

Årsrapport 2024

Patientsikkerhed



Klinisk Udvikling

Indhold

Indledning	1
Det reaktive patientsikkerhedsarbejde	2
Rapporterede utilsigtede hændelser på OUH	2
Hvem rapporterer hændelserne?	4
Kerneårsagsanalyser	5
Utilsigtede hændelser i sektorovergange	5
Samarbejde i sektorovergange	6
Tilsyn fra Styrelsen for Patientsikkerhed	8
Det proaktive patientsikkerhedsarbejde	8
Kulturarbejde	8
Kulturmåling	9
Undervisning og netværksmøder	9
Læring på tværs	10
Anbefalinger til fokusområder for 2025/2026	11

Indledning

2024 blev året hvor patientsikkerhed kom på hele sundhedsvæsenets læber, da finanslovsforhandlingerne i september pludseligt varslede udsigten til at miste databasen for utilsigtede hændelser, Dansk Patientsikkerhedsdatabase, sammen med lovgivningen, der beskytter rapportører og involverede sundhedspersonale. På OUH gav det dønninger ud i alle afdelinger. Og fra mange afdelinger kom der gode, solide og velbegrundede argumenter for at bevare begge dele, som Danske Regioner tog med i deres høringssvar til Sundhedsministeriet. Til stor lettelse blev der lyttet til aktørerne i sundhedsvæsenet og både lovgivning og databasen forbliver, men ansvaret for databasen flyttes fra Styrelsen for Patientsikkerhed til Danske Regioner og Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK) pr. 1. maj 2025.

Dette har givet anledning til mange snakke og drøftelser på hele OUH både i afdelingsledelser og blandt personale om, hvad patientsikkerhedsarbejdet er og hvad rapportering af utilsigtede hændelser (UTH) betyder for at højne kvaliteten af arbejdet med og for patienterne på OUH. Denne samtale er med til at skærpe og løfte patientsikkerhedskulturen, og den må aldrig forstumme.

Årsrapporten for 2023 er drøftet i både direktionen og Kvalitets- og Patientsikkerhedsrådet (KPR). Drøftelserne førte til anbefalinger for 2024 med fokus på at styrke den proaktive patientsikkerhedskultur, især gennem undervisning, onboarding og organisering. Der blev også peget på arbejdet med rapportering fra primærsektoren og dermed forbedring af OUH' leverancer hertil. Medicinering blev fastholdt som et centralt indsatsområde. I 2024 er en række tiltag iværksat og videreført, herunder forberedelse af *Sikker Medicin-ugen*, styrket organisering og øget fokus på FMK i relevante fora.

Årsrapporten for 2024 beskriver både det reaktive patientsikkerhedsarbejde med læring af de utilsigtede hændelser, der er sket, og det proaktive arbejde, der er foregået overordnet på OUH. Derudover sker der også tiltag lokalt i afdelinger, hvor forbedringsarbejdet ofte tager udgangspunkt i patientsikkerhedsudfordringer i det daglige arbejde. Se [afdelingernes individuelle årsrapporter for patientsikkerhedsarbejdet](#) for yderligere.

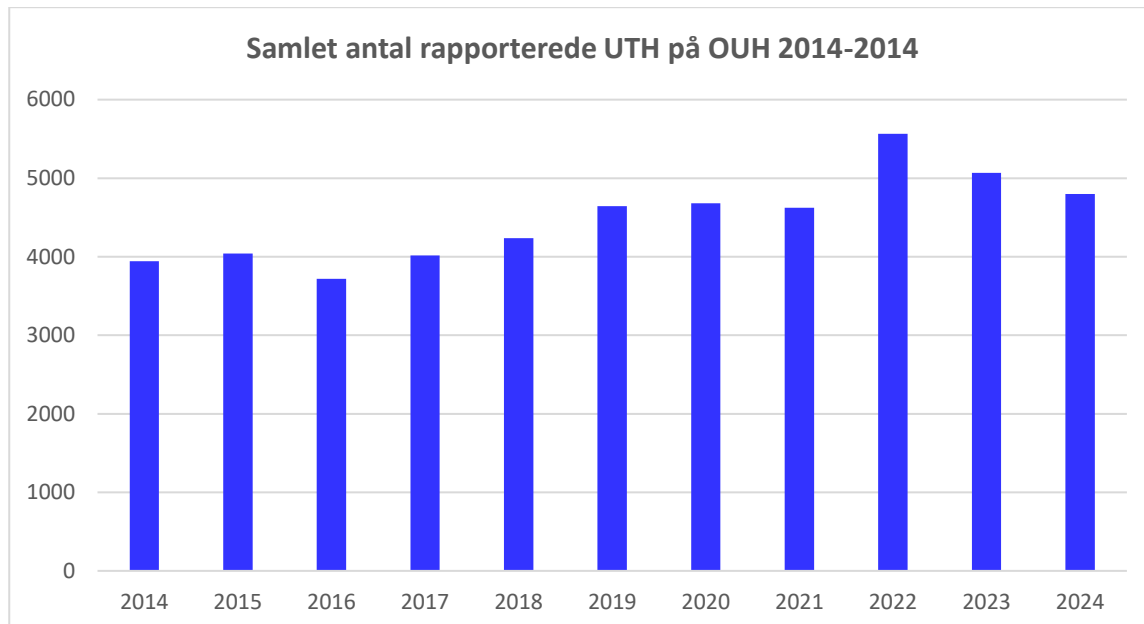
Patienter og pårørende har også indflydelse på patientsikkerhedsarbejdet på OUH gennem rapporterede UTH og gennem klagesager og erstatningssager. Klagsager sagsbehandles individuelt på afdelingerne, se nærmere i [afdelingernes beskrivelse af arbejdet med klagesager i 2024](#). Samtidig indgår klagesagerne i bredere læring gennem monitorering af tendenser og mønstre på tværs af OUH. Der er i år lavet en overordnet separat [Årsrapport for klager- og erstatningssager 2024](#).

Årsrapporten rundes af med en beskrivelse af anbefalinger til fokusområder i 2025/2026, hvor målet er at fastholde og videreudvikle på det stærke fundament, der allerede er på OUH indenfor arbejdet med patientsikkerhed.

Det reaktive patientsikkerhedsarbejde

Rapporterede utilsigtede hændelser på OUH

I 2024 blev der rapporteret 4798 UTH på OUH, hvilket er et fald på 5,4 % ift. antallet fra 2023 (5069).



Det vurderes at det lille fald i antallet af rapporterede UTH muligvis kan tilskrives den justering og afgrænsning af rapporteringspligten som trådte i kraft 1. juli 2023, hvor vægtningen fortrinsvis nu er på at rapportere alvorlige og dødelige UTH, samt på de UTH som rapportøren finder at der kan være læring i.

På landsniveau er der samlet rapporteret 48.976 antal UTH på offentlige hospitaler, hvilket betyder at OUH's andel af den samlede mængde UTH er 9,8%. Dette ligger i tråd med OUH's størrelse.

Det høje antal rapporteringer afspejler at der både på OUH og nationalt i mange år har været et betydeligt fokus på patientsikkerhed, hvilket har resulteret i en åben patientsikkerhedskultur og derfor mange rapporterede utilsigtede hændelser, herunder mange "near-miss-hændelser".

I 2023 blev det muligt at foretage samlerapporteringer indenfor disse afgrænsede områder: fald, infektioner og medicinering (administration, dispensering, medicin ikke givet) såfremt de rapporterede hændelser ikke havde konsekvenser for patienten. De UTH som samlerapporteres på en afdeling i løbet af en måned indenfor disse respektive områder tæller som én UTH. Der er i 2024 rapporteret 56 samlerapporteringer på OUH.

Nedenfor ses et overblik over den faktiske konsekvens af alle rapporterede UTH i 2024

Som det også fremgår af nedenstående tabel svarer den faktiske konsekvens af UTH på OUH stort set til landsgennemsnittet for alle hospitaler i Danmark, kun med mindre afvigelser i forhold til en lavere alvorlighedsgrad.

Alvorlighedsgrad - 'Faktisk konsekvens'	OUH	Hospitaler i Danmark*
Ingen/ukendt	65,5%	62,9%
Lettere/ moderat	29,4%	32,7%
Alvorlig	3,7%	3,8%
Dødelig	0,3%	0,6%
Uden alvorlighedsgrad**	1,8%	(N/A)

*Landsgennemsnit for alle hospitaler i Danmark

Tabel 1

** Samlerapporteringer er uden angivelse af alvorlighedsgrad

Nedenfor vises de utilsigtede hændelser fordelt på kategorier i Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD) for 2023 og 2024. På OUH ses overordnet samme mønster i hændelserne for de sidste to år, dog bemærkes igen et lille fald i andelen af hændelser i kategorien *Medicinering fx tabletter, vaccine og væsker*. Medicineringshændelserne dækker over mange forskellige problemstillinger (ordination 30%, dispensering 18%, administration 37% og andet 15%). På OUH arbejdes der kontinuerligt på at øge sikkerheden omkring hele medicineringsprocessen, og dette arbejde finder sted i mange led af organisationen, dels på afdelingerne og dels på overordnet niveau (fx etablering af Farmaservice og robotdispensering). Derudover ses et ganske lille fald i kategorien *Prøver, undersøgelser og prøvesvar og Henvisninger, ind/udskrivelse og medicinlister*. Desuden ses der igen en lille stigning i kategorien *Overlevering af information, ansvar, dokumentation* samt *Behandling og pleje*. Sidstnævnte kategori dækker over en stor variation af hændelser.

Nedenfor vises tillige landsgennemsnittet for alle hospitaler i Danmark. Sammenlignes OUH med landsgennemsnittet for alle hospitaler i Danmark, ligner OUH stort set resten af landet, dog bemærkes det at OUH har en mindre andel af medicineringshændelser.

UTH-kategorier	OUH 2023	OUH 2024	Hospitaler i Danmark 2024*
Medicinering fx tabletter, vaccine og væsker	23,5%	21,7%	25,8%
Overlevering af information, ansvar, dokumentation	17,9%	18,7%	17,8%
Behandling og pleje	14%	15%	15,8%
Prøver, undersøgelser og prøvesvar	12,8%	11,2%	11,2%
Henvisninger, ind/udskrivelse og medicinlister	8,6%	7.9%	8,3%

Anden utilsigtet hændelse	5,5%	5,4%	4,7%
Sundhedsfaglig visitation, telefonkonsultation	3,6%	3,6%	2,9%
Patientidentifikation	3,5%	4,8%	3%
Medicinsk udstyr, hjælpemidler, røntgen m.v.	2,7%	3%	2,7%
Kirurgisk behandling herunder ECT, anæstesi mv.	2,3%	2,4%	2%
Patientuheld herunder bl.a. fald og brandskader	2,2%	1,5%	2,5%
IT, telefoni, infrastruktur, bygninger mv.	1,7%	1,6%	1,2
Infektioner	0,6%	0,4%	0,6%
Gasser og luft	0,4%	0,4%	0,4%
Blod og blodprodukter	0,4%	0,4%	0,5%
Telemedicin fx apps, hjemmesider og måleudstyr	0,08%	0,02%	0,05%
Selvskade og selvmord	0,06%	0,04%	0,7%
Uden klassifikation		1,15%	(N/A)

*Landsgennemsnit for alle hospitaler i Danmark

Tabel 2

Hvem rapporterer hændelserne?

Langt de fleste UTH rapporteres af sundhedspersonale. Kun få hændelser rapporteres af patienter og pårørende. I 2024 er 104 hændelser rapporteret af patienter/pårørende, hvilket udgør 2,2% af det samlede antal. Der ses samme lave repræsentation af patient/pårørende rapporteringer på de andre sygehuse i Danmark.

Rapportører af UTH på OUH	Antal 2022	Antal 2023	Antal 2024
Sundhedsfaglig rapport	5444	4938	4694
Patient/pårørende rapport	119	131	104

Tabel 3

Rapporterne fra patienter og pårørende sagsbehandles på samme måde som de øvrige rapporterede utilsigtede hændelser, dog tager de kliniske afdelinger ofte kontakt til de rapporterende patienter/pårørende med henblik på at kvittere for modtagelsen af UTH'en. De rapporter som modtages fra patienter og pårørende dækker flere alvorlighedsgrader og giver anledning til god læring i organisationen.

Af de i alt 4797 rapporterede UTH i 2024, er kun 67 rapporteret anonymt. Dette understøtter billedet af, at vi har en åben patientsikkerhedskultur på OUH.

Kerneårsagsanalyser

Langt de fleste rapporterede utilsigtede hændelser kategoriseres med "ingen/ukendt" eller "mild/moderat" skade. Ved denne type hændelser er det typisk de lokale afdelinger, der analyserer og følger op. Når der rapporteres en mere kompleks hændelse, en "alvorlig" eller en "dødelig" hændelse vurderes det altid, om der bør foretages en kerneårsagsanalyse, dvs. en dybdegående analyse udført af et tværfagligt team.

I 2024 blev der udført 33 kerneårsagsanalyser. Hændelserne har især omhandlet følgende temaer:

- Forsinket diagnostik og behandling
- Visitation, overgange og overlevering (imellem faggrupper, vagthold, afsnit og specialer - herunder overflytning imellem matrikler)
- Tilkald/tilsyn og akutkald (manglende eller forsinket aktivering)

Fire af ovenstående kerneårsagsanalyser er foretaget i samarbejde med andre sygehuse, henholdsvis Sygehus Lillebælt, Sydvestjysk Sygehus og Psykiatrien. Fem af analyserne er foretaget i samarbejde med Det Præhospitale Område.

Analyserne har medført mange lokale og fælles handleplaner. Derudover har analyserne medført indsatser på tværs af OUH, herunder bl.a. en ny retningslinje omkring behandling af diabetes, samt en netop påbegyndt tværgående retningslinje for 'trombocytniveau før invasive procedurer og operation'. Derudover har problemstillinger fra kerneårsagsanalyser været løftet til drøftelse i OUH's Kvalitets- og Patientsikkerhedsråd bl.a. håndtering af diskretion under patientens ophold på sygehus.

Utilsigtede hændelser i sektorovergange

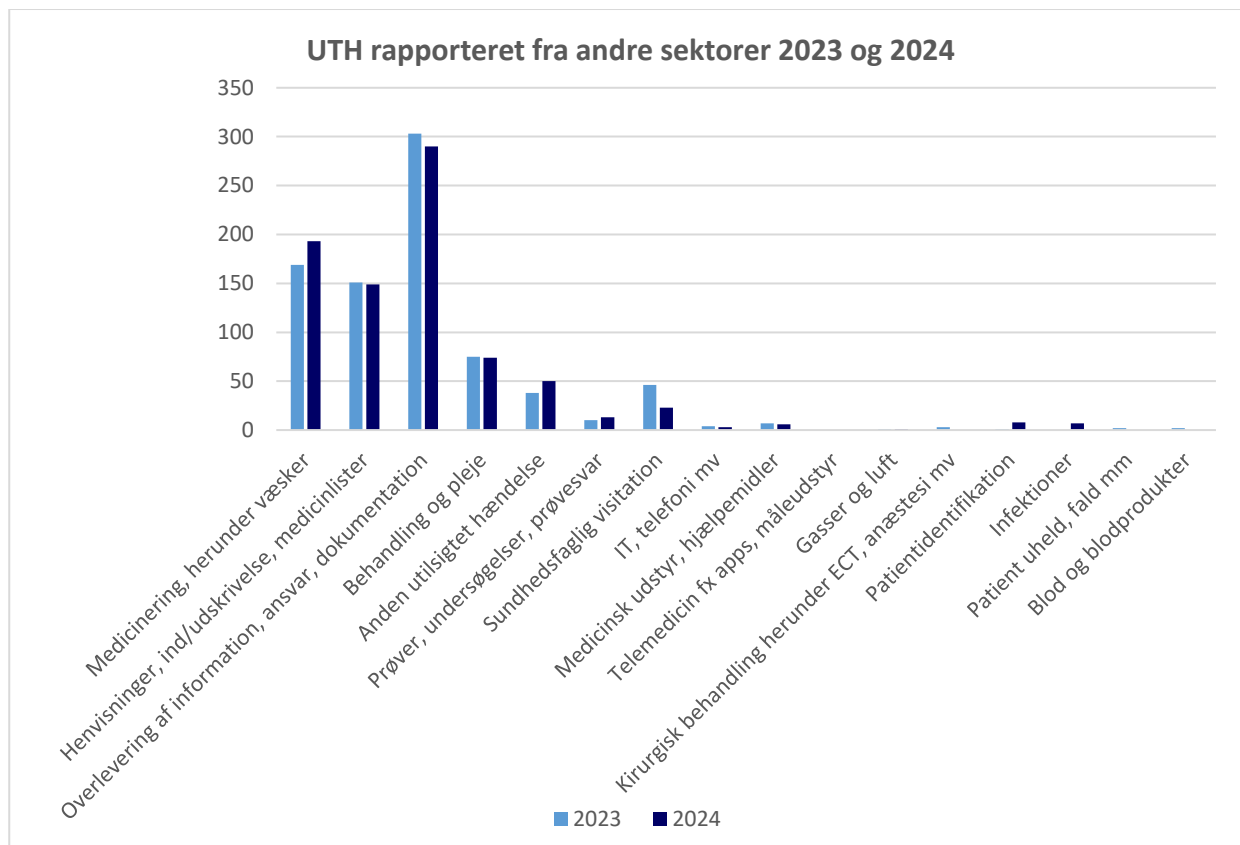
Mange utilsigtede hændelser i patientforløb på tværs af sektorer vedrører handlinger, der entydigt finder sted i én sektor, men opdages i en anden sektor – fx en hændelse som finder sted på et sygehus, men opdages i en kommune eller hos almen praksis. Nedenfor er opgjort hændelser som er rapporteret til OUH fra andre sektorer i 2022 – 2024:

Hændelser rapporteret til OUH fra:	Antal 2022	Antal 2023	Antal 2024
Apotek	7	4	11
Kommune	661	675	666
Det præhospitale område	8	8	9
Almen praksis	152	100	105
Andet (fx behandlingscenter, tandlæge)	9	3	2
Andet hospital	21	21	24
I alt	858	811	817

Tabel 4

Som det fremgår ovenfor, blev der i 2024 rapporteret 817 UTH til OUH fra andre sektorer, hvilket er næsten på niveau med de to foregående år.

Nedenfor ses de utilsigtede hændelser i sektorovergange fordelt på kategorier i 2023 og 2024:



Mønstret for utilsigtede hændelser i sektorovergange er også næsten det samme i de to seneste år. Begge år er gruppen *Overlevering af information, ansvar, dokumentation* den største. Hændelserne i denne kategori omhandler fortrinsvis mangelfuld information i forbindelse med patientens udskrivelse, det er især manglende informationer til plejepersonalet i kommunen omkring patientens pleje og behandling, herunder også manglende - eller mangelfyldt udfyldte – genoptræningsplaner og manglende fødselsanmeldelser. Hændelserne i kategorien *Henvísninger, ind/udskrivelse og medicinister* indeholder flere af de samme områder. Medicineringshændelserne i sektorovergange omhandler især manglende eller forkert medgivet medicin, herunder at patientens medicin ikke stemmer overens med FMK, samt manglende recepter.

Samarbejde i sektorovergange

Samarbejdet omkring patientsikkerhed i sektorovergange har i de sidste år fået mere vind i sejlene – dette er bl.a. godt understøttet af et øget politisk fokus og flere nationale krav til samarbejdet over sektorovergangene. Som det fremgår ovenfor rapporteres der mange UTH'er i sektorovergange og det er vigtigt at der er et særligt fokus herpå, så der hele tiden forbedres og læres af de hændelser der sker.

Hændelser som rapporteres til OUH fra andre sektorer tilgår de lokale sagsbehandlere på OUH's afdelinger, som er ansvarlige for sagsbehandling af de enkelte hændelser. Ofte giver dette anledning til direkte kontakt til andre sektorer omkring læring.

De mønstre og tendenser der identificeres på tværs i rapporterne løftes på OUH i relevante fora, fx "fokus på FMK" initieret af direktionen, eller drøftes i det tværsektorielle samarbejde i Koordineringsforum under Sundhedsklynge Fyn. Med henblik på at give det tværsektorielle samarbejde omkring UTH mere tyngde nedsatte Samarbejdsforum Behandling og Pleje i foråret 2024 en permanent tværsektoriel netværksgruppe med repræsentanter fra kommuner på Fyn, Psykiatrien i Region Syddanmark og OUH i forhold til utilsigtede hændelser i sektorovergange. OUH er repræsenteret i gruppen ved risikomanager.

Derudover arbejder "Netværket for Sam:Bo nøglepersoner og udskrivningskoordinatorer" kontinuerligt med at sikre gode og sammenhængende patientforløb – også over sektorgrænser.

Netværket har i år systematiseret funktionsbeskrivelsen til disse roller samt introduktionen af nye medarbejdere til funktionen. Herudover afvikler netværket årligt 2 interne temadage for alle nøglepersoner på tværs af afdelingerne i Odense og Svendborg. Der er stor tilslutning til disse arrangementer, som arrangeres af en Styregruppe med repræsentanter fra både medicinske og kirurgiske afdelinger.

Formålet med disse er dels at dele erfaringer dels at tilføre ny viden mhp. kompetenceudvikling for de medarbejdere, der har det særlige ansvar i afdelingerne. Det drejer sig om de indgåede regionale samarbejdsaftaler, om udfordringer og forbedringstiltag i forhold til den tværsektorielle kommunikation. Ligeså deles konkret oplevede erfaringer og der ideudvikles på forslag til tværgående indsatser, fx har der været arbejdet med "Den gode plejeforløbsplan", begrebsafklaringer ift. behandlingsredskaber og hjælpemidler, 72 timers behandlingsansvar (nu 96); iv aftale og den administrative håndtering af dette i afdelingerne.

Netværket inviterer jævnligt kommunale samarbejdspartnere med til at komme med oplæg og deres perspektiver og oplevede erfaringer, for at fremme den gensidige forståelse – det har fx været visitatorer fra forskellige kommuner, tværsektorielle koordinatore; team opsøgende ældre – og også interne, relevante specialistfunktioner, fx social sygeplejersker, demenskoordinatorer.

Efterhånden opstår der netværk på tværs så der skabes mulighed for at "ringe til en ven", når man står i dilemmaer i hverdagen, så udfordringer løses på bedst muligt grundlag, også i konkrete situationer.

Inputs til indhold på temadage kommer dels fra deltagerne dels fra de aktuelle udfordringer på både den regionale og nationale scene.

Tilsyn fra Styrelsen for Patientsikkerhed

Styrelsen for patientsikkerhed foretager både emnespecifikke tilsyn samt reaktive tilsyn på hospitaler i Danmark. I 2024 var der på OUH begge typer tilsyn.

I august var der et administrativt tilsyn på Hjerte-, Lunge-, og Karkirurgisk Afdeling T som fokuserede på "lånesenge". I efteråret havde begge Radiologiske Afdelinger på OUH ligeledes administrative tilsyn, disse var fokuseret i forhold til "billeddiagnostiske behandlingssteder, der anvender leverandørbehandlingssteder til at foretage billeddiagnostiske vurderinger". I september var der reaktivt tilsyn på Kirurgisk Afdeling A.

Alle disse tilsyn har været uden anmærkninger, dvs. at afdelingerne på OUH har fået den bedste karakter: "Ingen problemer af betydning for patientsikkerheden".

Alle tilsynsrapporter kan ses på [OUH's hjemmeside](#) samt på hjemmesiden for Styrelsen for Patientsikkerhed.

Det proaktive patientsikkerhedsarbejde

Kulturarbejde

Arbejdet med patientsikkerhedskulturen på OUH er et bevidst arbejde, der foregår både lokalt i afdelingerne og centralt fra. På Kvalitets og patientsikkerhedsrådets møde i foråret blev forrige års årsrapport drøftet, og her blev der peget på, at kulturarbejdet fortsat bør have fokus, da det er væsentligt for et patientsikkert hospital. Denne drøftelse blev understøttet af nogle afdelingers erfaring med konkret kulturarbejde.

Der arbejdes med patientsikkerhedskulturen i hele organisationen gennem kurser, netværksmøder og proaktive indsatser som patientsikkerhedsrundring, risikovurdering og organisering af patientsikkerhedsarbejdet. Det beskrives i det følgende.

Især sker der kulturforandringer og fornyet fokus, når en afdeling omstrukturerer sin organisering af patientsikkerhedsarbejdet. I 2024 har flere afdelinger omorganiseret patientsikkerhedsarbejdet internt. Flere afdelinger har udvidet kredsen af medarbejdere, der dels arbejder med læring af UTH og dels med det proaktive arbejde. Der er især kommet flere funktionsledere med i arbejdet.

Organisering er et af hovedelementerne i patientsikkerhedsarbejdet, jf. de fire hovedelementer, der udgør "Standardarbejde for patientsikkerhedsarbejdet på OUH", da dette er altafgørende for, at der kan arbejdes med læring, forbedring og hele patientsikkerhedskulturen. Derfor udgør en workshop-øvelse omkring "Organisering af patientsikkerhedsarbejdet i en afdeling" en væsentlig rolle på kursus for erfarne nøglepersoner, på netværksmøder og på onboarding for funktionsledere. Og derfor har

patientsikkerhedsteamet været i dialog med flere afdelinger i forbindelse med ønsket om en bedre organisering. De fire elementer i "Standardarbejde for patientsikkerhedsarbejdet på OUH" er: Synlig ledelse, Organisering, Det reaktive arbejde/UTH og Det proaktive arbejde.

Flere afdelinger har i 2024 taget fat på patientsikkerhedsrunderinger for første gang, og har fået gode resultater ud af det. Andre afdelinger har det som en fast årlig begivenhed. Patientsikkerhedsrunderinger på OUH tager udgangspunkt i anbefalingerne fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed (PS) og Institut for Healthcare Improvements (IHI), og der er med erfaringerne opbygget en lokal inspirationsmanual for gennemførelsen af en patientsikkerhedsrundering.

Et andet element i det proaktive arbejde er risikovurdering. Det er en fast del af udrustningen på grundkurset og alle nøglepersoner får praktisk øvelse med dette. Det er vigtigt at få metoden i hænderne, for selvom metoden er simpel, ses den gang på gang som en øjenåbner i det praktiske patientsikkerhedsarbejde. Ud over at klæde medarbejdere på til at bruge risikovurderingen har patientsikkerhedsteamet også praktisk understøttet en afdelings risikovurdering.

Men for at kunne lære af det, der er sket og for at arbejde proaktivt er det en forudsætning, at der er psykologisk tryghed i afdelingen. Flere afdelinger giver også udtryk for, at de bevidst arbejder med psykologisk tryghed og second victim i forbindelse med UTH arbejdet, og at de arbejder for en kultur, hvor man tør tale om fejl og usikkerheder. Nogle steder er det sket i samarbejde med det lokale arbejdsmiljøarbejde. Det gøres f.eks. gennem patientsikkerhedskulturmåling, kommunikations øvelser og italesættelse af åbenhed.

Kulturmåling

Der har i 2024 været en afdeling, der har gennemført patientsikkerhedskulturmålingen SAQ (Safety Attitude Questionnaire), mens en anden afdeling har taget skridt imod at gennemføre denne undersøgelse. SAQ er en måde at måle en afdelings eller et afsnits holdninger og viden om patientsikkerhedsarbejdet og kan give anledning til de vigtige drøftelser internt. Patientsikkerhedsteamet understøtter gennemførelsen af kulturmålingen. Andre afdelinger har taget flere spørgsmål omkring patientsikkerhedskulturen med i deres MTU, og arbejder med medarbejdernes svar omkring patientsikkerhed på den måde.

Undervisning og netværksmøder

I 2024 er der igen gennemført kurser og netværksmøder for patientsikkerhedsnøglepersoner. Der har som vanligt været afholdt 3 netværksmøder med et tema og sparring på aktuelle emner. Fra temaerne i 2024 kan fx nævnes:

- standardarbejde for patientsikkerhed

- undersøgelse af patienters oplevelse v. M-FAM
- optakt til medicineringsugen i 2025
- værktøjet "fiskebensanalyse".

På netværksmøderne opleves der god sparring og drøftelse mellem afdelingernes nøglepersoner, og nøglepersonerne byder ind med relevante temaer til netværksmøderne. Der knyttes kontakter i forbindelse med konkrete problemområder, og det medfører af og til, at nøglepersoner besøger hinanden for at få konkret inspiration.

Der har været afholdt kurser i patientsikkerhed:

- 2 grundkurser. Der er efterspørgsel efter dette kursus, dels fordi flere afdelinger har udvidet kredsen af medarbejdere i patientsikkerhedsarbejdet, og dels fordi der sker udskiftning i nøglepersonnetværket.
- Et kursus for erfarne nøglepersoner. Indholdet var bla. sikkerhedsteori, jura, praktiske værktøjer og drøftelser.
- 2 korte kurser i datatræk i UTH databasen, DPSD.
- 2 velbesøgte temaeftermiddage med forskningsassistent Lotte Abildgren, KLU, om resultaterne fra hendes PhD omkring "Handlingskompetencer fra læring af UTH - Hvordan forandres læring af UTH'er til nye handlingskompetencer i klinikken?".

Endvidere er samarbejdet med HR Arbejdsmiljø fortsat i 2024 med temadage om "Psykologisk tryghed som fundament for patientsikkerheden". Disse er udvidet til hele dage på baggrund af efterspørgsel på mere teori og øvelser end der har været tidligere. Her kobles arbejdsmiljø og patientsikkerhed sammen gennem indførslen i psykologisk tryghed, psykologisk førstehjælp og second victim begrebet.

Der har også været ad hoc undervisning og sparring, hvor der viser sig et behov. Bl.a. har patientsikkerhedsteamet mødtes med det nyetablerede forløbsplanlægger-team for at tale ind i, hvordan de kan understøtte og arbejde med i afdelingernes patientsikkerhedsarbejde.

Endelig er patientsikkerhed en del af onboarding for nye funktionsledere med fokus på de fire fokusområder fra standardarbejde for patientsikkerhed: Synlig ledelse, organisering, reaktivt arbejde med UTH og proaktivt patientsikkerhedsarbejde. Da alle nye funktionsledere kommer igennem dette onboardings program forventes det, at patientsikkerhedsarbejdet vil få yderligere ledelsesfokus fremadrettet.

Læring på tværs

Læring af UTH er dels et anliggende lokalt i en afdeling, og i nogle tilfælde også på tværs af flere afdelinger. Der sker bl.a. læring på tværs af afdelinger, hvor en hændelse involverer flere afdelinger og afdelingerne

sender deres analysesvar og læring til hinanden til fælles læring. Også ved kerneårsagsanalyser af alvorlige eller dødelige UTH, hvor der ofte er flere afdelinger eller eksterne parter involveret, sker der høj grad af læring på tværs, når alle involverede er samlet. Der er på baggrund af sådanne fælles drøftelser på tværs af afdelinger bl.a. lavet nye aftaler, og der er arrangeret undervisning på hinandens afdelinger. Ligeledes giver netværksmøder som ovenfor beskrevet rum for læring på tværs.

Der sker også jævnligt læring på tværs af hele regionen gennem risikokoordineringsnetværket, der består af risikomanagere og patientsikkerhedsansvarlige fra alle regionens sygehuse og det præhospitale. Her kan der sparreres om alvorlige UTH eller mønstre og tendenser, der ses på ét sygehus. Ligesom der også sker læring nationalt, når ét sygehus sender opmærksomhedsmails eller ”alarmer” til andre sygehuse via et alarmeringsnetværk. Det kan f.eks. dreje sig om tilbagekaldelse af udstyr eller medicin på baggrund af utilsigtede hændelser eller bekymringen for at det vil kunne ske.

Læring på tværs har i årets løb også haft direktionens fokus, og fra marts til oktober har direktionen drøftet en UTH på direktionens tavlemøder med afdelingsledelserne. Her har afdelingsledelserne på skift bragt en UTH med, som de har arbejdet med, og hvor læringen også kan komme andre til gavn. Derudover har læring af UTH på tværs været et fokuspunkt på Koncernledelsesforum, hvor hospitalsdirektørerne på skift har medbragt en UTH til fælles læring.

Anbefalinger til fokusområder for 2025/2026

OUH's stærke fundament inden for patientsikkerhed er solidt, og det er derfor afgørende at fastholde og videreudvikle de tiltag, der allerede har vist sig effektive. På baggrund af patientsikkerhedsarbejdet i 2024, afdelingernes egne årsrapporter og arbejdet med klager og erstatningsager er der identificeret flere centrale fokusområder særligt relateret til overgange og overlevering, medicinering, diagnostik, relationelle problemstillinger, patientidentifikation og læring på tværs.

Det anbefales, at indsatsen i 2025/2026 fortsat særligt koncentrerer sig om, at:

- Sætte fokus på **overgange**, både interne overgange på OUH, og eksterne - fx i forbindelse med udskrivelse.
- Sætte fokus på **medicinering**, herunder sikker håndtering og korrekt ordination.
- Bidrage til at sikre de nye rammer på **Nyt OUH** samt til sikker flytning.
- Sætte retning for **patientsikkerhedskulturen**, med fokus på psykologisk tryghed og second victim.
- Bistå afdelingerne i **organisering** af de lokale patientsikkerhedsarbejde.
- Fremme vidensdeling og **læring** lokalt samt på tværs af organisationen.

- Undervise og vejlede i brugen af **redskaber** som f.eks. kerneårssagsanalyse, runderinger og risikovurdering.

Dette understøttes bl.a. gennem daglig dialog med afdelingerne, skriftlig formidling, netværksmøder for nøglepersoner, undervisning, onboarding af funktionsledere, temadage og sidemandsoplæring.

Indsatsområder vedrørende overgange og medicinering flytter med fokus i Det Nationale Ledelseprogram, Hold 4, hvor arbejdet med sikker medicinhandling og medicinadministration i sektorovergange videreføres, samt med tiltag som f.eks. Sikker Medicin ugen og FMK fokus på direktionens tavlemøder og dermed lokalt i afdelingerne.

Ved at bygge videre på den eksisterende viden og de lokale erfaringer i afdelingerne vil en målrettet indsats indenfor overnævnte anbefalinger yderligere styrke patientsikkerheden på OUH.

Odense Universitetshospital og Svendborg sygehus
Klinisk Udvikling
Kløvervænget 8C, Indgang 101, 4. sal
5000 Odense C
Tlf. 65417900
ouh.klu@rsyd.dk
www.ouh.dk