



Áætlun um gæðapróun í heilbrigðisþjónustu 2019 – 2030

Inngangur

Samkvæmt 11. gr. laga um landlækni og lýðheilsu, nr. 41/2007 skal landlæknir gera áætlun um gæðapróun innan heilbrigðisþjónustunnar og skal hún miða að því að efla gæði og öryggi heilbrigðisþjónustunnar og stuðla að framþróun hennar. Einnig er vísað til reglugerðar um gerð gæðavísa sem notaðir eru til að meta gæði og árangur innan heilbrigðisþjónustunnar nr. 1148/2008 með síðari breytingum skv. reglugerð nr. 615/2017.

Í samræmi við þessi lög og reglugerðir setur Embætti landlæknis fram þessa áætlun sem staðfest er af ráðherra. Embætti landlæknis mun hafa áætlunina til hliðsjónar við úttektir sínar á heilbrigðisþjónustu. Gert er ráð fyrir að áætlunin verði innleidd í áföngum.

Markmið áætlunarinnar er að notendur fái heilbrigðisþjónustu sem:

- Eykur líkur á betri heilsu og auknum lífsgæðum.
- Er samfelld og samhæfð.
- Er örugg, rétt tímasett, skilvirk, byggð á jafnræði, notendamiðuð og árangursrík ¹

Við veitingu þjónustu skal virða [lög um heilbrigðisþjónustu nr. 40/2007](#), [lög um réttindi sjúklinga nr. 74/1997](#), [síðareglur heilbrigðisstétta](#), [Leiðbeiningar Embættis landlæknis um góða starfshætti lækna](#) og önnur lög og stjórnvaldsfyrirmæli eftir því sem við á.

Í *Áætlun um gæðapróun* felast leiðbeiningar um verklag við veitingu heilbrigðisþjónustu. Áætluninni er ætlað að vera leiðsögn til þeirra sem veita heilbrigðisþjónustu um hvaða kröfur eru gerðar til þeirra og hvernig þau geta uppfyllt þær kröfur. Þar kemur fram hvernig heilbrigðisstofnanir geta stöðugt fylgst með gæðum og öryggi þjónustunnar og brugðist við með umbótastarfi þegar þess gerist þörf. Áætlunin byggir á eftirfarandi fjórum lykilþáttum um verklag:

Umbótaferli og stjórnskipulag

Veitendur heilbrigðisþjónustu vinna að umbótum á markvissan og kerfisbundinn hátt, sbr. gæðahring Demings.² Fyrir hendi er stjórnskipulag sem er í samræmi við stærð, umfang og þá áhættu sem starfseminni er samfara og getur uppfyllt þær kröfur sem fram koma í áætluninni. Ábyrgð og hlutverk starfsfólks er skilgreint. Verklagsreglur og vinnulýsingar sem unnið er eftir eru skráðar og öllum kunnar og aðgengilegar.

Gæðavísar

Veitendur heilbrigðisþjónustu fylgjast með gæðum starfseminnar með skráningu og birtingu gæðavísa.

¹ Reglugerð nr.1148/2008 um gerð gæðavísa sem notaðir eru til að meta gæði og árangur innan heilbrigðisþjónustunnar með síðari breytingum skv. reglugerð nr.615/2017.

² The W. Edwards Deming Institute, sótt 31. október 2018 af <https://deming.org/explore/p-d-s-a>

Notaðir eru:

- **Landsgæðavísar**; gæðavísar sem ákvarðaðir eru fyrir allt landið af Embætti landlæknis og gefa kost á samburði milli sams konar heilbrigðisstofnana eða heilbrigðisþjónustu.³

- **Valgæðavísar**; veitendur heilbrigðisþjónustu velja gæðavísa sem lýsa gæðum þjónustunnar frá sjónarhóli notenda, heilbrigðisstarfsmanna og stjórnenda.⁴

Skráning og úrvinnsla atvika

Í lögum um landlækni og lýðheilsu, nr. 41/2007 segir í 9.gr: *“Heilbrigðisstofnanir, sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmenn og aðrir sem veita heilbrigðisþjónustu skulu halda skrá um óvænt atvik í þeim tilgangi að finna skýringar á þeim og leita leiða til að tryggja að þau endurtaki sig ekki.”* Atvikaskráningakerfið Datix, sem er í innleiðingu verður notað á landsvísu við skráningu og úrvinnslu atvika til að bæta þjónustuna enn frekar og gera hana öruggari.

Þjónustukannanir

Mikilvægt er að veitendur heilbrigðisþjónustu afli með reglubundnum hætti upplýsinga frá notendum þjónustunnar um upplifun þeirra á veittri þjónustu. Með því að leita eftir því hvað notendum finnst vill Embætti landlæknis vekja athygli á því að reynsla notenda af þjónustunni er verðmæt uppspretta upplýsinga sem nýtist í umbótastarfi. Þar skipta þjónustukannanir miklu máli. Reglubundnar þjónustukannanir eru gerðar meðal notenda þjónustunnar og tekið mið af niðurstöðum við umbætur á skipulagi hennar.

Gæðauppgjör

Veitendur heilbrigðisþjónustu skila árlega gæðauppgjöri til Embættis landlæknis og Sjúkratrygginga Íslands eftir atvikum, sem byggir á ofangreindum lykilþáttum og er ætlað að sýna árangur hvað snertir gæði og öryggi þjónustunnar. Þar sem við á er hægt að sameinast um að senda gæðauppgjör, svo sem hjá sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmönnum, sem reka saman stofur.



Reykjavík, 12. desember 2018

Svandís Svavarsdóttir
Heilbrigðisráðherra

Alma Dagbjört Möller
Landlæknir

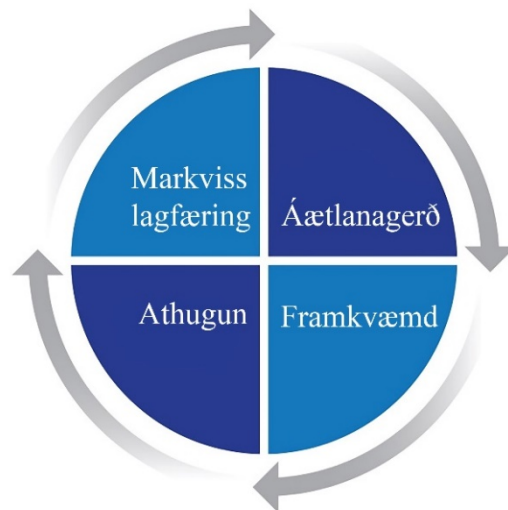
³ Reglugerð nr.1148/2008 með síðari breytingum skv. reglugerð nr.615/2017.

⁴ Sama.

1 Umbótaferli og stjórnskipulag

Áætlun um gæðapróun beinir athygli sérstaklega að þeim þáttum heilbrigðisþjónustunnar er varða skipulagningu starfseminnar, framkvæmd hennar, athugun á henni sem og hvernig brugðist er við og umbótaferli lagfært ef þörf krefur. Stuðst er við gæðahring Demings⁵ (í þessari áætlun nefndur ÁFrAM hringurinn⁶) með vísan í áætlanagerð, framkvæmd, athugun og markvissa lagfæringu (e. PDSA; plan, do, study, act).

ÁFrAM hringurinn



Meginhugmynd með ÁFrAM hringnum er að vinna að stöðugum umbótum. Hringurinn byggir á fjórum eftirfarandi þáttum:

Áætlanagerð: Greina tækifæri, setja markmið og skipuleggja breytingar.

Framkvæmd: Framkvæma breytingar.

Athugun: Fara yfir það sem gert var, greina niðurstöður (markmiðum náð eða ekki).

Markviss lagfæring: Lagfæra umbótaferli ef þörf krefur, finna lausnir, læra af mistökum.

1.1 Áætlanagerð

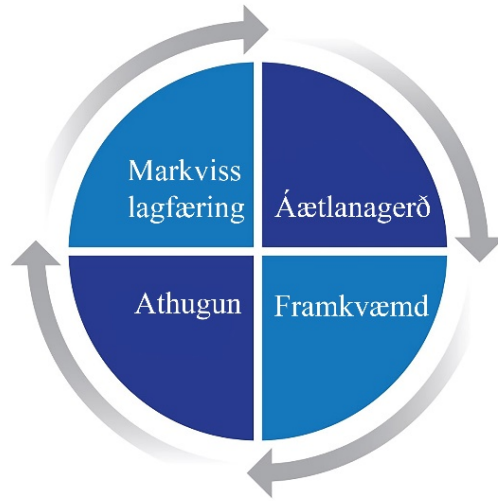
Áætlanagerð felur í sér eftirfarandi:

- Lýsa markmiðum, verkefnum, verkferlum og skipulagi stofnunar. Skýra skiptingu ábyrgðar og verkefna og skipuleggja hvernig vinna á kerfisbundið að umbótum og auknu öryggi notenda þjónustunnar.
- Afla viðeigandi upplýsinga og gagna til að geta skipulagt og framkvæmt verkefni, svo sem niðurstaðna þjónustukannana, gæðavísa og fyrra umbótastarfs, svo og talna um óvænt atvik og kvartanir.

⁵ The W. Edwards Deming Institute, sótt 31. október 2018 af <https://deming.org/explore/p-d-s-a>

⁶ Þýtt og staðfært til reynslu af Ölmú D. Möller.

- c) Taka mið af viðeigandi lögum, reglugerðum, fyrirmælum og leiðbeiningum.
- d) Hafa yfirlit yfir faglega færni starfsmanna og þörf fyrir þjálfun/endurmenntun.
- e) Forgangsráða eftir mikilvægi.



1.2 Framkvæmd

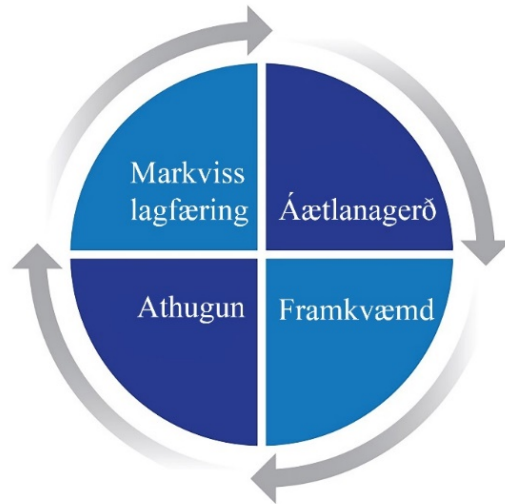
Framkvæmd felur í sér eftirfarandi:

- a) Sjá til þess að verkefni, skipulag og áætlanir séu framkvæmd og kynnt viðeigandi málsaðilum.
- b) Tryggja að starfsmenn hafi nauðsynlega faglega færni til að vinna að umbótum.
- c) Þróa og taka í notkun nauðsynlega verkferla, fyrirmæli, starfsvenjur og annað það sem nauðsynlegt er til að auka gæði og öryggi þjónustunnar.
- d) Sjá til þess að verklag starfsmanna sé með þeim hætti að sameiginleg þekking og reynsla þeirra nýtist við úrlausn verkefna.
- e) Nýta reynslu sjúklinga/notenda heilbrigðisþjónustu og aðstandenda.

1.3 Athugun

Athugun felur í sér eftirfarandi:

- a) Fylgjast með hvort verkefni, aðgerðir og áætlanir hafi verið framkvæmdar og hvort markmið hafi náðst.
- b) Meta starfsemina með tilliti til reynslu sjúklinga/notenda heilbrigðisþjónustu og aðstandenda.
- c) Greina óvænt atvik í þeim tilgangi að finna skýringar á þeim og leita leiða til að tryggja að þau endurtaki sig ekki.
- d) Fara árlega yfir stjórnskipulag stofnunarinnar og meta með hliðsjón af tölfræðilegum upplýsingum hvort stofnunin starfar í samræmi við upphafleg markmið.



1.4 *Markviss lagfæring*

Markviss lagfæring felur í sér eftirfarandi:

- a) Lagfæra umbótaferli ef þörf er á.
- b) Ef breytingar tókust ekki þá leita nýrra lausna.
- c) Læra af mistökum.

2 Gæðavísar

Gæðavísar sem árangursmæling

Markmið með notkun gæðavísa er að fylgjast með gæðum og öryggi heilbrigðisþjónustunnar og stuðla að því að þessir þættir séu sýnilegir þannig að notendur heilbrigðisþjónustu, stjórnvöld, stjórnendur heilbrigðisstofnana og heilbrigðisstarfsmenn geti metið gæði þjónustunnar og tekið ákvarðanir á faglegum og upplýstum grundvelli.

Ennfremur er markmið með notkun gæðavísa að veita heilbrigðisstarfsmönnum og heilbrigðisstofnunum aðhald við veitingu heilbrigðisþjónustu, auka gæðavitund þeirra, skapa samkeppni á milli þeirra um árangur og gæði og stuðla þannig að umbótum innan heilbrigðisþjónustunnar.⁷

Markviss vinna með gæðavísa getur aukið gæða- og öryggisvitund og þannig stuðlað að stöðugum umbótum innan heilbrigðisþjónustunnar. Gæðavísar eru tölulegir mælikvarðar, t.d. hlutfall eða prósentutala, sem geta gefið vísendingar um gæði og öryggi þeirrar þjónustu sem veitt er og hvort hún sé í samræmi við viðurkennd viðmið.

Gæðavísar geta tengst ferlum (e. processes), skipulagi (e. structure) og árangri (e. outcome) og eiga að falla undir einhvern af eftirfarandi meginþáttum gæða í heilbrigðisþjónustu⁸:

Öryggi:	Að sjúklingar/notendur hljóti ekki skaða af þeirri þjónustu sem ætluð er til að bæta heilsu þeirra og lífsgæði.
Rétt tímasetning:	Að biðtími sé stytur og dregið úr seinkunum sem geta verið skaðlegar fyrir notendur heilbrigðisþjónustunnar og að aðgengi að þjónustunni sé gott.
Skilvirk þjónusta:	Að aðföng (fjármagn, tækjabúnaður, mannauður) séu nýtt á hagkvæman hátt með það fyrir augum að ná settum markmiðum.
Jafnræði:	Réttur sjúklings/notanda til fullkornustu heilbrigðisþjónustu sem á hverjum tíma er völ á að veita óháð kynferði, trú, skoðunum, þjóðernisuppruna, kynþætti, litarhætti, búsetu, efnahag, ætterni og stöðu að öðru leyti.
Notendamiðuð þjónusta:	Að heilbrigðisþjónusta sé veitt með virðingu fyrir þörfum og væntingum sjúklinga/notanda heilbrigðisþjónustu og að brugðist sé við þeim.
Árangursrík þjónusta:	Að heilbrigðisþjónusta byggð á bestu þekkingu sem völ er á sé veitt öllum þeim sem gætu notið góðs af henni en ekki þeim sem líklegt er að þjónustan komi ekki að gagni.

Þeir gæðavísar sem valdir eru skulu hafa eftirfarandi eiginleika⁹:

Mikilvægi	Gæðavísir skal gefa upplýsingar um heilbrigðisþjónustu, sjúkdóma eða líðan sem eru mikilvægar fyrir íslenska heilbrigðisþjónustu og/eða endurspegla mikilvæg heilsufarsvandamál.
Gildi	Gæðavísir skal vera þannig að sýnt hafi verið fram á með rannsóknum að hann hafi til að bera áreiðanleika og réttmæti.
Mælanleiki	Gæðavísir skal vera mælanlegur.
Möguleikar til að hafa áhrif	Gæðavísir skal vera þannig að notkun hans geti leitt til umbóta.
Einsleitni hvað túlkun áhrærir	Gæðavísir skal vera samanburðarhæfur

⁷ Reglugerð nr.1148/2008 með síðari breytingum skv. reglugerð nr.615/2017.

⁸ Sama.

⁹ Sama

Landsgæðavísar

Í samræmi við reglugerð nr.1148/2008 með síðari breytingum skv. reglugerð nr.615/2017 hefur Embætti landlæknis ákveðið að sjúkrahús, heilsugæsla, hjúkrunarheimili og starfsstofur sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmanna skuli nota eftirfarandi landsgæðavísar í gæðauppgjöri sínu en í reglugerðinni, 1. gr. segir:

„Landsgæðavísir: Gæðavísir, , sem ákvarðaður er fyrir allt landið af Embætti landlæknis og gefur kost á samanburði milli sams konar heilbrigðisstofnana eða heilbrigðisþjónustu“.

Landsgæðavísar mismunandi tegundar heilbrigðisþjónustu:

Sjúkrahúsþjónusta

- Áhættumat byltna hjá 67 ára og eldri
- Tíðni sýkinga
- Áhættumat þrýstingssára
- Yfirferð lyfjalista einstaklinga eldri en 70 ára
- Notkun WHO-gátlista fyrir skurðaðgerðir og önnur inngrip svo sem speglafr
- Bráð endurinnlögn innan 30 daga frá útskrift
- Tíðni spangarrifa

Heilsugæsla

- Yfirferð lyfjalista sjúklinga 70 ára og eldri einu sinni á ári
- Ávísun sýklalyfja til kvenna með þvagfærasýkingu
- Inflúensubólusetning skoðuð á 15 mánaða fresti hjá 65 ára og eldri og hjá sjúklingum með astma, langvinna lungnateppu, blóðþurrðarhjartasjúkdóm eða sykursýki
- Blóðþrýstingur skráður á 15 mánaða fresti hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu, háþrýsting, blóðþurrðarhjartasjúkdóm eða sykursýki
- Reykingar skráðar á 15 mánaða fresti hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu, háþrýsting, blóðþurrðarhjartasjúkdóm eða sykursýki
- Líkamsþyngdarstuðull (e. Body Mass Index - BMI) skráður á 15 mánaða fresti hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu, háþrýsting, blóðþurrðarhjartasjúkdóm eða sykursýki
- Ákveðið blóðpróf, HbA1c skráð á 15 mánaða fresti hjá sjúklingum með sykursýki
- Blásturspróf (e. spirometry) framkvæmd á þriggja ára fresti hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu
- Þekjun bólusetningar barna
- Mat með EPDS (e. Edinburgh Postnatal Depression Scale) og GAD7 (e. Generalized Anxiety Disorder 7-item Scale) við 16 vikna meðgöngu
- Mat með EPDS (e. Edinburgh Postnatal Depression Scale) við 9 vikur
- Mat foreldra á þroska barna með PEDS (e. Parents' Evaluation of Developmental Status) í 12 mán., 18 mán., 2½ árs og 4ra ára skoðun
- Hvert barn í 1., 4., 7. og 9. bekk fái viðtal um heilsu og líðan
- Biðtími eftir þjónustu sálfræðings við börn innan við þrjú mánuðir

Hjúkrunarheimili

- Algengi byltna
- Algengi þunglyndiseinkenna
- Algengi þunglyndiseinkenna án meðferðar
- Algengi á notkun 9 eða fleiri lyfja

- Algengi þvagfærasýkinga
- Algengi þyngdartaps
- Algengi vökvaskorts
- Algengi rúmfastra íbúa
- Algengi þrýstingssára, stig 1-4
- Yfirferð lyfjalista tvisvar á ári

Sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmenn

- Aðgengi utan afgreiðslutíma
- Biðtími (innan viðmiðunarmarka)
- Yfirferð lyfjalista árlega hjá einstaklingum eldri en 70 ára
- Sértaekir gæðavísar eftir starfsstéttum og sérgreinum

Niðurstöður landsgæðavísa eru birtar á vefsetri Embættis landlæknis, www.landlaeknir.is, og mun birting þeirra hefjast árið 2020, en undirbúningur og innleiðing hefst árið 2019. Ákvörðun um landsgæðavísa verður endurskoðuð eins og þurfa þykir eða árlega fyrst um sinn.

Valgæðavísar

Í samræmi við reglugerð nr. 615/2017 velja veitendur heilbrigðisþjónustu ákveðna gæðavísa sem taka mið af þeirri þjónustu sem þeir veita og sem eru mælikvarði á gæði þjónustunnar út frá sjónarhóli notenda, heilbrigðisstarfsmanna og stjórnenda. Embætti landlæknis hefur eftirlit með því að þetta sé gert.

Í 3. gr. sömu reglugerðar segir ennfremur um birtingu gæðavísa: „Veitendur heilbrigðisþjónustu skulu birta upplýsingar um niðurstöður gæðavísa skv. 1. mgr. 6. gr. þannig að þær séu aðgengilegar fyrir notendur, heilbrigðisstofnanir, heilbrigðisstarfsmenn, stjórnendur og stjórnvöld“.¹⁰

Undirbúningur og innleiðing hefst árið 2019. Áætlað er að birting niðurstaðna valgæðavísa hefjist árið 2020. Í byrjun verða birtar niðurstöður 1-2ja gæðavísa á hverjum stað, þar sem heilbrigðisþjónusta er veitt.

¹⁰ Reglugerð nr. 1148/2008 með síðari breytingum skv. reglugerð nr. 615/2017.

3 Skráning og úrvinnsla atvika

Í lögum um landlækni og lýðheilsu, nr. 41/2007 segir í 9.gr: *“Heilbrigðisstofnanir, sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmenn og aðrir sem veita heilbrigðisþjónustu skulu halda skrá um óvænt atvik í þeim tilgangi að finna skýringar á þeim og leita leiða til að tryggja að þau endurtaki sig ekki. Með óvæntu atviki er átt við óhappatilvik, mistök, vanrækslu eða önnur atvik sem valdið hafa sjúklingi tjóni eða hefðu getað valdið sjúklingi tjóni.”*

Einnig segir í sömu grein: *“Heilbrigðisstofnanir, sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmenn og aðrir sem veita heilbrigðisþjónustu skulu reglulega senda landlækni yfirlit um öll óvænt atvik skv. 1. mgr. eftir nánari ákvörðun landlæknis”.*

Atvikaskráningakerfi

Fram til þessa hafa nokkur rafræn kerfi verið notuð til skráningar og úrvinnslu atvika og einnig skráð á sérstök eyðublöð.

Síðla árs 2018 hófst innleiðsla á landsvísu á atvikaskráningakerfi frá breska fyrirtækinu Datix. Það inniheldur öll þau úrvinnslutæki sem nauðsynleg eru til að vinna úr skráningum svo hægt sé að bregðast við. Kerfið gerir stjórnendum og Embætti landlæknis kleift að fylgjast með umfangi, tíðni og og úrvinnslu atvika sem eiga sér stað á viðkomandi stofnun. Þegar innleiðingu er lokið verður öllum þeim er veita heilbrigðisþjónustu skylt að skrá atvik sem upp koma í þetta kerfi. Fram að því skrá veitendur heilbrigðisþjónustu atvik í þau kerfi sem nú þegar eru fyrir hendi.

4 Þjónustukannanir

Reynsla notenda af heilbrigðisþjónustunni er verðmæt uppspretta upplýsinga sem nýtist í umbótastarfi. Embætti landlæknis telur mikilvægt að veitendur heilbrigðisþjónustu afli með reglubundnum hætti upplýsinga frá notendum þjónustunnar um upplifun þeirra á veittri þjónustu t.d. með þjónustukönnunum. Einnig vill embættið hvetja til þess að notendur taki virkan þátt í eigin meðferð eftir því sem unnt er enda sýna rannsóknir að þeim sem það gera farnast betur.

Í lögum um réttindi sjúklinga nr. 74/1997 segir í 21 .gr.: *Sjúklingur ber ábyrgð á heilsu sinni eftir því sem það er á hans færi og ástand hans leyfir. Honum ber eftir atvikum að vera virkur þátttakandi í meðferð sem hann hefur samþykkt.*

Mikilvægt er að notendur heilbrigðisþjónustu, heilbrigðisstarfsfólk og heilbrigðisyfirvöld vinni saman að því að efla gæði og öryggi þjónustunnar og væntir embættið þess að umræddar þjónustukannanir verði liður í því mikilvæga starfi. Með þeim hætti geta veitendur aðlagð sína þjónustu og gert hana enn notendavænni og þar með skilvirkari.

Ætlast er til að veitendur heilbrigðisþjónustu geri þjónustukannanir ekki sjaldnar en einu sinni á ári og nýti niðurstöður í umbótastarfi.