



# Årsrapport for patientsikkerhed

OUH 2025

UDGIVET APRIL 2026

## Indhold

Resumé .....	3
Indledning .....	4
Reaktivt patientsikkerhedsarbejde .....	4
• Rapporterede utilsigtede hændelser på OUH .....	4
• Kerneårsagsanalyser .....	6
• Utilsigtede hændelser i sektorovergange .....	6
• Lokal læring af UTH .....	7
Proaktivt patientsikkerhedsarbejde .....	8
• Organisering af patientsikkerhedsarbejdet lokalt .....	8
• Patientsikkerhedsrundring .....	9
• Undervisning .....	10
• Netværksmøder .....	10
Fremtidigt patientsikkerhedsarbejde .....	11

## Resumé

Årsrapporten for patientsikkerhed 2025 viser, at OUH samlet ligger på niveau med andre danske hospitaler inden for rapportering af utilsigtede hændelser, og at de væsentligste risikoområder fortsat er medicinhandling, kommunikation ved sektorovergange, behandling og pleje samt prøver og undersøgelser. Afdelingerne beskriver, at særligt fejl i medicinering og mangelfuld informationsudveksling går igen, mens de oplever tydelige forbedringer, hvor de har arbejdet systematisk med standardiserede arbejdsgange, tjeklister, stregkodelæsere, målrettet undervisning og styrket dokumentationspraksis.

En central konklusion er, at lokal organisering og læringskultur gør en forskel. På mange afdelinger arbejder lokale tværfaglige patientsikkerhedsgrupper med ledelsesforankring målrettet med data fra utilsigtede hændelser til at identificere mønstre, med at prioritere indsatser og med at gennemføre konkrete forbedringstiltag, som efterfølgende forankres gennem personalemøder, tavlemøder og temadage.

Patientsikkerhedsrunderinger fremhæves som et særligt virkningsfuldt redskab til at få indsigt i arbejdsgange, herunder afbrydelser, og til at understøtte en åben læringskultur. Samtidig peger rapporten også på, at nogle afdelinger fravælger rundringer med henvisning til få UTH, hvilket understreger behovet for tydelig ledelsesmæssig kommunikation om, at rundringer har værdi uanset antal af rapporteringer.

Rapportens hovedbudskab er, at såvel den reaktive som den proaktive retning virker, men kræver opmærksomhed og fastholdelse. Robust lokal organisering, kontinuerlige patientsikkerhedsrunderinger og vedvarende ledelsesmæssig opmærksomhed på medicinering, sektorovergange, dokumentation og læringskultur er de centrale drivere for yderligere forbedring af patientsikkerheden på OUH

# Indledning

Årsrapporten for patientsikkerhed 2025 bygger på data fra Dansk Patientsikkerhedsdatabase, afdelingernes individuelle [årsrapporter](#) samt Sundhedsstabens opsamlinger fra året.

Rapporten giver en samlet status på:

- rapportering og læring af utilsigtede hændelser
- det proaktive patientsikkerhedsarbejde
- opfølgning på arbejdet med anbefalingerne fra sidste årsrapport

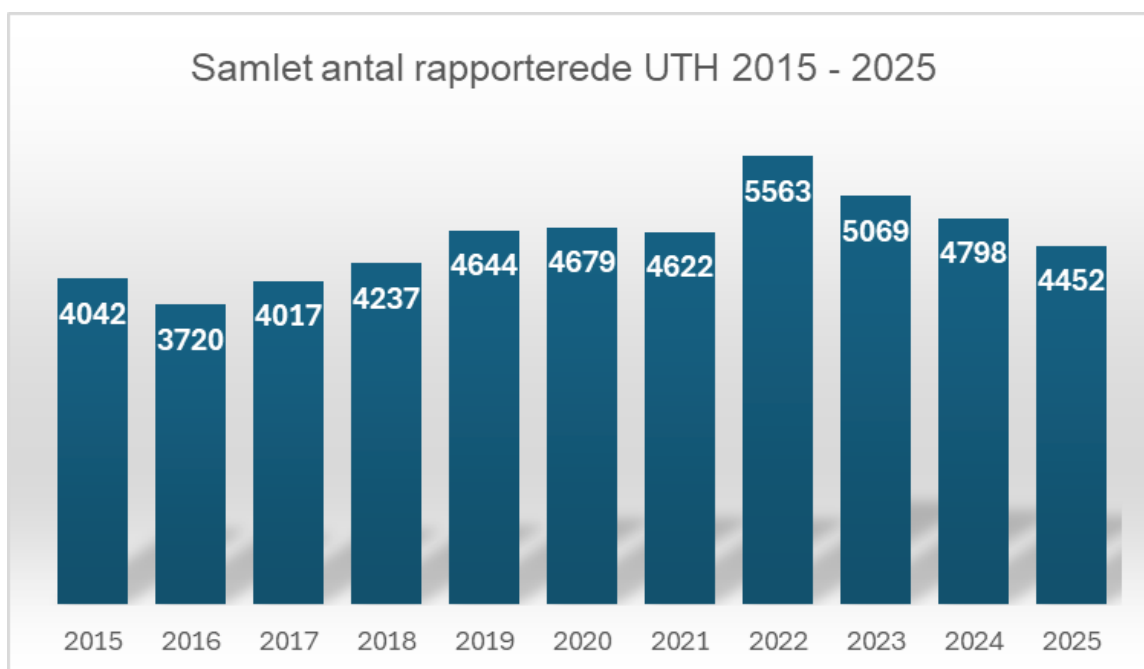
Rapporten omhandler den somatiske del af OUH. Der er desuden udarbejdet en separat årsrapport for de psykiatriske afdelinger 2025. Begge årsrapporter danner grundlag for det fremadrettede fælles patientsikkerhedsarbejde, og fra 2026 udarbejdes der én samlet rapport for patientsikkerhed.

## Reaktivt patientsikkerhedsarbejde

Det reaktive patientsikkerhedsarbejde omhandler primært arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH) og lærings-/forbedringsindsatser på baggrund heraf.

### Rapporterede utilsigtede hændelser på OUH

I 2025 blev der rapporteret 4452 UTH på OUH, hvilket er et fald på 7,2 % i forhold til antallet fra 2024 (4798). Søjlediagrammet nedenfor viser det samlede antal rapporterede UTH på OUH i perioden 2015 – 2025:



Der er i alt rapporteret 48.875 UTH på offentlige hospitaler i Danmark i 2025 (april 2026 opgørelse), hvilket betyder at OUH's andel af det samlede antal rapporterede hændelser udgør 9,1%.

Nedenfor ses et overblik over den faktiske konsekvens af alle rapporterede UTH på OUH i 2024 sammenholdt med landsgennemsnittet for alle hospitaler i Danmark.

Tallene ligger overordnet på niveau med hinanden, og der ses kun mindre afvigelser.

Alvorlighedsgrad - 'Faktisk konsekvens'	OUH	Hospitaler i Danmark*
Ingen/ukendt	65,8%	62,7%
Lettere/ moderat	28,5%	33%
Alvorlig	4,3%	3,7%
Dødelig	0,4%	0,7%
Uden alvorlighedsgrad**	1%	(N/A)

\*Landsgennemsnit for alle hospitaler i Danmark

\*\* Samlerapporteringer er uden angivelse af alvorlighedsgrad

Nedenstående tabel viser de rapporterede utilsigtede hændelser på OUH fordelt på kategorier i Dansk Patientsikkerhedsdatabase for 2024 og 2025 sammenholdt med gennemsnittet for hospitaler i Danmark.

På OUH ses overordnet samme mønster i hændelserne for de sidste to år. Sammenlignes OUH med landsgennemsnittet for alle hospitaler i Danmark ligger tallene overordnet i tråd med hinanden, og også her ses der kun mindre afvigelser.

UTH-kategorier	OUH 2024	OUH 2025	Hospitaler i Danmark 2025*
Medicinering fx tabletter, vaccine og væsker	21,7%	23,6%	26,1%
Overlevering af information, ansvar, dokumentation	18,7%	19,7%	18,1%
Behandling og pleje	15%	15,5%	15,8%
Prøver, undersøgelser og prøvesvar	11,2%	10,8%	11,6%
Henvisninger, ind/udskrivelse og medicinlister	7,9%	8%	7,9%
Anden utilsigtet hændelse	5,4%	3,9%	4,1%
Sundhedsfaglig visitation, telefonkonsultation	3,6%	3,7%	3,2%
Patientidentifikation	4,8%	4,9%	3,0%
Medicinsk udstyr, hjælpemidler, røntgen m.v.	3%	3,1%	2,6%
Kirurgisk behandling herunder ECT, anæstesi mv.	2,4%	1,7%	1,8%
Patientuheld herunder bl.a. fald og brandskader	1,5%	1,4%	2,3%
IT, telefoni, infrastruktur, bygninger mv.	1,6%	0,7%	1,2%
Infektioner	0,4%	0,6%	0,6%
Gasser og luft	0,4%	0,5%	0,4%
Blod og blodprodukter	0,4%	0,6%	0,5%
Telemedicin fx apps, hjemmesider og måleudstyr	0,02%	0,05%	0,05
Selvskade og selvmord	0,04%	0,07%	0,8%
Uden klassifikation	1,15%	1%	(N/A)

\*Landsgennemsnit for alle hospitaler i Danmark

I 2025 udgjorde patient/pårørende rapporterede UTH uændret 2% af det samlede antal.

Rapportører af UTH på OUH	Antal 2024	Antal 2025
Sundhedsfaglig rapportør	4694	4356
Patient/pårørende rapportør	104	96

## Kerneårsagsanalyser

I 2025 blev der udført 40 kerneårsagsanalyser på OUH, heraf blev 5 analyser afholdt i samarbejde med Det Præhospitale Område, 6 analyser i samarbejde med andre hospitaler og 2 med kommuner. Hændelserne har især omhandlet følgende temaer:

- Overgange:
  - Interne overgange
  - Eksterne overgange, herunder visitation og meldeveje
- Forsinket diagnostik og behandling
- Kommunikation:
  - Internt på afsnit
  - Imellem specialer
  - Med patienter og pårørende

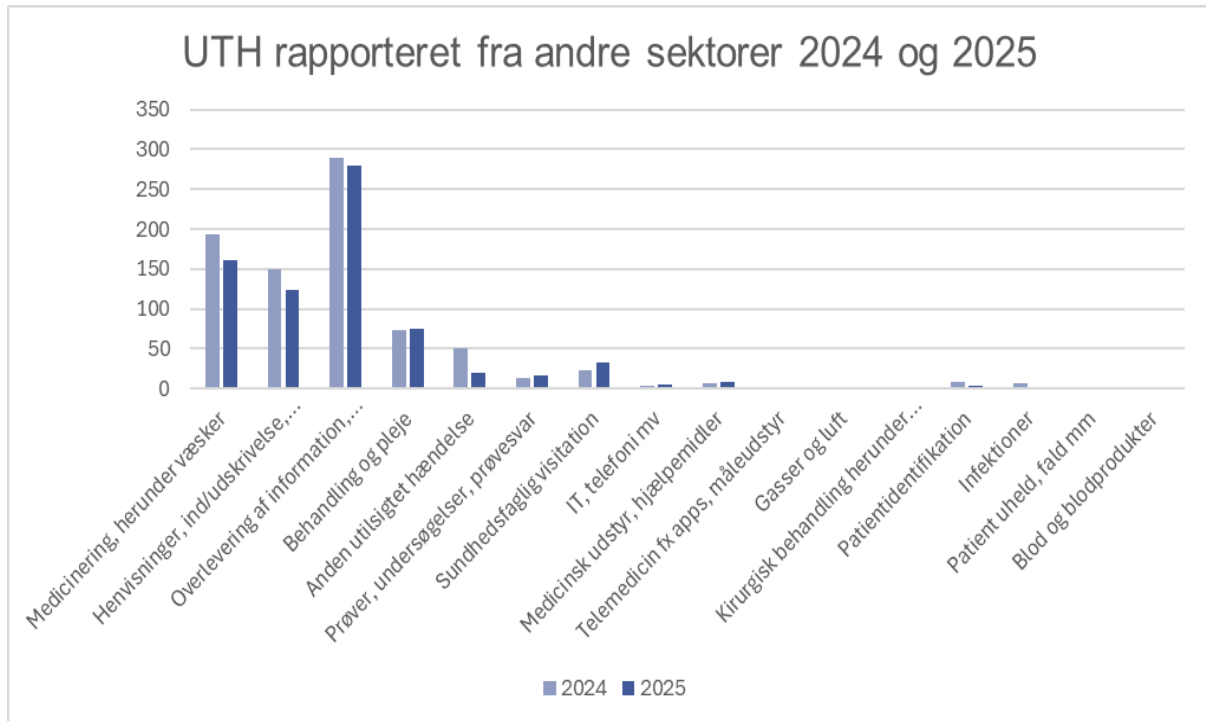
Analyserne har medført talrige forebyggende tiltag lokalt og på tværs af afdelinger. Tiltag som skal medvirke til at forbedre patientsikkerheden for "den næste patient". Eksempler på disse tiltag kan ses i afdelingernes individuelle [årsrapporter](#) eller i nedenstående opsummering i afsnittet "Lokal læring af UTH".

## Utsigtede hændelser i sektorovergange

Nedenfor er opgjort hændelser som er rapporteret til OUH fra andre sektorer i 2024 – 2025.

Hændelser rapporteret til OUH fra:	Antal 2024	Antal 2025
Apotek	11	8
Kommune	666	617
Det præhospitale område	9	8
Almen praksis	105	71
Andet (fx behandlingscenter, tandlæge)	2	1
Andet hospital	24	26
<b>I alt</b>	<b>811</b>	<b>731</b>

I sektorovergange til OUH rapporteres der flest UTH fra kommunerne, og som det kan ses nedenfor omhandler disse fortrinsvis overlevering af information (ofte ved udskrivelse) samt medicinering.



## Lokal læring af UTH

Arbejdet med opfølgning på utilsigtede hændelser har bidraget til vigtige læringspunkter og forbedringstiltag lokalt på mange af OUH's afdelinger. De mest centrale udfordringer, tiltag og resultater som afdelingerne beskriver i deres [årsrapporter](#) omfatter følgende:

### 1. Medicinering og medicin håndtering

- Udfordringer: Fejl ved udlevering og administration af medicin samt manglende ajourføring af medicinlister i FMK og EPJ.
- Tiltag: Standardisering via tjeklister, dobbeltsignering og strekkodelæsere. Undervisning styrker korrekt medicinering og dokumentation.
- Resultater: Fald i fejl og større tryghed blandt patienter og personale.

### 2. Kommunikation og sektorovergange

- Udfordringer: Problemer med rettidig og korrekt kommunikation ved udskrivelser og sektorovergange.
- Tiltag: Udskrivelseskoordinatorer, redskaber som flowcharts, standardfraser og tjeklister, bedre retningslinjer og tværfaglig undervisning. Styrket samarbejde mellem hospital og primærsektor.
- Resultater: Færre hændelser og bedre forståelse blandt personalet for korrekte procedurer.

### 3. Pleje og behandling

- Udfordringer: Forkert håndtering af risikopatienter (fx ved dysfagi, sår og kateterinfektioner) og fejl i prøvetagning og identifikation herpå.
- Tiltag: Certificering af sygeplejersker og oprettelse af ressourcegrupper for sårpleje og dysfagi. Bedre mærkning og dokumentation af prøver vha. bl.a. elektronikunderstøttelse.
- Resultater: Reduktion i hændelser og styrket faglighed inden for de pågældende områder.

### 4. Dokumentation og systematik

- Udfordringer: Mangelfuld eller forsinket dokumentation samt usignede journalnotater.
- Tiltag: Fokus på patientnær og tidstro dokumentation, samt ansvarsplacering. Indførelse af kontrolprocedurer og undervisning i god praksis.
- Resultater: Færre usignede kladder og bedre dokumentationspraksis med opmærksomhed på fastholdelse.

### 5. Tværfaglige forbedringer

- Udfordringer: Silo-opdelte arbejdsgange og vanskeligt samarbejde om komplekse cases.
- Tiltag: Etablering af lokale nøglepersonetværk, hvor problemstillinger dagsordenssættes. Systematisk undervisning på tværs af faggrupper.
- Resultater: Øget handlekraft og højere kvalitet samt koordinering i håndtering af komplekse patienter.

## Proaktivt patientsikkerhedsarbejde

Det proaktive patientsikkerhedsarbejde har fokus på forebyggelse og udvikling af en stærk sikkerhedskultur. En central indsats er at klæde patientsikkerhedsnøglepersoner på OUH bedst muligt på til opgaven. På baggrund af anbefalingerne i sidste års patientsikkerhedsrapport har afdelingerne dels arbejdet med at styrke den lokale organisering af patientsikkerhedsarbejdet, dels gennemført patientsikkerhedsrunderinger.

## Organisering af patientsikkerhedsarbejdet lokalt

Organiseringen af patientsikkerhedsarbejdet er et af de fire elementer i [standardarbejdet for patientsikkerhed](#) på OUH, og det er afgørende for, hvordan læring og forbedringer sker. Fra Sundhedsstaben er der løbende fokus på at understøtte afdelingerne med deres organisering. I afdelingernes [årsrapporter](#) kan læses, hvordan den enkelte afdeling er organiseret i forbedringsarbejdet i forhold til patientsikkerhed. Afdelingerne er meget forskelligt organiserede, og nogle har en mere fastforankret struktur end andre. Fælles er, at der arbejdes med systematik læring af UTH og forbedringer i det patientrelaterede arbejde, men der er fortsat udviklingspotentiale i at styrke organiseringen i nogle afdelinger.

Nedenfor er samlet et overordnet samlet billede fra afdelingerne:

### 1. Tværfaglige grupper

De fleste afdelinger har nedsat en patientsikkerhedsgruppe, som er sammensat tværfagligt med repræsentanter fra både ledelse og medarbejdergrupper. Nogle afdelinger har en større

gruppe med repræsentanter fra flere underafsnit, andre har en lille gruppe med få deltagere. Enkelte har kun én person. Grupperne mødes med regelmæssige intervaller for at drøfte indrapporterede UTH, udarbejde handleplaner og fremme tværgående læring.

## 2. Mødefrekvens og struktur

Mødefrekvensen varierer fra hver anden uge, månedlige, kvartalsvise og årlige møder afhængigt af afdelingen. Og varigheden af disse møder er mellem en time og en hel dag. Møderne er ofte sagsbehandlingsmøder eller drøftelse af mere komplekse og tværgående problemstillinger på baggrund af rapporterede UTH.

## 3. Ledelsesintegration

Patientsikkerhedsarbejdet er forankret i afdelingsledelsen, men det udmøntes forskelligt. I de fleste afdelinger er afdelingsledelsen eller funktionsledere en del af patientsikkerhedsgruppen. I andre afdelinger referer gruppen til ledelsen og ledelsen informeres om UTH og om patientsikkerhedsarbejdet.

## 4. Fokus på læring

Arbejdet med læring af UTH er sket både ud fra en enkelt UTH og ved at se på mønstre og tendenser i den enkelte afdeling. Læring fra UTH formidles f.eks. skriftligt eller mundtligt til ansatte via personalemøder, temadage, tavlemøder, nyhedsbreve og morgenkonferencer. Der arbejdes med at udbrede læringen på tværs af afsnit og gennem træning.

## 5. Forebyggelse og forbedring

De indrapporterede UTH bruges som grundlag for analyser, prioritering af indsatsområder og til at iværksætte konkrete forbedringstiltag med fokus på kvalitets- og sikkerhedskultur.

# Patientsikkerhedsrundering

Afdelingerne beskriver, at patientsikkerhedsrunderingerne i 2025 har givet værdifuld indsigt i arbejdsgange, risikoområder og forbedringsmuligheder. Indsatserne har både identificeret konkrete udfordringer og medført opfølgende tiltag, der styrker patientsikkerheden og læringskulturen. Der er generelt stor interesse for patientsikkerhedsrunderinger, og de afdelinger, der har gennemført dem, oplever at de styrker fundamentet for et mere systematisk patientsikkerhedsarbejde. Nogle afdelinger vurderer ikke rundering som relevant at gennemføre, da de har få UTH. Dette peger på et behov for øget fokus fra Sundhedsstaben på at kommunikere værdien af runderinger ud. Det bør fremhæves, at runderinger altid kan bidrage med indsigt og forbedringsmuligheder, uanset afdelingens udgangspunkt.

Fokusområderne i runderingerne har været alsidige, og følgende centrale tendenser er identificeret:

## 1. Travlhed og afbrydelser

Flere afdelinger nævner travlhed og forstyrrelser som faktorer, der øger risikoen for fejl. Der er arbejdet med interne aftaler for at forbedre kulturen omkring forstyrrelser, herunder opmærksomhedsskilte, "Forstyr ikke" markeringer og bedre tidsplanlægning af opgaver.

## 2. Læringskultur

En åben læringskultur, hvor fejl ses som kilder til forbedring, understøttes ofte af tavlemøder og gennemgang af utilsigtede hændelser.

### 3. Rapportering af hændelser

Der er identificeret usikkerhed om, hvornår og hvordan hændelser skal rapporteres, hvilket har øget fokus på oplæring i dette. Afdelinger arbejder systematisk med at analysere UTH for at identificere forbedringspotentialer, som fx medicinhåndtering og brug af tjeklister.

### 4. Undervisning og kompetenceudvikling

Flere afdelinger har indført undervisningsprogrammer for at styrke viden om risikoområder som akutmedicin og medicinskemaer samt forbedre introduktionsforløb for nyt personale.

### 5. Standardisering og optimering

Ensartede procedurer og tjeklister fremhæves som afgørende for sikkerhed inden for fx kirurgi og medicinhåndtering. Observationer af manglende compliance med udstyrsanvendelse har medført disse forbedringstiltag.

I 2026 vil flere afdelinger påbegynde eller intensivere brugen af runderinger. Afdelingerne vil desuden fokusere på at:

- Reducere forstyrrelser og optimere arbejdsmiljøet.
- Udvikle undervisningsindsatser på tværs af faggrupper.
- Styrke systematisk rapportering og opfølgning.

## Undervisning

På OUH tilbyder Sundhedsstaben undervisning i patientsikkerhed på forskellige niveauer og til forskellige roller. I 2025 er følgende kurser afholdt:

- 2 grundkurser for nye patientsikkerhedsnøglepersoner.
- 2 kurser for erfarne patientsikkerhedsnøglepersoner for hele Regionen.
- 2 kurser i datatræk i DPSD (dansk patientsikkerhedsdatabase).
- Løbende oplæring i UTH sagsbehandling.
- Obligatorisk kursus om patientsikkerhed på onboarding for nyansatte funktionsledere.

## Netværksmøder

Der har været to netværksmøder for alle patientsikkerhedsnøglepersoner. De afholdes både i Svendborg og Odense. Formålet er dels information, videndeling, deling af læring og sparring mellem nøglepersonerne. Eksempler på temaer på netværksmøderne i 2025 er vidensdeling omkring opfølgning på læring af UTH, patientsikkerhedsrunding som metode og mærkning af patologiske prøver pga. af hændelser på tværs af alle afdelinger på OUH.

## Fremtidigt patientsikkerhedsarbejde

Årsrapporten for patientsikkerhed 2024 gav anledning til en række anbefalinger for det fremadrettede patientsikkerhedsarbejde. Anbefalingerne blev drøftet dels i Direktionen, på OUH's Kvalitets- og Patientsikkerhedsråd samt på møde med alle afdelingsledelser.

På baggrund af disse drøftelser blev det besluttet at arbejdet med følgende områder skulle prioriteres:

- At sikre robust lokal organisering af patientsikkerhedsområdet
- At gennemføre patientsikkerhedsrunderinger

Der er i nærværende rapport givet en status på arbejdet med disse anbefalinger.

Samlet set viser rapporterne den åbne patientsikkerhedskultur, der er på OUH, og afspejler, hvor velorganiseret patientsikkerhedsområdet er i mange afdelinger, og hvor aktivt der arbejdes med læring af utilsigtede hændelser (UTH) i organisationen. Samtidig peger rapporterne på, at der fortsat er udviklingspotentiale i nogle afdelinger. Der er derfor behov for yderligere forankring af patientsikkerhedsarbejdet, så de gode erfaringer udbredes mere ensartet på tværs af OUH.

Årsrapporten for 2025 giver ikke anledning til nye anbefalinger, men til at det proaktive arbejde indenfor ovenstående områder fastholdes i 2026.

Sundhedsstaben  
Odense Universitetshospital og Svendborg Sygehus  
[ouh.patientsikkerhed@rsyd.dk](mailto:ouh.patientsikkerhed@rsyd.dk)

[www.ouh.dk](http://www.ouh.dk)