). *Prop. 68 L (2016–2017) Lov om Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Prop. 1 S (2025–2026) - HOD. (2025, 12 02). *Prop. 1 S (2025–2026) For budsjettåret 2026 under Helse- og omsorgsdepartementet - Korrigert utgave per 2.12.2025*. Hentet fra regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-20252026/id3123533/>
- Prop. 121 L (2024 –2025). (2025, 04 10). *Prop. 121 L (2024 –2025)- Endringer i helsetilsynsloven mv. (ny meldeordning for alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten)*. Hentet fra regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/contentassets/7d999cd8851047c9b8c3c40d99741160/no/pdf/s/prp202420250121000dddpdfs.pdf>
- Prop. 141 L (2024-2025). (2025, 05 09). *Prop. 141 L (2024–2025) Lov om undersøkelser av offentlige virksomheters arbeid i saker om drap, vold, overgrep og omsorgssvikt mot barn (barnevoldsundersøkelsesloven)* . Hentet fra regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-141-l-20242025/id3099611/>
- Prop. 150 L (2016-2017). (2017). *Prop. 150 L (2016–2017) Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. (helsetilsynsloven)* . Helse- og omsorgsdepartementet.
- Regjeringen. (2010). *Prop. 125 S (2009-2010)*. Hentet fra Regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Prop-125-S-2009-2010/id604530/>
- Regjeringen. (2015, November 11). Høring – Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene. *Regjeringen.no*.
- Regjeringen. (2024, April 03). *Meld. St. 9 (2023–2024)*. Hentet fra regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20232024/id3027594/>

- Regjeringen. (2025, Januar 20). Høring om endringer i helsetilsynsloven mv. og opphevelse av lov om statens undersøkelseskommissjon - ny meldeordning (Oppfølging av Varselutvalgets rapport). *Regjeringen.no*.
- Regjeringen. (2026, 02 27). *Tildelings- og oppdragsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet*. Hentet fra Regjeringen.no: https://www.regjeringen.no/no/dokument/dep/hod/tildelingsbrev_hod/id748567/?expand=actbox2766803
- Riksrevisjonen. (2025, 02 06). *Helse- og velferdstjenester til personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse*. Hentet fra riksrevisjonen.no: <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2024-2025/helse-og-velferdstjenester-til-personer-med-samtidig-rusmiddellidelse-og-psykisk-lidelse/>
- Riksrevisjonen. (2026). Årsmelding 2025.
- Riksrevisjonen. (Udatert). *Samfunnsoppdraget*. Hentet 03 2026 fra riksrevisjonen.no: <https://www.riksrevisjonen.no/om-riksrevisjonen/samfunnsoppdraget/>
- Sivilombudet. (2026, 02 26). *Temarapport 2026 – Helsetjenester til innsatte i fengsel*. Hentet fra sivilombudet.no: <https://www.sivilombudet.no/besoksrapporter/temarapport-2026-helsetjenester-til-innsatte-i-fengsel/?highlight=helse>
- Sivilombudsloven. (2021). *Lov om Stortingets ombud for kontroll med forvaltningen*. Hentet fra lovdata.no: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2021-06-18-121>
- Sokkeldirektoratet. (2026). *LinkedIn*. Hentet fra Sokkeldirektoratet – Personer: <https://www.linkedin.com/company/sokkeldirektoratet/people/>
- Sokkeldirektoratet. (2026). *Årsrapport 2025*. Hentet fra sodir.no: <https://www.sodir.no/aktuelt/publikasjoner/rapporter/arsrapport/arsrapport-2025/>
- Statens havarikommisjon. (2026). *Årsrapport 2025*. Hentet fra havarikommisjonen.no: <https://havarikommisjonen.no/Om-oss/Arsrapport>
- Statistisk sentralbyrå. (2026). *11342: Areal og befolkning, etter region og år*. Hentet fra ssb.no: <https://www.ssb.no/statbank/table/11342>
- Statistisk sentralbyrå. (2026). *Hvor i Norge er lønna høyest?* Hentet fra ssb.no: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/lonn-og-arbeidskraftkostnader/artikler/hvor-i-norge-er-lonna-hoyest>
- Statistisk sentralbyrå. (2026). *ssb.no*. Hentet fra 07938: Personer med helse- og sosialfaglig utdanning. 4. kvartal, etter kjønn og år: <https://www.ssb.no/statbank/table/07938>
- Statistisk sentralbyrå. (2026). *Statistikk om sykefravær*. Hentet fra ssb.no: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/arbeidsmiljo-sykefravaer-og-arbeidskonflikter/statistikk/sykefravaer>
- Statistisk sentralbyrå. (2026). *Yrkene med høyest lønn*. Hentet fra ssb.no: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/lonn-og-arbeidskraftkostnader/artikler/yrkene-med-hoyest-lonn>
- Statsforvalteren. (2021). *Avgjørelse i tilsynssak - Dokument som PwC er blitt innvilget innsyn i 22.04.2026*.
- Statsforvalteren. (2022). *Avgjørelse i tilsynssak - Dokument som PwC er blitt innvilget innsyn i 17.04.2026*.
- Statsforvalteren i Rogaland. (2026). *Ledelseskommentar årsregnskapet 2025*. Hentet fra styringsportalen.statsforvalteren.no: <https://styringsportalen.statsforvalteren.no/contentassets/d2bf0470983b44d78959a8cb13d16201/arsregnskap-for-rogaland.pdf>
- Ukom. (2020). *Årsrapport 2019 - Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom)*. Hentet fra regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/tildeling-oppdrag-og-arsrapporter/2019/ukom-aarsrapport-2019.pdf>
- Ukom. (2021). *Festepunkter på pasientrom i psykisk helsevern*. Ukom.
- Ukom. (2021). *Utforming av skjermingsenheter i det psykiske helsevernet*. Ukom.
- Ukom. (2021). *Årsrapport 2020 - Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten*. Hentet fra regjeringen.no:

- <https://www.regjeringen.no/contentassets/9e0ef1bb6428464385477aff362b4603/arsrapp-ort-ukom-2020.pdf>
- Ukom. (2022). *Årsrapport 2021 - Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten*. Hentet fra regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/contentassets/9e0ef1bb6428464385477aff362b4603/arsrapp-ort-ukom-2021.pdf>
- Ukom. (2023). *Helsehjelp til personer med alvorlig psykisk lidelse og voldsrisiko*. Hentet fra ukom.no: <https://ukom.no/rapporter/helsehjelp-til-personer-med-alvorlig-psykisk-lidelse-og-voldsrisiko-copy/sammendrag>
- Ukom. (2023, 06 21). *Om Ukoms meldetjeneste*. Hentet 03 2026 fra ukom.no: <https://ukom.no/om-ukom/om-ukoms-meldetjeneste>
- Ukom. (2023). *Årsrapport 2022 - Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten*. Hentet fra regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/contentassets/9e0ef1bb6428464385477aff362b4603/ukom-arsrapport-2022.pdf>
- Ukom. (2024, 03 19). *"Ingen kan hjelpe meg"*. Hentet fra ukom.no: <https://ukom.no/rapporter/%22ingen-kan-hjelpe-meg%22/sammendrag>
- Ukom. (2024, 11 22). *Funksjonsfall hos eldre som får heimetjenester*. Hentet fra ukom.no: <https://ukom.no/rapporter/funksjonsfall-hos-eldre-som-far-heimetenester/samandrag>
- Ukom. (2024, 02 20). *Gjentatte henvendelser til legevakt*. Hentet fra ukom.no: Gjentatte henvendelser til legevakt
- Ukom. (2024, September). Mandat for refleksjonspanel for statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten. Ukom .
- Ukom. (2024, 11 27). *Overgrep forkledd som behandling*. Hentet fra ukom.no: <https://ukom.no/rapporter/overgrep-forkledd-som-behandling/sammendrag>
- Ukom. (2024). *Årsrapport 2023 - Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten*. Hentet fra regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/contentassets/9e0ef1bb6428464385477aff362b4603/ukom-arsrapport-2023.pdf>
- Ukom. (2025, 09 18). *Hvem forstår meg?* Hentet fra ukom.no: <https://ukom.no/rapporter/hvem-forstar-meg/sammendrag>
- Ukom. (2025, 10 21). *Pål Iden takker av som Ukom-direktør*. Hentet fra ukom.no: <https://ukom.no/Aktuelt/pal-iden-takker-av-som-ukom-direktor>
- Ukom. (2025). *Årsrapport 2024 - Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten*. Hentet fra regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/contentassets/9e0ef1bb6428464385477aff362b4603/2024-ukom-arsrapport.pdf>
- Ukom. (2026). *Anbefalinger samlet oversikt - Internt dokument som PwC er blitt tilsendt 04.02.2026*.
- Ukom. (2026). *Ansatte*. Hentet fra ukom.no: <https://ukom.no/om-ukom/ansatte?page=1>
- Ukom. (2026, 02 06). E-post med data oversendt fra Ukom til PwC .
- Ukom. (2026). *Estimat på intern kostnadsfordeling etter hovedaktiviteter - data oversendt fra Ukom til PwC 05.06.2026*.
- Ukom. (2026, Mars 03). *Oversikt over innlegg/foredrag/møter – rapporter og om Ukom. Datasett oversendt av Ukom til PwC på mail*.
- Ukom. (2026, Februar 03). *Våre rapporter*. Hentet fra <https://ukom.no/rapporter>:
- Ukom. (2026). *Årsrapport 2025 - Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten*. Hentet fra ukom.no: <https://ukom.no/om-ukom/arsmeldinger/arsrapport-2025/arsregnskap>
- Ukom. (2026). *Årsregnskap*. Hentet fra ukom.no: https://ukom.no/om-ukom/arsmeldinger/arsrapport-2025/arsregnskap/_/attachment/inline/0a6087e3-698c-4499-a0f0-001bfb3cf309:98224ea207fbdafedfe4f0d433d3336345d2bb10/Sider%20%C3%85rsrapp

ort%202025_Statens%20unders%C3%B8kelseskommissjon%20for%20helse%20og%20o
m

Varselutvalget. (2023, 04 12). *Fra varsel til læring og forbedring*. Hentet fra regjeringen.no:
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/fra-varsel-til-laring-og-forbedring/id2971072/>

PwCs ansvarsfraskrivelse

Denne rapport er utarbeidet for Helse- og omsorgsdepartementet i samsvar med avtale signert 12. januar 2026.

Våre vurderinger bygger på faktainformasjon som har fremkommet i intervjuer, spørreundersøkelser, dokumenter og data som har blitt gjort tilgjengelig for oss fra Helse- og omsorgsdepartementet, Ukom, Helsetilsynet, Statsforvalter og andre interessenter. PricewaterhouseCoopers (PwC) har ikke foretatt noen selvstendig verifisering av informasjonen som har fremkommet, og vi innestår ikke for at den er fullstendig, korrekt og presis. PwC har ikke utført noen form for revisjon eller kontrollhandlinger av Helse- og omsorgsdepartementet, Ukom eller andre virksomheter omtalt i denne rapporten.

Helse- og omsorgsdepartementet har rett til å benytte informasjonen i denne rapporten i sin virksomhet, i samsvar med avtalen mellom Helse- og omsorgsdepartementet og PwC. PwC påtar seg ikke noe ansvar for tap som er lidt av Helse- og omsorgsdepartementet eller andre som følge av at vår rapport eller utkast til rapport er distribuert, gjengitt eller på annen måte benyttet i strid med bestemmelsene eller avtalen. Ved deling av hele eller deler av rapporten skal Helse- og omsorgsdepartementet sikre at enhver ansvarsfraskrivelse PwC har inkludert eller senere ønsker å inkludere i rapporten, blir gjengitt i sin helhet i alle eksemplarer som deles.

Helse- og omsorgsdepartementet får rettighetene til resultatet av oppdraget når betaling har skjedd, mens PwC beholder opphavsrett og alle andre immaterielle rettigheter til alt bakgrunnsmateriale, herunder, men ikke begrenset til, ideer, konsepter, modeller, informasjon og know-how som er utviklet i forbindelse med vårt arbeid. Helsedirektoratet kan ikke videreutvikle resultatet under PwC logo.

Enhver handling som gjennomføres på bakgrunn av vår rapport, foretas på eget ansvar.