

# FOKUSERING AF FORBEDRINGSARBEJDET

Metoder til identifikation af kvalitets- og patientsikkerhedsproblemer og prioritering af forbedringsarbejdet



## FOKUSERING AF FORBEDRINGSARBEJDET

Metoder til identifikation af kvalitets- og patientsikkerhedsproblemer og prioritering af forbedringsarbejdet



Udgivet af Dansk Selskab for Patientsikkerhed

April 2015

Dansk Selskab for Patientsikkerhed

c/o Hvidovre Hospital

P610 Kettegård Alle 30

2650 Hvidovre

[info@patientsikkerhed.dk](mailto:info@patientsikkerhed.dk)

Telefon: 38 62 21 71

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

Grafisk tilrettelæggelse: Maria Seistrup COWI

Tryk: Herrmann & Fischer

Patientsikkert Sygehus (2010-2013) blev gennemført i samarbejde mellem TrygFonden, Danske Regioner og Dansk Selskab for Patientsikkerhed. De fem sygehuse i projektet var: Thy-Mors, Horsens, Kolding, Næstved og Hillerød.

# FORORD

Projektet Patientsikkert Sygehus blev gennemført i et samarbejde mellem Danske Regioner, TrygFonden og Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2010-2013. Projektet anvendte velafprøvede metoder til forbedringsarbejde, og det kliniske indhold (i form af patientsikkerhedspakker) baserede sig på udenlandske erfaringer med, hvilke interventioner der havde vist sig effektive til at opnå kvalitetsforbedringer.

Denne publikation beskriver en række værktøjer, der kan hjælpe med at identificere kvalitets- og patientsikkerhedsproblemer og dermed fastlægge indsatsområder for forbedringsarbejdet. Desuden beskrives metoder, der kan hjælpe med at prioritere indsatsen.

Tanken er, at disse metoder sammen med en række andre erfaringer fra Patientsikkert Sygehus kan inspirere til det fortsatte forbedringsarbejde i sundhedsvæsenet.

Materialerne fra Patientsikkert Sygehus samles på [www.patientsikkerhed.dk](http://www.patientsikkerhed.dk)

Dansk Selskab for Patientsikkerhed  
April 2015



# BAGGRUND OG FORMÅL

Med publikationen Acceleration af sundhedsvæsenets forbedringsarbejde har Dansk Selskab for Patientsikkerhed givet sit bud på, hvordan dagsordenen på kvalitetsområdet må ændres, hvis vi vil skabe et sundhedsvæsen, der er personcentreret, sikkert, effektivt og sammenhængende. En grundtanke er, at fokus skal flyttes fra kvalitetskontrol til kvalitetsplanlægning og – især – kvalitetsforbedring. Dette notat har til formål at give en række konkrete forslag til, hvordan dette kan ske på hospitalsniveau.

Den centrale tanke i notatet er, at vi allerede i dag har en lang række kilder til viden om, hvor vi har de

største kvalitetsproblemer – og hvor vi har den bedste kvalitet, men at disse kilder ikke udnyttes i hverken tilstrækkeligt omfang eller tilpas systematisk. Ved i højere grad at analysere disse datakilder systematisk vil det være muligt at prioritere kvalitetsarbejdet, så man opnår størst mulig forbedring med den givne indsats.

Analyser er en nødvendig forudsætning for en prioritering af indsatsen, men løser ikke i sig selv nogle problemer. Man kan altid ønske sig endnu en analyse, inden man træffer sin beslutning, men forbedringer opnås kun, hvis man rent faktisk afprøver andre måder at arbejde på. Det er nødvendigt,

at der sker en reel prioritering af kvalitetsarbejdet, og at fokus fastholdes indtil de ønskede resultater er opnået. For mange forskellige artede indsatser på én gang øger risikoen for, at ingen af indsatsene når i mål.

I notatets første afsnit gennemgås en række kilder til viden om, hvordan den aktuelle kvalitet og patientsikkerhed ser ud. Andet afsnit præsenterer metoder, der kan anvendes til at analysere og prioritere kvalitetsarbejdet. Metoderne kan bruges både til at identificere de lavthængende frugter, som de komplekse problemer.



# METODER TIL IDENTIFIKATION

## MORTALITET

Dødelighed er et traditionelt mål for behandlingskvaliteten af en lang række sygdomme og har i denne sammenhæng status som et såkaldt "hårdt endepunkt". Dødelighed er derfor et kendt begreb, og det vil for de fleste klinikere forekomme meningsfuldt at arbejde med at reducere den. Dødelighed har desuden den fordel, at det er et begreb, der er nemt at forstå, og hvor der ikke er nogen diskussion om, hvorvidt hændelsen er indtruffet eller ej.

I forhold til fokusering af forbedringsarbejdet vil det være mest interessant at koncentrere sig om den delmængde af dødsfaldene på et hospital, som kan klassificeres som forebyggelige dødsfald. I betragtning af, at det almindeligvis betragtes som sikkert, at vi alle skal dø, er det nødvendigt at knytte et par ord til begrebet forebyggelighed i denne sammenhæng.

I kvalitetsarbejdet betragtes et dødsfald som forebyggeligt (eller mere præcist: 'potentielt forebyggeligt'; i resten af dette dokument blot kaldet 'forebyggeligt'), hvis det efter en konkret, klinisk vurdering ikke havde behøvet at ske på det aktuelle tidspunkt. Forebyggeligheden vurderes typisk på en fire- eller seks-trins Likert-skala, hvor man således tvinges til at tage stilling til, om det er mere eller mindre sandsynligt end 50/50, at dødsfaldet kunne være forebygget. Det er i denne sammenhæng ikke relevant at inddrage

patientens forventede restlevetid i vurderingen, der altså alene går på, om patienten fik alle chancer og ikke havde behøvet at dø på det pågældende tidspunkt.

Der kan både være tale om hændelser, hvor sundhedsvæsenets handlinger aktivt fremskynder eller udløser dødsfaldet (fx accidental indgift af kaliummikstur i blodbanen) eller dødsfald, der vurderes at kunne have været undgåede, hvis relevant, rettidig behandling havde været iværksat (fx mangelfuld eller for langsom behandling for septisk shock). Med disse to eksempler vil det forhåbentlig også være tydeligt, at et forebyggeligt dødsfald kan identificeres såvel hos den i øvrigt raske unge mand, der var indlagt til et mindre kirurgisk indgreb, som hos en terminalt syg kræftpatient.

Det anvendes undertiden som argument imod at studere forebyggelige dødsfald, at disse kun udgør toppen af isbjerget (forskellige analyser har vist en forekomst af forebyggelighed blandt dødsfald på hospitaler på 5-15 %), og derfor ikke nødvendigvis giver et retvisende billede af kvalitetsproblemerne.

Erfaringsmæssigt er de fejl eller utilsigtede hændelser, der leder til forebyggelige dødsfald, af en sådan karakter, at de også vil kunne ramme andre patienter. Når de i disse sjældne tilfælde leder til dødsfald, skyldes det typisk, at patienten allerede er alvorligt syg og dermed mere sårbar. Læring af

disse hændelser vil derfor også komme andre patienter til gode, og det er derfor ikke et problem, at disse dødsfald alene udgør toppen af isbjerget.

Mange hospitaler ønsker udover den kvalitative analyse også at følge hospitalsdødeligheden med et kvantitativt mål. Der er her grundlæggende to nemt tilgængelige mål, der kan anvendes, og det vil typisk være meningsfuldt at anvende begge.

Hospitalet kan vælge at opgøre den rå, ujusterede mortalitet. Man tæller simpelthen blot, hvor mange patienter der døde i en given tidsperiode – typisk månedligt eller ugentligt. Fordelen ved dette mål er netop, at det er ujusteret og derfor nemt at forstå og muligt at opgøre uden tidsforsinkelse. Ulempen er desværre også, at det er ujusteret, således at der ikke tages højde for årtidsvariation, ændringer i case-mix eller volumen, alvorligheden af de indlagte patienters sygdom m.v.

Den hospitalsstandardiserede mortalitetsratio forsøger at tage højde for de væsentligste af disse faktorer og angiver forholdet mellem det observerede og det forventede antal dødsfald. Metoden har været under voldsom kritik for ikke at give et retvisende billede af dødelighed og for at være for påvirkelig af andre faktorer. Det ligger ud over dette notats rammer at forholde sig til denne kritik, men det er væsentligt at understrege, at noget af kritikken skyldes en



misforstået tolkning af data, hvor interessen er på punkt til punkt-variationen i data snarere end i udviklingen over tid. Det er således væsentligt at understrege, at selv om data opgøres og rapporteres månedligt, skal analysen ske med de almindelige principper for statistisk processtyring.

## MORTALITETSANALYSE

En mortalitetsanalyse er en kvalitativ analyse af det indlæggelsesforløb, der ledte op til et dødsfald, med det formål at afgøre, om dødsfaldet var forebyggeligt eller ej. Formålet med analysen er således at identificere områder, hvor der er behov for at løfte kvaliteten. Erfaringsmæssigt vil en mortalitetsanalyse også kunne bidrage til at skabe vilje til forbedringsarbejdet, særligt hvis der ikke tidligere har været en forståelse af, at der på hospitalet forekommer forebyggelige dødsfald. Der er i Danmark primært erfaring med at bruge metoden som et punktnedslag, men vi vil også kortfattet præsentere en model for kontinuerlig vurdering af alle hospitalsdødsfald.

### 50 seneste dødsfald – et punktnedslag

Ved denne form for mortalitetsanalyse udtrækkes de seneste 50 konsekutive dødsfald på hospitalet til gennemgang i et tværfagligt sammensat team af læger, sygeplejersker, kvalitetsmedarbejdere og repræsentanter for hospitalsledelsen. Det er væsentligt at sikre repræsentation fra hospitalets

store specialer, da der ofte vil være behov for specialistviden om den bedste behandling, ligesom man med fordel kan inddrage klinikere fra hospitalets intensiv afdeling.

Teamet gennemgår den komplette journal for hele det indlæggelsesforløb, der endte med dødsfaldet. Typisk gennemgås hvert forløb af to personer, der efter gennemgangen har mulighed for at diskutere forløbet, inden det fremlægges i plenum med henblik på at opnå en fælles opfattelse af, om dødsfaldet kunne være undgået, og hvilke problemer gennemgangen afdækker.

Kvalitetsmedarbejderne har en vigtig rolle i forhold til at facilitere processen og til at sikre, at de afdækkede problemer beskrives så klart, at der kan træffes beslutninger om iværksættelse af forbedringsprojekter. Der vil typisk tegne sig et antal temaer på tværs af de gennemgåede dødsfald. Ledelsesrepræsentationen er væsentligt, da analysen vil kunne afdække problemer, der skal håndteres på hospitalsniveau.

### Region Sjælland

I Region Sjælland gennemgås alle dødsfald under indlæggelse på somatisk afdeling på afdelingsniveau. Såfremt denne gennemgang rejser mistanke om, at dødsfaldet kunne have været forebygget, rapporteres dette som en utilsigtet hændelse til Dansk Patientsikkerhedsdatabase. Dødsfaldet vil i så fald som minimum blive gennemgået og fremlagt på afdelingsni-

veau, og der kan også blive tale om at foretage en dyberegående analyse.

### Mayo-modellen

Hospitalssystemet Mayo i USA har i en længere årrække haft et meget ambitiøs system for gennemgang af alle dødsfald. De gør dette af to grunde: Dels for at lære af ethvert forebyggeligt dødsfald, dels for altid at kunne sige til de efterladte, at der ikke var noget, de kunne have gjort anderledes - eller hvad de fremover har tænkt sig at gøre anderledes.

Systemet er baseret på, at alle kliniske afdelinger har en særligt uddannet læge og sygeplejerske, som screener alle afdelingens dødsfald med et særligt screeningsredskab. Med dette redskab udpeges ca. 20 % af alle dødsfald til en grundigere gennemgang i en komite, der er tværfagligt sammensat, og som har til formål at vurdere forebyggeligheden. Typisk vurderes 20 % af de dødsfald, som komiteen gennemgår, at være forebyggelige, svarende til ca. 5 % af alle dødsfald.

Med dette system har Mayo-hospitalerne blandt andet identificeret brister i deres håndtering af sepsispatienter og har gennemført forbedringstiltag, der har reduceret sepsisdødeligheden markant.

## GLOBAL TRIGGER TOOL

Global Trigger Tool blev udviklet i slutningen i 1990'erne af det amerikanske Institute for Health-



care Improvement for at kunne måle udviklingen i forekomsten af patientskader over tid. Metoden tager udgangspunkt i et skadebegreb, der omfatter enhver fysisk skade, som helt eller delvist er opstået som følge af den givne behandling. En stikprøve på tyve tilfældigt udvalgte journaler (udvalgt fra hele hospitalet) gennemgås hver måned på en systematisk måde af et reviewteam, og det vurderes, om patienten har været ramt af en skade. På baggrund af antallet af skader og sengedage i den samlede stikprøve udregnes den månedlige skaderate (typisk som antal skader/1.000 sengedage). Metoden er detaljeret beskrevet i anden version af den danske manual for Global Trigger Tool ([www.patientsikkerhed.dk](http://www.patientsikkerhed.dk)).

Foruden den månedlige skaderate giver journalgennemgangen over tid også en indsigt i de typer af

skader, som patienterne udsættes for. De praktiske erfaringer med målemetoden i Danmark har vist, at det er denne indsigt, der giver den største værdi, idet skaderaten er påvirket af en række faktorer, der gør, at man ikke med sikkerhed vil kunne forvente at registrere et reelt fald i forekomsten af skader – eller modsætningsvis ikke med sikkerhed vil kunne forvente at identificere en stigning i skaderaten. De vigtigste årsager til disse metodeproblemer er ændringer i reviewteamets evne til at identificere patientskader samt ændret dokumentationspraksis.

Hvis man ønsker at anvende metoden for at få et kvalitativt indblik i typer af patientskader, men ikke ønsker at foretage månedlige målinger, vil man i stedet kunne gennemgå en større stikprøve som en engangsanalyse. Sådanne analyser vil kunne foretages på

såvel hospitals- som afdelingsniveau.

## UTILSIGTEDE HÆNDELSER

Rapportering af utilsigtede hændelser har været en hjørnesten i arbejdet med patientsikkerhed siden Danmark, som det første land i verden, i 2004 etablerede et obligatorisk, nationalt rapporteringssystem. Dansk Patientsikkerhedsdatabase indeholder nu rapporter om flere hundrede tusinde utilsigtede hændelser fra alle sektorer af sundhedsvæsenet.

Det er almindeligt accepteret, at antallet af rapporter ikke kan anvendes som mål for kvaliteten, hvilket der er mindst to grunde til. Dels kender vi ikke den sande forekomst af hændelser, og vi ved derfor heller ikke, hvilken andel af hændelserne, der rapporteres, eller om denne andel ændrer sig.



Dels ved vi, at fokus på et område (fx faldforebyggelse) typisk leder til flere rapporter, om det vi prøver at udrydde eller forebygge.

Ved analysen af de utilsigtede hændelser har der traditionelt været fokus på de mest alvorlige hændelser, hvor man med forskellige metoder har forsøgt at forklare, hvorfor denne hændelse skete, og hvad der kan gøres for at forebygge nye hændelser af lignende karakter.

Der har derimod kun været begrænset interesse for at analysere de 90-95 % af de rapporterede hændelser, der ikke medfører skader på patienterne. Blandt disse hændelser vil der typisk være en stor andel nærhændelser, og dermed også viden om, hvilke processer eller faktorer der nogle gange leder til, at en hændelse faktisk ikke når at ramme patienten.

Det vil være relevant at analysere både de alvorlige hændelser og nærhændelserne for at få en indsigt i, hvilke processer der fungerer eller ikke fungerer på hospitalet.

## KVALITETSDATABASER

I Danmark har vi en lang tradition for kliniske databaser og registerforskning, men vi anvender sjældent disse data i videre udstrækning til at vejlede det daglige forbedringsarbejde. Dette kan synes mærkværdigt i betragtning af, at mange af databaserne opsamler eller tilstræber at opsamle data på samtlige patienter med en given lidelse eller som har fået en given behandling.

Databaserne indeholder et varierende antal indikatorer – både for resultater og processer – som de faglige miljøer er enige om vigtigheden af at overvåge. For hver

indikator er der defineret en standard, som er det mål, som den enkelte afdeling forventes at ligge enten over eller under.

Data præsenteres almindeligvis som de enkelte afdelingers niveau (angivet med et konfidensinterval) i forhold til standarden. Det er slående, at et stort antal standarder ikke er opfyldte på landsplan, på trods af at der er tale om det faglige miljøes egen definition af god behandling. Ikke mindre slående er det, at der er en betydelig variation mellem afdelingerne. For de fleste indikatorer er der afdelinger, der opfylder standarden, og andre afdelinger, der ikke opfylder den.

Data fra kvalitetsdatabaser bør anvendes til at identificere de afdelinger, der leverer de bedste resultater – uanset den definerede standard – således at der kan ske aktiv læring af disse afdelingers



resultater. Benchmarking skal ikke ske op i mod standarden eller gennemsnittet, men derimod op mod 'den bedste i klassen'. Spørgsmålet er ikke, om standarden er opfyldt, men om kvaliteten er så god, som den kan blive. Den store datamængde bør desuden i større grad anvendes til tidstro overvågning af kvaliteten, naturligvis med de forbehold som en manglende epidemiologisk revision af data vil medføre.

## PATIENTTILFREDSHEDS-UNDERSØGELSER

Siden år 2000 har Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) givet alle landets hospitalsafdelinger mulighed for at sammenligne egne resultater med landsgennemsnittet. Der er tale om en meget omfattende spørgeskemaundersøgelse, hvor der hvert år inviteres omkring en kvart million patienter, som har været indlagt eller i ambulans behandling, til at deltage. Spørgeskemaet består af en række lukkede spørgsmål, hvoraf størstedelen besvares på en fem-trins Likert-skala. Der er desuden et varierende antal åbne spørgsmål, hvor patienten kan angive sine kommentarer i fri tekst. For hvert spørgsmål i undersøgelsen rapporteres med stablede søjlediagrammer, om afdelingens gennemsnitlige resultat ligger statistisk over eller under landsgennemsnittet eller ikke afviger signifikant fra dette.

Problemet med denne type benchmarking er, at landsgennemsnittet

ikke nødvendigvis er udtryk for en tilfredsstillende kvalitet, og at det er en matematisk nødvendighed, at nogle afdelinger befinder sig over, mens andre befinder sig under landsgennemsnittet. Et mere interessant spørgsmål i forhold til benchmarking ville være: Er der nogle afdelinger, der ligger på et signifikant højere eller lavere niveau end afdelingerne som helhed – eller med andre ord: Er der nogle sande outliers? En sådan analyse vil også kunne foretages på hospitalets egne afdelinger for at identificere eksempler til efterlevelse – eller det modsatte.

I forhold til fokuseringen af det enkelte hospitals kvalitetsarbejde vil det primært være i patienternes kvalitative kommentarer i spørgeskemaerne, at der vil kunne findes relevante oplysninger. Det vil i den forbindelse være af særlig betydning at forsøge at identificere mønstre på tværs af hospitalets afdelinger.

## PATIENTKLAGER / PATIENT-IDENTIFICEREDE PROBLEMER

Hvert år klager ca. 5.000 patienter over den sundhedsfaglige behandling, de har modtaget i det danske sundhedsvæsen. Klagerne er omtrentlig ligeligt fordelt på klager over behandlingsstedet og klager over sundhedspersoner. Hertil kommer ca. 1.000 klager over tilsidesættelse af patientrettigheder.

En patient, der ønsker at klage over den sundhedsfaglige behand-

ling vedkommende har modtaget, vil i de fleste tilfælde skulle tilbydes en dialogsamtale. Ikke desto mindre er det kun i forbindelse med ca. 15 % af klagerne, at der holdes en sådan samtale, og efter denne vælger omtrent halvdelen af patienterne at fastholde klagen.

Patientklager er unikke i forhold til de øvrige kilder til viden, idet de repræsenterer patientens stemme. Selv når det handler om patient-rapporterede utilsigtede hændelser sker dette i et format, som systemet har opstillet, og man kan i princippet kun svare inden for rammerne af dette. For klager er dette i mindre grad tilfældet, og det vil derfor altid være relevant at gå i dybden med at forstå, hvad der ledte til en konkret klage. Det vil også være relevant at analysere dialogsamtalerne, herunder med et særligt fokus på de dialogsamtaler, hvor der alligevel efterfølgende indgives en formel klage.

Hospitalet kan med fordel søge at klassificere sine klagesager, således at det bliver muligt at foretage egentlige analyser på tværs af sagerne.

# METODER TIL PRIORITERING



I første del af dette dokument er en række kilder til viden om kvalitetsproblemer blevet gennemgået. I denne del af dokumentet vil vi beskrive nogle metoder, der kan anvendes til at systematisere denne viden, således at den kan anvendes i prioriteringen af hospitalets kvalitetsarbejde.

## PARETOANALYSE

Paretoanalysen er en af de enkleste og vigtigste måder at skabe overblik over data og er en stor hjælp i forhold til at prioritere indsatserne omkring de vigtigste problemer. Analysen foregår i to dimensioner, hvoraf den ene typisk er kategorisk (fx typer af utilsigtede hændelser), mens den anden er numerisk (fx antal utilsigtede hændelser). Kategorierne sorteres i rækkefølge efter højeste forekomst og afbildes med søjlediagrammer, mens den kumulative forekomst afbildes med et kurvediagram. Man søger på denne måde at identificere de hændelser, der udgør 80 % af alle hændelser. Paretoanalyser vil typisk vise, at disse fordeler sig på relativt få hændelsestyper. Tommelfingerreglen er, at 20 % af årsagerne forklarer 80 % af effekterne.

**Figur 1** er et eksempel på en paretoanalyse af utilsigtede hændelser

rapporteret fra sygehuse i 2013. Figuren viser, at 80 % af alle utilsigtede hændelser på sygehuse i 2013 fordelte sig på de fire kategorier: Medicinering, kliniske processer, kommunikation & dokumentation samt administrative processer.

Når kategorierne er så brede som her, vil der ofte være behov for at dykke ned i den enkelte kategori og foretage en lignende analyse. Omvendt er det vigtigt ikke at opstille så mange kategorier, at der næsten findes en selvstændig kategori for hver hændelse.

Analysen i **figur 1** omfatter alle rapporterede hændelser – altså alt fra nærhændelser til de alvorligste hændelser, der førte til eller bidrog til patientens død. Diagrammet vil formentlig se anderledes ud, hvis analysen udelukkende udføres på de mest alvorlige hændelser. Det er derfor vigtigt altid at anvende så mange forskellige datakilder som muligt for på den måde at kunne triangulere sig frem til de vigtigste problemer.

I **figur 2** vises en paretoanalyse af patientskader fundet ved hjælp af Global Trigger Tool.

De to diagrammer anvender ikke den samme klassificering af hændelser/skader og kan derfor ikke

umiddelbart sammenlignes, men det er alligevel interessant at notere sig, at mens infektioner ikke var blandt de hændelser, der gav 80 % af UTH-rapporterne, så er de blandt de 80 % hyppigste skader fundet med Global Trigger Tool på dette hospital.

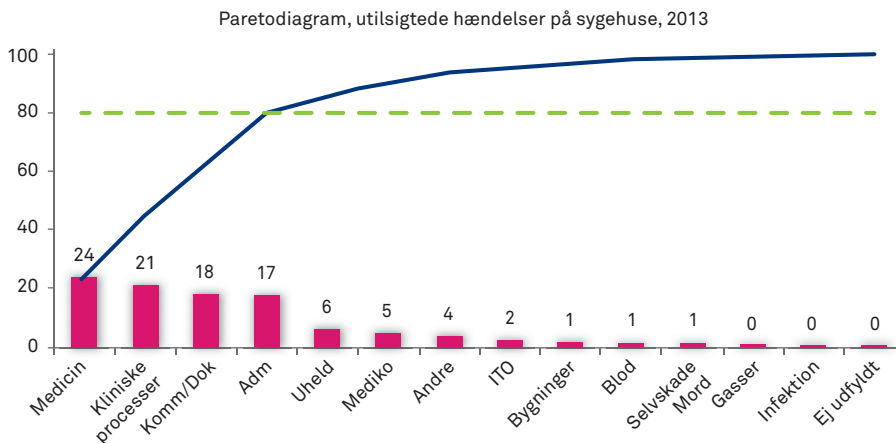
Paretoanalyser kan også enkelt foretages i en tabelopstilling.

**Tabel 1** er et tænkt eksempel på en opgørelse på afdelingsniveau af forskellige typer af utilsigtede hændelser. For eksemplets skyld antages, at de fem afdelinger har præcis den samme kultur omkring rapportering af utilsigtede hændelser.

Ved at opdele de utilsigtede hændelser i typer og fordele dem efter afdeling får man adgang til en masse viden, der ville have været skjult i en samlet opgørelse af antallet.

- Afdeling 3 og 5 har markant flere utilsigtede hændelser end de tre andre afdelinger, men de fordeler sig meget forskelligt:
  - På afdeling 3 skyldes næsten alle hændelserne problemer omkring medicinering, og der vil derfor være behov for en fokuseret indsats for at løse problemer.

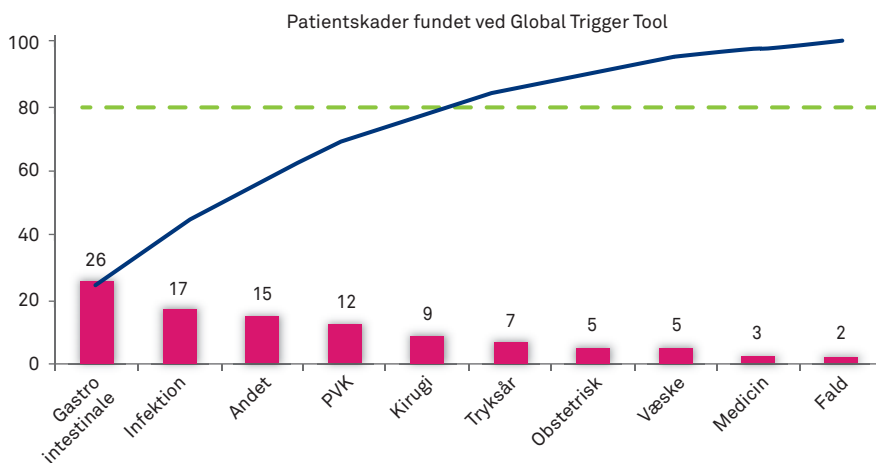
Figur 1 Paretodiagram, utilsigtede hændelser på sygehuse, 2013



- På afdeling 5 er hændelserne jævnt fordelt og tyder på, at der er tale om gennemgribende problemer med sikkerheden.

- På hospitalsniveau skyldes 75 % af hændelserne problemer med medicinering og med PVK.
- Stort set alle medicineringshændelserne falder på afdeling 3, hvilket igen understøtter en fokuseret indsats omkring medicineringssikkerhed på denne afdeling.

Figur 2 Paretodiagram, patientskader fundet ved Global Trigger Tool



- Hændelserne med PVK er jævnt fordelt over alle afdelinger og tyder på, at en indsats på tværs af hele hospitalet er nødvendig.

Baseret på denne analyse bør hospitalet fokusere på en indsats omkring medicineringssikkerhed på afdeling 3 og omkring PVK på hele hospitalet. Dette ville potentielt kunne eliminere 26 af de 36 hændelser.

Tabel 1 Opgørelse på afdelingsniveau af forskellige typer af utilsigtede hændelser

	Fald	Medicin	Infektion	Identifikation	PVK	I alt
Afdeling 1	0	0	1	0	2	3
Afdeling 2	1	0	0	0	1	2
Afdeling 3	0	16	1	0	2	19
Afdeling 4	0	0	0	0	1	1
Afdeling 5	2	1	3	1	4	11
I alt	3	17	5	1	10	36

Paretoanalyser kan være et vigtigt element i sikringen af, at hospitalets overordnede mål omsættes til konkrete delmål på afdelingsniveau. Dette er af betydning ikke blot for faktisk at nå de overordnede mål, men også for at sikre, at disse ofte meget overordnede mål omsættes til noget, der giver mening for den enkelte kliniker på en afdeling.

