
Eflum gæði og öryggi í íslenskri heilbrigðisþjónustu



Markmið - framkvæmd – eftirfylgd

Leiðbeiningar fagráðs embættis landlæknis
um sjúklingaöryggi

3. útgáfa 2016

Efnisyfirlit

EFNISYFIRLIT.....	2
INNGANGUR.....	3
MARKMIÐ.....	3
1. MÖNNUN, MENNTUN OG STARFSREYNSLA STARFSFÓLKS Í HEILBRIGÐISÞJÓNUSTU	4
2. SKIPULAG OG STARFSUMHVERFI	5
3. ÖRYGGISBRAGUR	6
4. ATVIK	7
4.1. VIÐBRÖGD VIÐ ÓVÆNTUM ATVIKUM Í HEILBRIGÐISÞJÓNUSTU	8
5. ÁHÆTTUSTJÓRNUN.....	9
6. GÆÐAVÍSAR.....	10
7. ÁBYRGÐ SJÚKLINGA Á EIGIN HEILSU.....	11
8. GÆÐAHANDBÆKUR	12
9. KLÍNÍSKAR LEIÐBEININGAR.....	13
HEIMILDIR	14

Inngangur

Fagráð um sjúklingaöryggi hefur verið starfandi hjá Embætti landlæknis um árabíl. Fagráðið hefur nú unnið að leiðbeiningum fyrir stofnanir í íslenskri heilbrigðisþjónustu þar sem fjallað er um helstu atriði er tengjast gæðum og öryggi þjónustunnar enda eru þau hugtök samofin. Embætti landlæknis væntir þess að þessar leiðbeiningar geti aukið gæði og öryggi heilbrigðisþjónustu sem er sameiginlegt markmið allra sem standa að skipulagningu, veitingu og eftirliti þjónustunnar og ekki síst þeirra sem þjónustuna nota.

Fagráðið hefur lagt kapp á að gera þessar leiðbeiningar eins hagnýtar og kostur er og eru stofnanir í heilbrigðisþjónustu hvattar til að nota þær.

Markmið

Að efla gæði og öryggi íslenskrar heilbrigðisþjónustu þannig að sjúklingar fái þjónustu sem:

- Eykur líkur á betri heilsu og auknum lífsgæðum fyrir einstaklinga og samfélag.
- Er veitt í samræmi við bestu þekkingu sem völ er á.
- Er veitt í samræmi við skilgreinda meginþætti gæða í heilbrigðisþjónustu, þ.e. þjónustan er örugg, rétt tímasett, skilvirk, samfelld, byggð á jafnræði, notendamiðuð og árangursrík.

Orðskýringar (Reglugerð nr. 1148/2008 um gerð gæðavísa sem notaðir eru til að meta gæði og árangur innan heilbrigðisþjónustunnar).

Gæði í heilbrigðisþjónustu: Segja til um að hve miklu leyti heilbrigðisþjónusta eykur líkur á bættri heilsu og auknum lífsgæðum fyrir einstaklinga og samfélag og að hve miklu leyti þjónustan er veitt í samræmi við bestu þekkingu sem völ er á.

Gæðavísir: Mælikvarði sem gefur vísbandingu um gæði þeirrar þjónustu sem veitt er til að meta hvort gæði meðferðar og umönnunar séu í samræmi við viðurkennd viðmið.

Heilbrigðisþjónusta: Hvers kyns heilsugæsla, lækningar, hjúkrun, almenn og sérhæfð sjúkráhusþjónusta, sjúkraflutningar, hjálpartækjaþjónusta og þjónusta heilbrigðisstarfsmanna innan og utan heilbrigðisstofnana sem veitt er í því skyni að efla heilbrigði, fyrirbyggja, greina og meðhöndla sjúkdóma eða endurhæfa sjúklinga.

Notandi heilbrigðisþjónustu: Sjúklingur.

Meginþættir gæða í heilbrigðisþjónustu: Öryggi, rétt tímasetning, skilvirk þjónusta, jafnræði, notendamiðuð þjónusta og árangursrík þjónusta.

Fagráð Embættis landlæknis um sjúklingaöryggi:

Laura Sch. Thorsteinsson, formaður, verkefnastjóri, Embætti landlæknis.

Anna Björg Aradóttir sviðsstjóri, Embætti landlæknis.

Anna Birna Jensdóttir, hjúkrunarforstjóri Sóltúns.

Elísabet Benedikz, yfirlæknir gæða- og sýkingavarnadeildar Landspítala.

Jóhanna F. Jóhannesdóttir, framkvæmdastjóri hjúkrunar og rekstrar, Heilbrigðisstofnun Vesturlands.

Leifur Bárðarson yfirlæknir, Embætti landlæknis.

Þórarinn Ingólfsson heilsugæslulæknir, Heilsugæslunni Efra-Breiðholti.



1. MÖNNUN, MENNTUN OG STARFSREYNSLA STARFSFÓLKS Í HEILBRIGÐISÞJÓNUSTU

Rannsóknir sýna að fjöldi starfsfólks, hæfni þess, reynsla, samskipti og samvinna hafa mikil áhrif á öryggi heilbrigðisþjónustu. Rannsóknir benda einnig til þess að langur vinnutími og mikið álag geti aukið hættu á atvikum og minnkað öryggi þjónustu.

Það sem heilbrigðisstofnun þarf að gera:

- **Setja sér mönnunarviðmið** sem samræmast viðurkenndum faglegum viðmiðum, gæða- og öryggissjónarmiðum og hlutverki stofnana. Þessi viðmið skulu vera leiðandi og í samræmi við þörf. Sérhver stofnun skal ávallt hafa samþykkt mönnunarviðmið í gildi.
- **Setja sér eigin viðmið** hvað varðar endurmenntun/símenntun starfsfólks til að uppfylla þær kröfur sem að ofan greinir.
- **Hafa mælanleg viðmið og starfsemistölur** fyrir hendi, svo sem sjúklingaflokkunarkerfi, þyngdarstuðla og gæðavísu.
- **Nota mönnunarviðmið** við gerð þjónustusamninga en einnig taka fram fjölda sjúklinga/meðferða/aðgerða sem stofnunin skal annast. Ákveða þarf lágmarksfjölda sem er nauðsynlegur til að viðhalda færni.
- **Leggja fram áætlun** um hvernig áætlað er að mæta þeim verkefnum, sem sjaldan koma upp og erfitt er að ná lágmarksfjölda, svo sem með hermibúnaði tengdum heilbrigðisþjónustu, með samningum við aðrar stofnanir innanlands eða utan eða á annan hátt.
- **Styðjast við lög** um aðbúnað, hollustuhætti og öryggi á vinnustöðum nr. 46/1980, viðmið Vinnueftirlitsins og Evróputilskipun um vinnutíma.

Spurningar sem heilbrigðisstofnun þarf að spyrja sig varðandi mönnun, menntun og starfsreynslu starfsfólks í heilbrigðisþjónustu:

Er mönnun í samræmi við umfang og eðli starfseminnar ?

Hefur verið mótuð stefna varðandi fræðslu og símenntun ?

Er til staðar markviss þjálfun og starfsþróunaráætlun sem nýtist í starfi ?

Hefur verið gerð skrifleg áætlun um aðbúnað, öryggi og hollustuhætti á vinnustaðnum í samræmi við lög ?

Eftirlitsaðilar:

- Innra eftirlit stofnunar.
- Vinnueftirlitið.
- Embætti landlæknis.

Mælikvarðar:

- Samanburður við viðurkennd mönnunarlíkön, t.d. viðmið Embættis landlæknis á öldrunarstofnunum.
- Samanburður við nágrannalönd varðandi símenntun og mönnun.



2. SKIPULAG OG STARFSUMHVERFI

Skipulag og starfsumhverfi heilbrigðisþjónustunnar gegnir lykilhlutverki í því að tryggja öryggi og gæði hennar. Skipulag stofnunar skal liggja fyrir. Ábyrgð og hlutverk starfsfólks þarf að vera skilgreint. Nauðsynlegar verklagsreglur og vinnulýsingar sem unnið er eftir skulu skráðar. Skipulag og starfsumhverfi skal einkennast af styrkri stjórnun og forystu svo og gagnsæju vaktafyrirkomulagi. Þjónustan skal einkennast af samfelli í meðferð.

Það sem heilbrigðisstofnun þarf að gera:

- **Hafa skipurit** sem endurspeglar starfsemi stofnunarinnar.
- **Tryggja aðgengi** sjúklinga að stofnuninni og samfelli meðferðar.
- **Útbúa starfsáætlun** þar sem fram koma markmið sem samræmast stefnu heilbrigðisyfirvalda.
- **Vinna samkvæmt** samþykktum verkferlum.
- **Koma sér upp stöðluðu samskiptaformi** til að stuðla að markvissari og öruggari samskiptum.
- **Hafa virkt innra eftirlit.**
- **Samtengja rafræna sjúkraskrá**, eftir því sem við á, sem grundvallast á verklagi í samræmi við lög um sjúkraskrár nr. 55/2009.
- **Hafa skriflega áætlun** um öryggi og heilbrigði á vinnustað og fara eftir henni.
- **Styðjast við lög** um aðbúnað, hollustuhætti og öryggi á vinnustöðum nr.46/1980 og viðmið Vinnueftirlitsins.

Spurningar sem heilbrigðisstofnun þarf að spyrja sig varðandi skipulag og starfsumhverfi:

Er skipurit stofnunarinnar í samræmi við starfsáætlun ?

Er skipting fjármagns stofnunarinnar í samræmi við starfsáætlun ?

Er aðgengi sjúklinga að stofnuninni tryggt?

Er unnið samkvæmt þeim verkferlum sem samþykktir hafa verið ?

Eru viðmið Vinnueftirlitsins virt?

Eftirlitsaðilar:

- Innra eftirlit stofnunar.
- Vinnueftirlitið.
- Embætti landlæknis.

Mælikvarðar:

- Reglubundin úttekt heilbrigðiseftirlits.
- Reglubundin viðhorfskönnun meðal starfsfólks um þætti sem lúta að skipulagi og starfsumhverfi.
- Starfsmannavelta.
- Fjarvistir vegna veikinda.



3. ÖRYGGISBRAGUR

Öryggisbragur/öryggismenning (e. *safety culture*) felur í sér sameiginleg gildi og viðhorf, sem ásamt skipulagi og stjórnun stofnunar, leiða til ákveðins vinnulags og hegðunarmynsturs varðandi öryggismál.

Góður öryggisbragur er fyrir hendi þar sem öryggi sjúklinga er sett í öndvegi og áhættustjórnun er samofin öllu því sem gert er. Slíkur öryggisbragur einkennist af opnum samskiptum og gagnkvæmu trausti milli starfsmanna og sjúklinga.

Meginþættir öryggisbrags eru:

- Samskipti.
- Samstarf.
- Skráning atvika.

Það sem heilbrigðisstofnun þarf að gera:

- **Fylgjast reglubundið** með öryggisbrag á heilbrigðisstofnunum með 50 starfsmenn eða fleiri og grípa til umbóta ef þörf krefur.
- **Nota viðurkennda spurningalista** til að meta öryggisbrag.
- **Efla fræðslu** um öryggisbrag.
- **Skilgreina ábyrgð stjórnenda** í öryggismálum.
- **Tryggja** að stjórnendur axli forystuhlutverk sitt, séu sýnilegir, stuðli að öryggismálum og sjái um að viðeigandi aðföng séu til staðar til að efla öryggisbrag.
- **Sjá um** að stofnunin hafi yfirsýn og stjórnborð sem sýna niðurstöður mælinga. Æskilegt er að stjórnborð verði birt á heimasíðu stofnana.
- **Nýta atvikaskráningu** til að fyrirbyggja atvik og stuðla að auknu öryggi.

Spurningar sem heilbrigðisstofnun þarf að spyrja sig varðandi ríkjandi öryggisbrag:

Hefur stofnunin upplýsingar um það sem fer úrskeiðis?

Er dreginn lærdómur af því sem farið hefur úrskeiðis og gerðar úrbætur, ef við á?

Eru starfsmenn upplýstir um það sem hefur farið úrskeiðis?

Er tekið tillit til þess margþætta flækjustigs sem getur einkennt meðferð og umönnun sjúklinga?

Hversu þróaður er öryggisbragur stofnunarinnar?

Fyrir hvern einstakan starfsmann:

- Hversu öruggar eru vinnuaðstæður mínar?
- Hversu öruggt er teymið mitt?
- Hversu örugg(ur) er ég?

Eftirlitsaðilar með öryggisbrag stofnunar:

- Innra eftirlit stofnunar.
- Embætti landlæknis.

Mælikvarðar:

- Niðurstöður kannana á öryggisbrag.
- Fjöldi skilgreindra stjórnenda með ábyrgð í öryggismálum.
- Fjöldi starfsmannafunda á ári þar sem öryggismál varðandi sjúklinga eru rædd.



4. ATVIK

Óvænt atvik (e. *incident*) er óhappatvik, mistök, vanræksla eða önnur atvik sem valdið hafa sjúklingi tjóni eða hefðu getað valdið sjúklingi tjóni (lög um heilbrigðisþjónustu nr. 40/2007 og lög um landlækni og lýðheilsu, nr. 41/2007).

Skráning atvika og viðhorf til þeirra er veigamikill þáttur í að efla öryggi á heilbrigðisstofnunum, en áætlað er að um 10% sjúklinga á sjúkrahúsum á Vesturlöndum verði fyrir atviki í einhverri mynd í sjúkrahúslegu. Fjölmargar rannsóknir hafa sýnt að orsakir atvika eru í flestum tilfellum ágallar í skipulagi en ekki sök einstaklinganna sem vinna verkið.

Eitt af því sem einkennir góða heilbrigðisþjónustu er að beitt er markvissum aðgerðum til að koma í veg fyrir atvik.

Sjá nánar um viðbrögð við atvikum á bls. 8

Það sem heilbrigðisstofnun þarf að gera:

- **Efla atvikaskráningu** til þess að fá vitneskju það sem fer úrskaiðis við meðferð og umönnun.
- **Skrá atvik í rafrænan gagnagrunn** Embættis landlæknis eða sambærilegan grunn sem kann að vera til staðar á stofnun.
- **Nýta atvik** til umbóta á verklagi svo að veitt heilbrigðisþjónusta verði öruggari.
- **Bregðast við** atvikum í samræmi við lög um landlækni og lýðheilsu, nr. 41/2007, gr. 9 og 10 og lög um réttindi sjúklinga, nr. 74/1997, gr. 28 og í samræmi við leiðbeiningar Embættis landlæknis um viðbrögð við atvikum
- **Tilkynna** alvarleg atvik til Embættis landlæknis án tafar.

Spurningar sem heilbrigðisstofnun þarf að spyrja sig varðandi atvik og viðbrögð við þeim:

Er öryggisbragur með þeim hætti að skráning atvika og fagleg viðbrögð við þeim þyki sjálfsagður hlutur?

Reynir stofnunin að sjá fyrir hugsanleg atvik?

Hvernig er atvikaskráningu háttað?

Hvernig eru viðbrögð við atvikum, gagnvart sjúklingum, aðstandendum og starfsfólki?

Er leiðbeiningum Embættis landlæknis um viðbrögð við atvikum fylgt?

Eru atvik nýtt til umbóta?

Hvernig er tryggt að vinnuferli séu skipulögð til að koma í veg fyrir atvik?

Er ástæða til að stofna sérstaka atvikanefnd ?

Eftirlitsaðilar með atvikum:

- Innra eftirlit stofnunar.
- Embætti landlæknis.

Mælikvarðar:

- Fjöldi atvika á ári.
- Niðurstöður kannana á viðhorfi starfsfólks til atvikaskráningar og viðbragða við atvikum (kemur fram í könnunum um öryggisbrag).



4.1. Viðbrögð við óvæntum atvikum í heilbrigðisþjónustu

Þegar brugðist er við óvæntum atvikum skulu heilbrigðisstofnanir/heilbrigðisstarfsfólk hafa að markmiði að:

- Vinna hratt
- Viðhafa gegnsæi í vinnubrögðum
- Sýna virðingu og umhyggju
- Láta í ljós samhygð og skilning
- Sýna áreiðanleika og heiðarleika
- Vekja traust

Nánari leiðbeiningar um viðbrögð:

[Leiðbeiningar I.](#)

[Leiðbeiningar II.](#)

Viðbrögð gagnvart starfsfólki stofnunar

[Leiðbeiningar III.](#)

Viðbrögð stofnunar til að viðhalda og/eða endurheimta trúverðuleika og traust

Það er hlutverk stjórnenda að meta hversu yfirgripsmikil viðbrögð þurfa að vera við atviki.

Gátlistar

Neðanskráðir gátlistar eru ætlaðir sem hjálpartæki til að bregðast kerfisbundið og einsleitt við atvikum. Á listunum er hægt að merkja við: „Á ekki við“, og ræður faglegt mat heilbrigðisstarfsfólks því.

[Gátlisti I.](#)

Viðbrögð gagnvart sjúklingi og aðstandendum

[Gátlisti II.](#)

Viðbrögð gagnvart heilbrigðisstarfsfólki

[Gátlisti III.](#)

Viðbrögð stofnunar til að viðhalda og/eða endurheimta trúverðuleika og traust

Spurningar sem heilbrigðisstofnun þarf að spyrja sig varðandi viðbrögð við atvikum* :

Hefur starfsfólk fengið fræðslu og þjálfun í samskiptum við sjúklinga sem verða fyrir óvæntum atvikum og aðstandendur þeirra?

Hefur stofnunin á að skipa atvikateymi, sem kemur að úrvinnslu atvika?

Hefur stofnunin á að skipa stuðningsteymi eða aðgang að teymi, sem veitir sjúklingum, aðstandendum þeirra svo og starfsfólki stuðning í kjölfar atviks?

Hefur skilgreindur hópur starfsfólks fengið fræðslu og þjálfun í greiningu og úrvinnslu atvika t.d. rótargreiningu (e. *root cause analysis*)?

Er til verklagsregla og vinnulýsingar um viðbrögð við óvæntum atvikum sem starfsfólk þekkir til og sem eru þeim aðgengilegar og kynntar í nýliðþjálfun?

Gerir stofnunin ráð fyrir tíma til umbótavinnu í daglegu vinnuskipulagi starfsmanna til að bregðast fullnægjandi við óvæntum atvikum?

Eru viðbrögð við atvikum tekin saman með reglubundnum hætti og rædd meðal starfsmanna og brugðist við með umbótum ef þörf krefur?

**) Heilbrigðisstofnun þarf að byggja upp starfsemi sína þannig að svör við öllum þessum spurningum verði: Já*

Mælikvarðar

- Fjöldi funda/ári þar sem farið er yfir skráð atvik (viðmið:)*
- Hlutfall starfsmanna sem hefur fengið formlega þjálfun í úrvinnslu atvika (viðmið:)*

* Hver stofnun þarf að skilgreina sín eigin viðmið

Ábending um leefni:

[Respectful Management of Serious Clinical Adverse Events \(IHI 2012\)](#)



5. ÁHÆTTUSTJÓRNUN

Margskonar áhætta getur verið til staðar í starfsumhverfi heilbrigðisstofnana.

Nauðsynlegt er að þekkja áhættuþætti til að bregðast megi við þeim á raunhæfan hátt. Áhættustjórnun (e. *risk management*) kallar á raunhæfar og kerfisbundnar aðferðir við að koma auga á, greina, meta, bregðast við, hafa eftirlit með og miðla upplýsingum um áhættu.

Með áhættustjórnun er unnið áhættumat (e. *risk assessment*) þar sem áhættuþáttum er raðað eftir mikilvægi þeirra. Mesta áherslu ætti að leggja á þá áhættuþætti sem eru líklegir til að hafa alvarlegar afleiðingar í för með sér. Huga þarf sérstaklega að hópum sem vitað er að eru í sérstakri áhættu.

Áhættustjórnun byggir á því að hægt sé að svara eftirfarandi fjórum spurningum:

Spurningar sem heilbrigðisstofnun þarf að spyrja sig varðandi áhættumat:

Er þekking á aðferðafræði við áhættumat til staðar innan stofnunarinnar ?

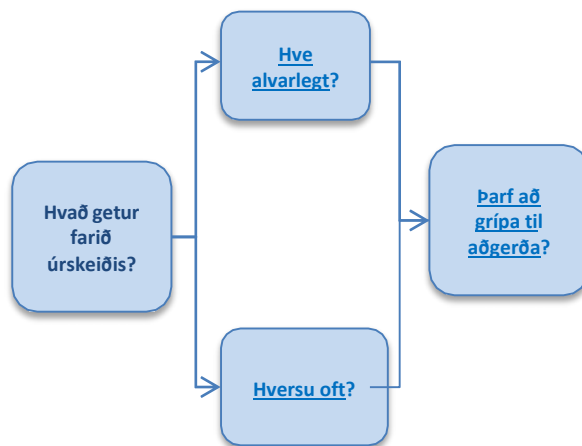
Hefur stofnunin upplýsingar um það sem fer úrskeiðis ?

Fer fram kerfisbundið mat á því sem fer úrskeiðis ?

Er virkt ábendingakerfi fyrir notendur og starfsmenn til staðar á stofnunni ?

Er alltaf brugðist við því sem úrskeiðis fer með umbótum ?

Er áhættumat fastur liður við skipulag og stjórnun starfsemi stofnunarinnar ?



Eftirlitsaðilar með framkvæmd áhættumats:

- Innra eftirlit stofnunar.
- Embætti landlæknis.

Mælikvarðar:

- Fyrirliggjandi áhættumat.

Það sem heilbrigðisstofnun þarf að gera:

- **Sjá til þess** að áhættustjórnun sé hluti af innra gæðastarfi stofnunar.
- **Skilgreina** þá aðferðafræði sem hún hyggst nota við áhættumat.
- **Sjá til þess** að kenning í áhættustjórnun verði hluti af nýliðabjálfun.



6. GÆÐAVÍSAR

Gæðavísir (e. quality indicator) er mælikvarði sem gefur vísbendingu um gæði og öryggi þeirrar heilbrigðisþjónustu sem veitt er.

Gæðavísar eru **tölulegir mælikvarðar**, t.d. hlutfall eða prósentutala, sem geta gefið vísbendingar um gæði og öryggi sem tengjast ferlum (*processes*), skipulagi (*structure*) og árangri (*outcome*).

Markmið með notkun gæðavísa er að fylgjast með gæðum og öryggi heilbrigðisþjónustunnar og stuðla að því að þessir þættir séu sýnilegir þannig að hægt sé að meta þjónustuna. Hægt er að nota gæðavísa, bæði við innra og ytra eftirlit til að meta hvort gæði og öryggi þjónustunnar séu í samræmi við viðurkennda faglega staðla og viðmið. Ennfremur geta gæðavísar aukið gæðavitund og stuðlað þannig að umbótum innan heilbrigðisþjónustunnar.

Hvaða kröfur þurfa gæðavísar að uppfylla?

Þeir þurfa að falla undir eftirfarandi meginþætti sem koma fram í [reglugerð um gæðavísa](#):

Notast skal við þau **viðmið** sem fram koma í 6. gr. ofangreindrar reglugerðar.

Spurningar sem veitendur heilbrigðisþjónustu þurfa að spyrja sig varðandi gæðavísa:

Hafa verið settir fram mælikvarðar á gæði og öryggi viðkomandi heilbrigðisþjónustu?

Dæmi um mælikvarða:

- Biðtími eftir þjónustu
- Niðurstöður þjónustukannana
- Fjöldi atvika
- Árangur meðferðar

Hafa niðurstöðurnar verið nýttar í umbótastarfi?

Hvað eiga gæðavísarnir að sýna ?

Þeir eiga að vera mælikvarði á gæði og öryggi þjónustunnar sem veitt er. Þeir sem veita heilbrigðisþjónustu þurfa að setja fram gæðavísa sem taka mið af þeirri þjónustu sem þeir veita.

Framsetning og birting

Niðurstöður gæðavísa þurfa að vera öllum aðgengilegar svo hægt sé leggja mat á gæði og öryggi þjónustunnar og veitendur heilbrigðisþjónustu geti unnið að stöðugum umbótum á starfsemi sinni. Erlendis er algengt að niðurstöður gæðavísa séu birtar á vefsetrum þeirra sem veita heilbrigðisþjónustu og einnig eru dæmi um slíkt hérlandis, t.d. hjá [Landspítalanum](#) og [Sóltúni](#). Ef vefsetur er ekki starfrækt þarf að skilgreina hvar niðurstöðurnar eru aðgengilegar.

Dæmi um gæðavísa:

- [Á hjúkrunarheimilum](#)
- [Á sjúkrahúsum](#)
- [Á skurðstofum utan sjúkrahúsa](#)
- [Á starfsstofum heilbrigðisstétta](#)
- [Í geðheilbrigðisþjónustu](#)
- [Í heilsugæslu](#)
- [Í hjúkrunarþjónustu](#)
- [Í sjúkraþjálfun](#)
- [Í tannheilbrigðisþjónustu](#)

Eftirlitsaðilar:

- Innra eftirlit stofnunar.
- Notendur þjónustunnar.
- Embætti landlæknis.

Mælikvarðar:

- Birting á niðurstöðum gæðavísa.



7. ÁBYRGÐ SJÚKLINGA Á EIGIN HEILSU

Það er sameiginleg ábyrgð allra að efla öryggi í heilbrigðisþjónustunni, þ.e. heilbrigðisstofnana, heilbrigðisstarfsfólks og notenda þjónustunnar. Ýmsar stofnanir hafa hvatt til þess að notendur taki virkan þátt í meðferð sinni enda sýna rannsóknir að þeim farnast gjarnan betur. Sjúklingar geta þannig komið í veg fyrir óvænt atvik með því að taka þátt í og fylgjast með hvernig þjónustu þeir fá og láta vita um frávik. Í því sambandi er mikilvægt að sjúklingar og fjölskyldur þeirra séu vel upplýst og fái viðeigandi fræðslu og hafi þannig forsendur til að geta tekið ábyrgð.

Það sem heilbrigðisstofnun þarf að gera:

- **Að viðurkenna** að sjúklingamiðuð meðferð (e. *patient centered care*) sé forsenda gæða og öryggis.
- **Að hvetja** sjúklinga og fjölskyldur þeirra til að vera virkir þátttakendur og eftirlitsaðilar í eigin meðferð.
- **Að viðurkenna** mikilvægi þess að sjúklingar upplifi að þeir hafi eitthvað að segja um meðferð sína og séu hvattir til að eiga frumkvæði, taka ákvarðanir og reyna að leysa sjálfir ýmis konar vanda (e. *empowerment of the patient*).
- **Að virða rétt sjúklinga** til að velja og hafa áhrif á meðferð sína.
- **Að virða rétt sjúklinga** til að fá vitneskju um meðferð, ástand og batahorfur og að fá álit annarra meðferðaraðila ef svo ber undir.

Spurningar sem heilbrigðisstofnun þarf að spyrja sig varðandi ábyrgð sjúklinga á eigin heilsu:

Er til staðar vettvangur fyrir sjúklinga og fjölskyldur þeirra til umræðu og endurgjafar varðandi val á meðferð?

Er vettvangur fyrir sjúklinga og fjölskyldur þeirra til umræðu og endurgjafar varðandi upplifun þeirra á meðferð og afleiðingum hennar?

Fá sjúklingar fræðslu um hvernig þeir geta tryggt betur öryggi sitt, samanber vitundarvakningu landlæknis „Láttu í þér heyra“ og „Sjúklingaráðin 10“ á LSH?

Er útskriftum þannig háttað að sjúklingar og fjölskyldur þeirra fái viðeigandi og skiljanlegar upplýsingar, m.a. á skriflegu formi?

Er til staðar verklag um hvernig sjúklingar og fjölskyldur þeirra geta leitað sér hjálpar þegar þörf er á í kjölfar meðferðar?

Er stofnunin í samvinnu/samráði við aðrar viðeigandi stofnanir og meðferðaraðila sem koma að máli sjúklings og er upplýsingaflæði til þeirra fullnægjandi?

Er til ákveðið verklag varðandi fræðslu til sjúklinga?

Er rætt um samskipti og fræðslu til sjúklinga á formlegum fundum?

Eftirlitsaðilar:

- Embætti landlæknis.

Mælikvarðar:

Niðurstöður þjónustukannana.



8. GÆÐAHANDBÆKUR

Brýnt er að á stofnunum séu til gæðahandbækur sem innihalda stefnu þeirra í öllum mikilvægum málaflokkum svo og verklagsreglur og vinnulýsingar sem ná til allra þátta starfseminnar.

Gæðahandbækur geta stuðlað að auknum gæðum þjónustunnar, öryggi sjúklinga, samræmdu verklagi og að þjónusta sé veitt í samræmi við lög.

Gæðahandbækur geta einnig stuðlað að aukinni skilvirkni og öguðum vinnubrögðum.

Það sem heilbrigðisstofnun þarf að gera:

- **Stefna að því** að hafa gæðahandbækur sem eru aðgengilegar öllum starfsmönnum. Æskilegt er að gæðahandbækur séu á rafrænu formi.
- **Skilgreina ábyrgð** stjórnenda á því að verklagsreglur, vinnulýsingar og gátlistar séu endurskoðaðir reglulega og eftir þeim sé farið.
- **Skilgreina ábyrgðaraðila** allra skjala í gæðahandbók sem ber ábyrgð á að skjölin innihaldi réttar upplýsingar og séu endurskoðuð reglulega.
- **Ganga eftir því** að starfsmenn vinni eftir gildandi reglum stofnunar.
- **Tryggja að** nýir starfsmenn séu fræddir um gæðahandbækur og innihald þeirra.

Spurningar sem heilbrigðisstofnun þarf að spyrja sig varðandi gæðahandbækur:

Hefur stofnunin komið sér upp gæðahandbók?

Eru nýir starfsmenn upplýstir um verklagsreglur og vinnulýsingar sem þeim ber að fara eftir?

Hafa skjöl í gæðahandbókum skráða ábyrgðarmenn?

Eru skjöl í gæðahandbók endurskoðuð reglulega?

Er fylgst með því hvort farið sé eftir verklagsreglum og vinnulýsingum sem í gildi eru?

Fyrir hvern einstakan starfsmann:

- Fylgi ég verklagsreglum og vinnulýsingum, sem í gildi eru á stofnuninni?

Eftirlitsaðilar:

- Innra eftirlit heilbrigðisstofnunar.
- Embætti landlæknis.

Mælikvarðar:

- Fjöldi samþykktra gæðaskjala á ári.
- Fjöldi endurskoðaðra gæðaskjala á ári.



9. KLÍNÍSKAR LEIÐBEININGAR

Klínískar leiðbeiningar eru tilmæli um verklag, sem eru unnar á kerfisbundinn hátt og byggðar á traustum vísindalegum grunni. Þeim er ætlað að styðja starfsfólk í heilbrigðisþjónustu við ákvarðanatöku í daglegum störfum og bæta þannig gæði og öryggi þjónustunnar.

Vakin er athygli á að margvíslegar leiðbeiningar eru unnar með öðrum hætti en klínískar leiðbeiningar og geta haft ígildi þeirra síðarnefndu. Dæmi má nefna um leiðbeiningar sem unnar eru út frá niðurstöðum samráðs sérfræðinga.

Það sem heilbrigðisstofnun þarf að gera:

- **Tryggja** að faglegir stjórnendur hafi frumkvæði að innleiðingu og notkun klínískra leiðbeininga.
- **Sjá til þess** að kennsla í notkun klínískra leiðbeininga verði hluti af nýliðabjálfun.

Spurningar sem heilbrigðisstofnun þarf að spyrja sig varðandi klínískar leiðbeiningar:

Hefur stofnunin valið og innleitt klínískar leiðbeiningar?

Eru klínískar leiðbeiningar notaðar á stofnuninni?

Eru nýir starfsmenn upplýstir um klínískar leiðbeiningar sem notaðar eru á stofnuninni?

Fyrir hvern einstakan starfsmann:

- Styðst ég við klínískar leiðbeiningar í daglegum störfum ?

Eftirlitsaðilar:

- Innra eftirlit heilbrigðisstofnunar.
- Embætti landlæknis.

Mælikvarðar:

- Fjöldi klínískra leiðbeininga sem eru í notkun á stofnuninni.
- Skilgreindir gæðavísar sem mælikvarði á notkun klínískra leiðbeininga.

Uppsetning/form byggt að hluta til á:

<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59813&q=0%c2%acrisik+m anagement%c2%ac&p=2>

Heimildir

Almennt um gæði og öryggi heilbrigðisþjónustu

Berwick, D. M. (2004). *Escape fire – Designs for the future of health care*. San Francisco: Jossey-Bass.

Institute of Medicine (IOM). (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. The National Academies Press.

Laura Sch. Thorsteinsson (2006). Öryggi og gæði í heilbrigðisþjónustu. Í Helga Jónsdóttir, Guðrún Kristjánsdóttir, Rúnar Vilhjálmsson og Sóley S. Bender (ritstj.), *Frá innsæi til inngripa: Þekkingarþróun í hjúkrunar- og ljósmóðurfærði*. Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag og Hjúkrunarfræðideild H.Í.

Lovísa Baldursdóttir (2003). Mistök í heilbrigðisþjónustu: Til umhugsunar fyrir hjúkrunarfræðinga. *Tímarit íslenskra hjúkrunarfræðinga*, 1 (79), 40-43.

Rafrænar heimildir:

[Lög um sjúkraskrár nr. 55/2009 http://www.ahrq.gov/](http://www.ahrq.gov/)
<http://www.cqc.org.uk/>
<http://www.ihl.org/Pages/default.aspx> <http://www.jointcommission.org/>
<http://www.landlaeknir.is/gaedi-og-eftirlit/>
<http://www.leapfroggroup.org/about> leapfrog

Mönnun, menntun og starfsreynsla starfsfólks

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Cheung, R. B., Sloane, D. M. og Silber, J. H. (2003). Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *Journal of the American Medical Association*, 290 (13), 1617–1623.

Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M. og Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346 (22), 1715–1722.

Skipulag og starfsumhverfi

Kramer, M. og Schmalenberg, C. (2008). Confirmation of a Healthy Work Environment. *Critical Care Nurse*, 28 (2), 56 – 63.

Rafrænar heimildir:

<http://www.vinnueftirlit.is/>
<http://www.aacn.org/wd/hwe/docs/hwestandards.pdf> (American Association of Critical-Care Nurses (AACN) (2005). *Standards for establishing and sustaining healthy work environments: a journey to excellence*)

Öryggisbragur

Alfredsdóttir, H. and Bjornsdóttir K. (2008). Nursing and patient safety in the operating room. *Journal of Advanced Nursing*, 61 (1), 29–37.

Áshildur Kristjánisdóttir (2009). *Öryggi sjúklinga á skurðstofu: Viðhorf hjúkrunarfræðinga og lækna til öryggismála*. Óbirt M.Sc.-ritgerð: Háskóli Íslands.

Áslaug S. Svavarsdóttir (2007). *Könnun á öryggismenningu*. Reykjavík: Landspítali.

Áslaug S. Svavarsdóttir og Laura Sch. Thorsteinsson (2006). *Könnun á öryggismenningu meðal hjúkrunarfræðinga, sem starfa á skurð- og svæfingadeildum LSH*. Reykjavík: Landspítali.

Bjarney María Hallmannsdóttir og Eva Björk Aðalgeirsdóttir (2007). *Könnun á öryggismenningu meðal hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða á LSH*. Óbirt B.Sc.-ritgerð: Háskóli Íslands.

Magna Gunnarsdóttir og Silja Björg Róbertsdóttir (2007). *Könnun á öryggismenningu meðal hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða á hand- og lyflækningadeildum fjögurra íslenskra sjúkrahúsa*. Óbirt B.Sc.-ritgerð: Háskóli Íslands.

Rafrænar heimildir:

<http://npsa.nhs.uk/>

<http://patientsikkerhed.dk/>

<http://psnet.ahrq.gov/primer.aspx?primerID=5>

<http://www.landlaeknir.is/gaedi-og-eftirlit/heilbrigdisthjonusta/oryggi/oryggisbragur/>

<http://www.ihl.org/explore/patientsafety/pages/default.aspx>

Atvik:

Kohn, L.T., Corrigan, J.M. and Donaldson, M.S. (ritstj.) (1999). *To err is human: Building a Safer Health System*. Washington,DC: National Academy Press.

Reason, J. (1990). *Human error*. Cambridge: Cambridge University Press.

Rafrænar heimildir:

<http://www.ihl.org/knowledge/Pages/IHIWhitePapers/IHIGlobalTriggerToolWhitePaper.aspx>

<http://www.landlaeknir.is/gaedi-og-eftirlit/heilbrigdisthjonusta/oryggi/atvikaskraning/>

<http://www.psnet.ahrq.gov/primer.aspx?primerID=13>

<http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/RespectfulManagementSeriousClinicalAEsWhitePaper.aspx>

Gæðavísar

Rafrænar heimildir: <http://www.landlaeknir.is/gaedi-og-eftirlit/heilbrigdisthjonusta/gaedavisar/> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2664/>
<http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/oecdhealthcarequalityindicatorsproject.htm>;

Ábyrgð sjúklunga á eigin heilsu

Rafrænar heimildir:
<http://www.althingi.is/lagas/nuna/1997074.html>
<http://www.landlaeknir.is/um-embattid/greinar/grein/item15388/Lattu-i-ther-heyra>

Gæðahandbækur

Rafrænar heimildir:
http://www.jointcommission.org/specifications_manual_joint_commission_national_quality_core_measures.aspx
<http://www.landlaeknir.is/gaedi-og-eftirlit/heilbrigdisthjonusta/oryggi/oryggi-i-skurdadgerdum-gatlisti-who/> <http://www.mountsinai.on.ca/education/staff-professionals/microbiology/microbiology-laboratory-manual/quality-manual>

Klínískar leiðbeiningar

Rafrænar heimildir:
<http://www.cochrane.org/> <https://www.evidence.nhs.uk/nhs-evidence-content/journals-and-databases> <http://www.nice.org.uk/> <http://www.landlaeknir.is/gaedi-og-eftirlit/heilbrigdisstarfsfolk/klínískar-leidbeiningar/> <http://www.landlaeknir.is/gaedi-og-eftirlit/heilbrigdisstarfsfolk/verklagsreglur/> <http://www.lsh.is/fagfolk/klínískar-leidbeiningar/>
<http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=byType&type=2&status=3>
<http://www.sign.ac.uk/guidelines/published/numlist.html>