

**Niðurstöður hlutaúttektar á  
starfsemi St. Jósefsspítala –  
Sólvangs Hafnarfirði  
Árið 2009-2010**

**Desember 2010**



**LANDLÆKNISEMBÆTTIÐ**  
*Directorate of Health*

---

# Meginniðurstöður hlutaúttektar Landlæknisembættisins á starfsemi St. Jósefsspítala - Sólvangs 2009-2010

## Inngangur

Samkvæmt lögum nr. 41/2007 hefur Landlæknisembættið faglegt eftirlit með starfsemi heilbrigðisstofnana og starfi heilbrigðisstétta. Jafnframt er landlæknir ráðunautur ráðherra og ríkisstjórnar varðandi heilbrigðismál. Undir eftirlit landlæknis heyra mörg hundruð rekstrareiningar.

Landlæknisembættið notar margvíslegar leiðir til að sinna þessum lagaákvæðum og styðst m.a. við gæðaviðmið Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar. Með eftirlitsstarfi sínu hefur embættið að leiðarljósi að árangursríkasta leiðin til að bæta gæði og öryggi heilbrigðisþjónustu er að efla samstarf og samráð við stjórnendur og starfsfólk heilbrigðisstofnana.

## Aðferðir

Á tímabilinu 2009 – 2010 gerði Landlæknisembættið hlutaúttekt á St. Jósefsspítala -Sólvangi. Fór hún þannig fram að upplýsinga var aflað um ýmsa þætti er varða starfsfólk, starfsaðstöðu, stjórnun, öryggismál o.fl. með spurningalista sem sendur var framkvæmdastjórn (fylgiskjal 1). Svör við þeim lista bárust 28. október 2009. Þá voru gerðar viðhorfskannanir meðal heilbrigðisstarfsmanna og starfsmanna í aðhlyningu (fylgiskjal 2), þjónustukönnun á St. Jósefsspítala, legudeildir (fylgiskjal 3), göngudeild (fylgiskjal 4) og Sólvangi hjúkrunardeild (fylgiskjal 5). Þessar kannanir voru gerðar á tímabilinu maí – júní 2009 og október – nóvember 2009.

Þá var farið yfir tölulegar upplýsingar Landlæknisembættisins um starfsemi stofnunarinnar og jafnframt var farið yfir kvartanir og kærur sem borist höfðu embættinu vegna stofnunarinnar á undanförunum árum. Á síðastliðnum fimm árum bárust embættinu 10 kvartanir sem beindust að stofnuninni, en þar af eru þrjár þeirra staðfestar. Einnig var farið yfir skýrsluna “St. Jósefsspítali – Sólvangur. Úttekt á starfsemi og rekstri spítalans”, júní 2010 og skýrsluna “RAI mat Sólvangur. Ársskýrsla 2008 – 2009”.

Við upphaf hlutaúttektar heimsóttu fulltrúar frá Landlæknisembættinu stofnunina þann 22. apríl 2009 og haldinn var fundur með Árna Sverrissyni forstjóra, Ásgeiri Theodórs framkvæmdastjóra lækninga, Birnu G. Flygenring þáverandi framkvæmdastjóra hjúkrunar og Helga F. Kristinssyni framkvæmdastjóra fjármála og reksturs.

Frá Landlæknisembættinu fóru: Matthías Halldórsson, aðstoðarlandlæknir, Anna Björg Aradóttir, yfirhjúkrunarfræðingur og Laura Sch. Thorsteinsson, hjúkrunarfræðingur/ verkefnisstjóri.

---

## Meginniðurstöður fyrir St. Jósefsspítala

### *Húsnæði og aðbúnaður*

Samkvæmt upplýsingum framkvæmdastjórnar er húsnæði stofnunarinnar gamalt en hentar núverandi starfsemi vel og brýnustu úrbætur snúa að endurbótum utanhúss á göngudeildarhúsnæði.

Fram kemur í svari framkvæmdastjórnar að gerðar hafa verið athugasemdir varðandi læsingu á geymslu fyrir sóttmengaðan úrgang, en ekki tekið fram frá hverjum athugasemdir komu.

Tækjabúnaður er í þokkalegu lagi en árleg endurnýjunarþörf er á milli 20-30 mkr. Þá vantar tölvur.

### *Mannauður*

Samræmi er talið vera á milli stöðuheimilda fagfólks/annars starfsfólk og umfangs starfseminnar, en óvíst er um mönnunarþörf stofnunarinnar á næstunni, m.t.t. hugsanlegra breytinga á þjónustu.

Framkvæmdastjórn segir stuðst við viðmið og staðla við gerð mönnunarlíkans, en ekki er tekið fram hvaða. Sérþekking, hæfni og reynsla starfsfólks er talin fullnægjandi að mati framkvæmdastjórnar. Af 71 stöðugildi eru 2,8 stöðugildi mönnuð af starfsmönnum sem eru af erlendu bergi brotnir. Ef slíkir starfsmenn sinna notendum heilbrigðisþjónustu þurfa þeir að kunna íslensku.

Ráðningaferlið felur í sér auglýsingar, viðtöl og meðmæli (helst munnleg) frá fyrrverandi vinnuveitanda. Viðkomandi starfsmenn þurfa að framvísa gildu starfsleyfi. Ekki er krafist heilbrigðisvottorðs við ráðningu, en starfsfólk undirritar þagnarskylduheit, áður en það hefur störf. Nýr starfsmaður fær ákveðna aðlögun sem skipulögð er af deildarstjóra.

Starfsmannastefna stofnunarinnar er í vinnslu.

Starfsmannaveltu er þannig háttáð að á árinu 2009 (fram til október) voru átta starfsmenn ráðnir í afleysingar, þrír til frambúðar og sex starfsmenn hættu.

Að mati framkvæmdastjórnar er starfsandi á stofnuninni mjög góður og traust ríkjandi á milli faghópa. Langvarandi erjur eða deilumál er ekki vandamál. Ef upp koma samskiptaörðugleikar er tekið jafnóðum á þeim með viðkomandi starfsmanni. Þá er tillögum varðandi breytingar eða nýjar hugmyndir vel tekið.

Á deildum stofnunarinnar er það í höndum deildarstjóra hvort viðhöfð eru regluleg starfsmannasamtöl og þar sem það er gert er fylgt ákveðnu formi. Farið er yfir niðurstöður og reynt að fylgja þeim eftir.

Tíðni veikinda í heild voru 5396 stundir árið 2008. Uppsafnað sumarorlof eiga 67 starfsmenn og 24 eiga uppsafnað vetrarorlof og slíkt er ekki mismunandi eftir starfsstéttum. Starfsfólki er boðið upp á influensubólusetningar eða aðrar bólusetningar eða hvatt til þess að láta bólusetja sig. Til er skrifleg regla um viðbrögð við stunguóhöppum og er hún kynnt af deildarstjóra. Þá er boðið upp á sál-gæslu og heilsuefingu á deildum t.d. gönguhópar.

Ekki hefur verið mótuð stefna varðandi fræðslu og símenntun, en boðið er upp á fræðslu á stofnuninni, sem hjúkrunarstjórn skipuleggur. Starfsfólk getur sótt fræðslu í vinnutíma.

---

Starfsmannafundir eru haldnir reglulega. Fundargerðir eru skráðar á deildarfundum og eru þær aðgengilegar öllum, en fundargerðir af stjórnarfundum eru ekki aðgengilegar öllum starfsmönnum.

### *Þjónusta*

Gott aðgengi er að þjónustu fyrir sjúklinga stofnunarinnar að mati framkvæmdastjórnar. Ekki er veitt heimahjúkrun.

Ljóst er hvaða þjónustu stofnuninni er ætlað að veita og hverjum hún þjónar. Biðlistar eftir þjónustu eru skráðir. Bráðaðþjónusta er ekki í boði, en aðgengi að göngudeildarþjónustu er gott.

Hvatt er til þátttöku notenda þjónustunnar og fjölskyldna þeirra við ákvarðanatöku varðandi meðferð og þeir eru hvattir af heilbrigðisstarfsfólki til að fylgjast með veittri heilbrigðisþjónustu (t.d. lyfjagjöf) og taka virkan þátt í henni. Ekki er starfandi áfallahjálparteymi, sem stofnunin á aðild að. Notendur þjónustunnar hafa aðgang að túlkþjónustu, ef þörf krefur. Djákni stofnunarinnar sinnir sál-gæslu inniliggjandi sjúklinga og íbúa á hjúkrunardeildum. Sjúkraflutningaþjónusta á svæðinu er talin fullnægjandi. Sjúklingar á spítalanum fá sjúkraþjálfun.

### *Gæða- og öryggismál*

Skráning heilsufarsupplýsinga á stofnuninni er ekki rafræn og notast er við gamla sjúkraskrárkerfið og *Legu*. Viðurkennd flokkunarkerfi eru notuð við skráninguna, þ.e. ICD-10; NCSP og NANDA.

Sýkingar, sem eiga upptök sín í heilbrigðisþjónustu (spítalasýkingar) eru skráðar að hluta til, þ.e. á skurðsviði.

Til er skrifleg verklagsregla um atvik er varðar sjúklinga annars vegar og starfsfólk hins vegar og slíkar reglur eru kynntar af deildarstjóra. Sérstaklega er hugað að því að vinnuferli séu skipulögð til að koma í veg fyrir atvik. Atvik eru skráð samkv. leiðbeiningum frá Landlæknisembættinu og úr skráðum atvikum er unnið á þann veg að reynt er að koma með úrbætur, t.d. breyttar verklagsreglur, þannig að atvik hafa leitt til jákvæðra breytinga. Tvö atvik voru tilkynnt Landlæknisembættinu árið 2008.

Ekki er til skilgreint verkferli sem fer í gang þegar stofnuninni berst kvörtun/kæra vegna þjónustu eða samskipta, en tekið er á málum strax.

Ekki er fyrir hendi skráð gæðastefna stofnunarinnar. Gæðahandbók er fyrir hendi á deildum og einnig gæðahandbækur varðandi lyfjagjafir o.fl., en ekki rafrænar. Ekki er starfandi gæðastjóri á stofnuninni.

Fylgst er með ákveðnum gæðavísum á skurðsviði. Á hverri deild eru settar staðlaðar verklagsreglur varðandi sýkingavarnir.

Hópslysaáætlun er í vinnslu, en ekki eru haldnar reglulegar hópslysaæfingar. Formleg rýmingaráætlun er ekki fyrir hendi. Reglulegar brunaæfingar eru haldnar einu sinni á ári. Til er viðbragðsáætlun við "óboðnum gestum". Ekki kemur fram í svörum framkvæmdastjórnar hvort til sé viðbragðaáætlun við ofbeldi.

Stefna varðandi merkingar sjúklinga er að allir séu merktir. Hugmyndir starfsmanna um umbætur í öryggismálum eru teknar til athugunar. Tölvugögn eru afrituð reglulega og fyrir hendi er

---

eldveggur og eldvarnarskápur til að tryggja öryggi gagna og upplýsinga. Stofnunin fengi einkunnina 7-8 í öryggismálum er lúta að notendum þjónustunnar (á bilinu 0–10) að mati framkvæmdastjórnar og einkunnina 7,5–8 í öryggismálum er lúta að starfsfólki.

Skrifleg áætlun skv. reglugerð nr. 920/2006 um áhættumat og forvarnir á stofnuninni hefur verið gerð að hluta til, en er ennþá í vinnslu.

#### *Vistunarmat og RAI-mat*

Viðhorf framkvæmdastjórnar til niðurstaðna vistunarmats er mjög neikvætt. Heildarmat varðandi hvort niðurstöður vistunarmats gefi nægilegar upplýsingar um viðkomandi einstakling er mjög neikvætt. Hið sama gildir um hvort niðurstöður vistunarmats endurspegli raunverulegt ástand þeirra sem þurfa á vistun að halda.

Spurningar um vægi ýmissa þátta er ákvörðun er tekin um vistun einstaklinga á stofnuninni eiga ekki við á sjúkrahúshluta stofnunarinnar, né heldur spurningar um RAI-mat.

---

## Viðhorfskannanir

Sendir voru út tveir spurningalistar, annars vegar til heilbrigðisstarfsmanna og hins vegar til starfsmanna í aðhlyningu. Spurningalistarnir innihalda ýmis atriði er varða vinnuumhverfi, stjórnun stofnunar, gæði þjónustunnar, sí-/endurmenntun, starfsánægju og aðbúnað á stofnuninni. Viðhorfskannanirnar voru framkvæmdar í tvær vikur í maí 2009.

Spurningalisti var sendur heim til þátttakenda og óskað eftir að hver einstaklingur svaraði fyrir sig og hefði ekki samráð við aðra um svör þar sem slíkt rýrir gildi svaranna.

### Viðhorfskönnun heilbrigðisstarfsmanna

Í viðhorfskönnun heilbrigðisstarfsmanna fengu 141 starfsmaður sendan spurningalista og bárust 45 svör.

#### Helstu niðurstöður úr viðhorfskönnun heilbrigðisstarfsmanna:

- 42/45 gengur frekar/mjög vel að anna þeim verkefnum sem tilheyra starfinu, 3 hvorki vel né illa.
- 41/45 telja sig hafa frekar/mjög mikil áhrif á hvernig þeir inna starf sitt af hendi, 3 hvorki mikil né lítil, 1 frekar/mjög lítil.
- 27/45 telja að vinnuaðstaða uppfylli þau skilyrði sem þarf til að hægt sé að sinna vinnu sinni, 10 hvorki vel né illa, 8 frekar/mjög illa.
- 31/45 telja að starfsmenn á deildinni sem þeir vinna á séu hæfilega margir, 12 of/allt of fáir, 2 of/allt of margir.
- 37/45 telja sig hafa frekar/mjög góðan aðgang að næstu yfirmönnum sínum, 7 hvorki góðan né slæman, 1 frekar/mjög slæman.
- 34/45 starfsmanna upplifa að frekar/mjög miklu marki starfsmenn þeirrar einingar sem þeir vinna á sem eina liðsheild, 10 hvorki miklu né litlu marki, 1 frekar/mjög litlu marki.
- 21/45 finnst þeir eiga möguleika á að koma á framfæri uppbyggilegri gagnrýni að frekar/mjög miklu marki, 15 hvorki miklu né litlu, 9 frekar/mjög litlu marki.
- 38/45 eru frekar/mjög sáttir sem fagmenn við þá þjónustu sem veitt er á þeirra einingu, 6 hvorki sáttir né ósáttir, 1 frekar ósáttur.
- 42/45 telja að þjónustan við skólstæðinga sinnar einingar sé að jafnaði frekar/mjög góð, 3 hvorki góð né slæm.
- 35/44 telja að áhersla á vísindarannsóknir í daglegu starfi stofnunarinnar sé heldur/allt of lítil, 9 hæfileg, 1 ósvarað.
- 18/45 telja sig stundum fá tækifæri til þess að viðhalda þekkingu sinni, 18 sjaldan/aldrei, 9 oft mjög oft.

---

### **Ánægja í heild með eftirfarandi. Einkunn á bilinu 1 –7**

*Einkunn á kvarðanum: 1 merkir mjög óánægð(ur), 4 hlutlaus, 7 mjög ánægð(ur).*

Sjálft starfið	43/44 gáfu einkunnina	4-7
	1/44 gaf einkunnina	1-3
Öryggi á vinnustað	38/43 gáfu einkunnina	4-7
	5/43 gáfu einkunnina	1-3
Samstarf við yfirmenn á eigin einingu	42/44 gáfu einkunnina	4-7
	2/44 gáfu einkunnina	1-3
Gæði þeirrar þjónustu sem stofnunin veitir	43/44 gáfu einkunnina	4-7
	1/44 gaf einkunnina	1-3
Vægi endurmenntunar	28/42 gáfu einkunnina	4-7
	14/42 gáfu einkunnina	1-3
Laun m.v. vinnuframlag, menntun og reynslu	15/43 gáfu einkunnina	4-7
	28/43 gáfu einkunnina	1-3

### **Mikilvægi eftirfarandi þátta. Einkunn á bilinu 1 –7**

*Einkunn á kvarðanum: 1 merkir mjög óánægð(ur), 4 hlutlaus, 7 mjög ánægð(ur).*

Sjálft starfið	43/44 gáfu einkunnina	4-7
	1/44 gaf einkunnina	1-3
Öryggi á vinnustað	42/43 gáfu einkunnina	4-7
	1/43 gaf einkunnina	1-3
Samstarf við yfirmenn á eigin einingu	42/42 gáfu einkunnina	4-7
Gæði þeirrar þjónustu sem stofnunin veitir	44/44 gáfu einkunnina	4-7
Vægi endurmenntunar	36/43 gáfu einkunnina	4-7
	7/43 gáfu einkunnina	1-3
Laun m.v. vinnuframlag, menntun og reynslu	32/43 gáfu einkunnina	4-7
	11/43 gáfu einkunnina	1-3
Heildaráegja með starf á stofnuninni	37/41 Frekar/mjög ánægðir	
	2/41 Hvorki/ánægðir né óánægðir	
	2/41 Fekar/mjög óánægðir	

Athugasemdir bárust frá 14 aðilum varðandi: Óánægja með framkvæmdastjórn eða ákveðna aðila innan hennar (4). Frábær yfirmaður (deildarstjóri) (2). Hætta á minnkuðu öryggi vegna fjarveru deildarlækna (2). Niðurskurður og breytingar kynntar með litlum fyrirvara (2). Ánægja með vinnuna/deildina (2). Óánægja með laun og ráðstefnuferðir í samanburði við LSH (1). Góður starfsandi á stofnuninni (1). Ósk um að Alþingi forgangsraði í heilbrigðiskerfinu (1). Ósk um eftirlit með störfum yfirmanna (1). Ósk um meira hrós frá yfirmönnum (1). Ósk um að velja vaktir á vinnuskýrslu (1). Ósk um meiri samvinnu milli stétta (1). Ósk um að sjúkraliðar á Sólvangi fái víðara starfsvið (1).

---

### Dæmi:

Góður starfsandi og frábær yfirmaður.

Yfirmaður sá besti sem ég hef haft.

Mjög ánægð með vinnuna/deildina.

Ekki vilji hjá framkvæmdastjórn til framþróunar stofnunar né vilji til samstarfs við starfsfólk;

Stjórn spítalans tel ég vera í molum, hefur verið það í mörg ár;

Sparnaður getur haft mikil áhrif á öryggi sjúklinga.

**Í heild:** Almenn ánægja meðal starfsfólks, þótt ákveðnar athugasemdir hefðu komið fram, sem beindust helst að yfirstjórn og vægi endurmenntunar og vísindarannsókna.

Tíðnitölur úr þjónustukönnun í Fylgiskjali nr. 2

### **Viðhorfskönnun starfsmanna í aðhlyningu**

Allir starfsmenn í aðhlyningu, 60 talsins fengu sendan spurningalista, en einungis bárust 9 svör. Það eru of fá svör til að hægt sé að gefa upp svör við einstaka spurningum og eru tíðnitölur því ekki birtar.

#### Helstu niðurstöður sem fram kom í þeim svörum sem bárust:

- Allir töldu að þeim gengi frekar vel/mjög vel að anna verkefnum.
- Flestir töldu að vinnuaðstaða uppfyllti skilyrði til að sinna vinnu frekar/mjög vel.
- Flestir töldu sig hafa frekar góðan/góðan aðgang að næstu yfirmönnum.
- Flestir voru frekar/mjög sáttir við þá þjónustu sem veitt er á þeirra einingu.
- Allir töldu að þjónustan við skjólstæðinga þeirra einingar sé að jafnaði frekar/mjög góð.
- Allir töldu að öryggi skjólstæðinga þeirra einingar væri að jafnaði frekar/mjög vel tryggt.
- Fram kom að hvatning frá yfirmönnum og tækifæri til að viðhalda þekkingu mætti vera meiri.
- Allir voru ánægðir með starf sitt og flestir töldu vinnuskipulag og vaktafyrirkomulag gott/mjög gott.
- Flestir töldu öryggi á vinnustað gott/mjög gott.
- Allir töldu samstarf við samstarfsfólk gott/mjög gott og flestir sögðu það sama um samskipti við yfirmenn.
- Allir töldu mikilvægt að samstarf við samstarfsfólk og starfsandi væri góður/mjög góður.
- Flestir töldu starfanda á eigin einingu góðan/mjög góðan.
- Allir töldu gæði þjónustu sem stofnunin veitir góð/mjög góð.
- Allir voru í heildina litið frekar/mjög ánægðir í starfi á stofnuninni.

Athugasemd barst frá einum aðila varðandi: Bæta fræðslu um sorg og sorgarviðbrögð og betri næringu fyrir aldraða. Kenna fólki hvernig á að umgangast aldraðan og fatlaðan einstakling.

**Í heild:** Almenn ánægja meðal starfsfólks, en vert fyrir stjórnendur að skoða skipulag og áherslur fræðslu fyrir þennan starfshóp.



---

## Þjónustukönnun á sjúkrahúsi (legudeildir)

Spurningalisti var lagður fyrir sjúklinga sem voru inniliggjandi í meira en einn sólarhring, voru 18 ára eða eldri, höfðu ekki verið RAI-metnir, á tveggja vikna tímabili í nóvember 2009. Alls bárust 30 svör. Í niðurstöðum er miðað við fjölda þeirra sem svöruðu hverri spurningu.

### Helstu niðurstöður þjónustukönnunar á legudeildum:

- 7/28 komu vegna bráðra veikinda.
- Öllum fannst móttökur frekar/mjög góðar.
- 15/26 fengu upplýsingar um skipulag og starfemi deildar við komu, 9 ekki, 2 veit ekki/man ekki.
- 6/24 fengu upplýsingar við komu um hver væri deildarstjóri viðkomandi deildar, 7 ekki, 11 veit ekki/man ekki.
- 26/28 fannst aðkoma að sjúkrahúsinu fullnægjandi, 1 ekki, 1 veit ekki/man ekki.
- 26/28 fannst hreinlætisaðstaða fullnægjandi, 2 veit ekki/man ekki.
- Öllum fannst maturinn fullnægjandi.
- 26/28 fannst rúm/dýna fullnægjandi, en 2 ekki.
- 24/28 fannst aðstaða til að hvílast og fá næði fullnægjandi, 4 ekki.
- 23/26 fannst aðstaða fyrir heimsóknargesti fullnægjandi, 2 ekki, 1 veit ekki/man ekki.
- 24/28 fannst merkingar innanhúss fullnægjandi, 4 veit ekki/man ekki.
- 25/26 fannst hreinlæti á stofnuninni fullnægjandi, 1 veit ekki/man ekki.
- Almennt áttu svarendur frekar góð/mjög góð samskipti við starfsfólk.
- Allir, sem við átti, fengu gagnlegar upplýsingar/ráðgjöf frá starfsfólki.
- Allir sögðust hafa fengið fullnægjandi upplýsingar varðandi rannsóknir og meðferð.
- Allir sögðust hafa fengið fullnægjandi upplýsingar varðandi niðurstöður rannsókna og meðferðar.
- Langflestum fannst starfsfólk alltaf/oft sýna sér stuðning og skilning.
- Öllum fannst starfsfólk alltaf/oft sýna sér virðingu og tillitsemi.
- Öllum fannst starfsfólk hafa nægan tíma til að sinna sér.
- 16/18 sögðu að þeir hefðu alltaf/oft verið hvattir til að taka þátt í ákvarðanatöku varðandi meðferð, 2 sjaldan/aldrei.
- 17/20 sögðu að þeir hefðu alltaf/oft verið hvattir til að fylgjast með veittri heilbrigðisþjónustu og taka virkan þátt í henni, 1 stundum og 2 sjaldan/aldrei.
- Allir voru frekar/mjög sammála því að þeir töldu sig hafa fengið bestu mögulegu meðferð.
- Öllum fannst þeir alltaf/oft vera í öruggum höndum.
- Einn sjúklingur taldi sig hafa fengið ranga sjúkdómsgreiningu og annar sjúklingur taldi að komið hefði upp óvænt atvik varðandi meðferð hans.

- 
- Allir fengu upplýsingar um hvaða lækni væri ábyrgur fyrir meðferð.
  - 7/20 fengu upplýsingar um hvaða hjúkrunarfræðingur væri ábyrgur fyrir meðferð, 5 ekki, 8 veit ekki/man ekki.
  - 17/18 fengu fullnægjandi upplýsingar fyrir aðgerð, 1 ekki.
  - 15/16 skrifuðu undir upplýst samþykki vegna skurðaðgerðar, 1 veit ekki/man ekki.
  - 16/18 töldu að upplýsingar sem þeir fengu fyrir aðgerð væru í samræmi við upplifun eftir aðgerð, 1 ekki, 1 veit ekki/man ekki.
  - 18/18 fengu fullnægjandi verkjameðferð eftir aðgerð.
  - Öllum fannst þjónustan í heild sinni frekar/mjög góð.
  - 15/19 fengu fræðslu fyrir heimferð/útskrift, 1 ekki, 1 veit ekki/man ekki, 2 höfðu ekki enn fengið fræðslu þegar þeir svöruðu könnuninni.

Athugasemdir bárust frá 15 aðilum varðandi: Hrós um þjónustu stofnunar og starfsfólk (9); góð samskipti við ritara og hjúkrunarfræðinema (2); ósk um ítarlegri fræðslu fyrir aðgerð (1); þörf á betri merkingum (skilti) (1); hávaða frá starfsfólki (hurðaskellir og skrölt) (1); ósk um betri leiðbeiningar í undirbúningi (1).

Dæmi um ummæli: Þjónustan frábær svo og allt starfsfólk. Fá aðeins ítarlegri fræðslu frá lækni fyrir aðgerð.

**Í heild:** Mjög mikil ánægja með þjónustuna.

Tíðnitölur úr þjónustukönnun í Fylgiskjali nr. 3.

---

## Þjónustukönnun á göngudeild

Þjónustukönnun var framkvæmd í tvær vikur 28. okt. – 12. nóv. 2009. Óskað var eftir að öllum sem notuðu þjónustuna væri afhentur spurningalisti. Samtals voru afhentir 110 spurningalistar. Alls bárust 90 svör (um 82% svarhlutfall).

### Helstu niðurstöður þjónustukönnunar:

- 43/85 fannst biðtími frá því pantaður var tími vera mjög stuttur/stuttur, 33 hvorki stuttur né lágur, 9 langur/mjög langur.
- 62/84 fannst tími frá komu á göngudeildina þar til afgreiðsla fékkst vera mjög stuttur/stuttur, 18 hvorki stuttur né langur, 4 langur/mjög langur.
- 49/88 fannst erindið mjög brýnt/frekar brýnt, 25 hvorki né, 14 ekki mjög brýnt/allt ekki brýnt.
- 68/73 fengu úrlausn erindis hjá lækni, 5 hjá öðrum heilbrigðisstarfsmönnum.
- Flestöllum fannst viðmót heilbrigðisstarfsfólks mjög gott/frekar gott.
- 76/88 töldu sig hafa fengið úrlausn erindisins, 10 að hluta, 2 ekki.
- 77/85 voru sáttir við úrlausnina, 7 að hluta, 1 ekki.

### Ánægja í heild með eftirfarandi þjónustu á göngudeildinni. Einkunn á bilinu 1 –7

*Einkunn á kvarðanum: 1 merkir mjög óánægð(ur), 4 hlutlaus, 7 mjög ánægð(ur).*

Aðbúnaður;	75/84 gáfu einkunnina 4 -7 9/84 gáfu einkunnina 1 -3
Upplýsingagjöf almennt;	70/79 gáfu einkunnina 4 -7 9/79 gáfu einkunnina 1-3
Upplýsingagjöf varðandi skoðun og meðferð;	70/77 gáfu einkunnina 4 -7 7/77 gáfu einkunnina 1 -3
Þjónusta í heild sinni;	76/84 gáfu einkunnina 4 -7 8/84 gáfu einkunnina 1-3

Athugasemdir bárust frá 25 aðilum varðandi: Hrós (12), ósk um að starfsemi haldi áfram og aukið fjármagn fái (5), húsnæði og aðstaða fyrir starfsfólk (3), ánægja með að hafa slíka starfsemi í heimabæ (2), ósk um styttri biðtíma eftir að komið var á deildina (2), ósk um að fá SMS ef tafir eru fyrirsjáanlegar (1), ósk um betri upplýsingar eftir meðferð (1).

Dæmi um ummæli: Getur ekki verið betra. Fært starfsfólk og rólegheit. Nútímavæða húsnæðið, það virkar sjálfsagt aðeins neikvætt að sækja læknaþjónustu í húsnæði sem er gamalt og innastokksmunir gamlir og sjúkaðir.

**Í heild:** Almenn ánægja með þjónustu göngudeildarinnar. Helstu tækifæri til umbóta snúa að húsnæði og aðbúnaði auk upplýsingagjöf.

Tíðnitölur úr þjónustukönnun í Fylgiskjali nr. 4

---

## Meginniðurstöður fyrir Sólvang hjúkrunardeild

### *Húsnæði og aðbúnaður*

Samkvæmt upplýsingum framkvæmdastjórnar er ástand húsnæðis stofnunarinnar nokkuð gott og vel við haldið. Húsnæðið er þó gamalt, byggt í sjúkrahússtíl en ekki samkvæmt þeim kröfum sem gerðar eru til hjúkrunarheimila í dag. Brýnustu úrbætur felast í venjulegu reglulegu eftirliti. Fimm heimilismenn búa í einbýli en 50 heimilismenn í tvíbýli. Fram kemur í svari framkvæmdastjórnar að gerðar hafa verið athugasemdir varðandi stóla með hjólum fyrir heimilsmenn og að læstar hirslur vanti fyrir ræstingavörur, en ekki er tekið fram frá hverjum athugasemdir koma. Brýnasta tækjapörf snýr að rúmum fyrir íbúa ásamt borðum og stólum svo og tölvum fyrir starfsfólk.

### *Mannauður*

Samræmi á milli stöðuheimilda fagfólks/annars starfsfólks og umfang þjónustu hefur lagast, en auka má stöðuheimildir sjúkraliða að teknu tilliti til vaxandi hjúkrunarþyngdar. Tekið er mið af þjónustupörf og RAI-mati við gerð mönnunarlíkans. Rúmlega 10 stöðugildi (13 einstaklingar) eru mönnuð starfsmönnum sem eru af erlendu bergi brotnir. Ef slíkir starfsmenn sinna íbúum stofnunarinnar þurfa þeir að tala íslensku. Sérþekking á sviði öldrunar mætti vera meiri að mati framkvæmdastjórnar.

Ráðningaferlið felur í sér auglýsingar, viðtöl og munnleg meðmæli frá fyrrverandi vinnuveitendum. Viðkomandi starfsmenn þurfa að framvísa gildu starfsleyfi. Ekki er krafist heilbrigðisvottorðs við ráðningu, en starfsfólk undirritar þagnarskylduheit áður en það hefur störf. Nýr starfsmaður fær ákveðinn aðlögunartíma, námskeið og oft tengilið sem tekur að sér að setja starfsmann inn í starfið. Þá er markvisst farið yfir ákveðinn gátlista í tengslum við aðlögun. Ekki er til skrifleg starfsmannastefna stofnunar.

Um töluverða starfsmannaveltu er að ræða og er hún að stærstum hluta hjá ófaglærðu starfsfólki. Á árinu 2009 (fram til október) byrjuðu 47 nýir starfsmenn, flestir í sumarafleysingum, en aðeins lítill hluti til frambúðar.

Að mati framkvæmdastjórnar er starfsandi á stofnuninni mjög góður og traust ríkjandi á milli faghópa. Langvarandi erjur eða deilumál er ekki vandamál. Ef upp koma samskiptaörðugleikar er reynt að taka á vandamálum strax með viðkomandi starfsmanni og deildarstjóra og/eða framkvæmdastjóra hjúkrunar.

Reynt er að leita eftir breytingum eða nýjum hugmyndum í samstarfi við starfsfólk. Regluleg starfsmannasamtöl eru ekki viðhöfð, en verið er að vinna að því að koma slíku á. Mun þá ákveðnu formi fylgt.

Tíðni veikinda í heild voru 10.490 stundir árið 2008. Uppsafnað sumarorlof eiga 36 starfsmenn og 49 eiga uppsafnað vetrarorlof, og slíkt er ekki mismunandi eftir starfsstéttum. Starfsfólki er boðið upp á inflúensubólusetningar eða aðrar bólusetningar eða hvatt til þess að láta bólusetja sig. Ekki er til skrifleg regla um viðbrögð við stunguóhöppum, en haft er samband við lækni ef slíkt gerist. Deildarstjóri kynnir starfsfólki reglu þessa munnlega. Þá er boðið upp á sálgæslu fyrir starfsfólk.

---

Menntastefna er fyrir hendi - aðallega eru ákveðin viðfangsefni tekin fyrir og nýir starfsmenn fá ákveðna fræðslu. Reynt er að bjóða reglulega upp á fræðslu á hjúkrunarsviði stofnunarinnar og starfsfólk getur sótt fræðslu í vinnutíma. Starfsmannafundir eru eftir þörfum fyrir alla starfsmenn og deildarfundir eru haldnir reglulega. Fundargerðir eru skráðar á deildarfundum og eru þær aðgengilegar öllum. Ekki eru skráðar fundargerðir af starfsmannafundum nema þurfa þyki.

Allir stjórnendur hafa aðgang að fundargerðum stjórnarfundna.

### *Skráning*

Skráning heilsufarsupplýsinga (sjúkraskrár, þ.m.t. hjúkrunarskráning) er ekki rafræn, en viðurkennd flokkunarkerfi við skáninguna eru notuð að hluta til, svo sem ICD-10. Sýkingar, sem eiga upptök sín á hjúkrunarheimilinu (s.k. spítalasykingar) eru skráðar.

### *Þjónusta*

Hvatt er til þátttöku íbúa og fjölskyldna þeirra við ákvarðanatöku varðandi meðferð og haldnir eru fjölskyldufundir. Þá eru íbúar og fjölskyldur þeirra hvattir af heilbrigðisstarfsfólki til að fylgjast með veittri heilbrigðisþjónustu (t.d. lyfjagjöf) og taka virkan þátt í henni.

Íbúar og/eða ábyrgðarmenn þeirra hafa aðgang að sjúkraskrá og niðurstöðum úr RAI-mati, ef þess er óskað. Íbúar hafa aðgang að túlkþjónustu, ef þörf krefur. Þá hafa íbúar möguleika á að þjálfa og viðhalda líkamlegri og andlegri færni með sjúkraþjálfun, minningarvinnu, tómstundastarfi ýmis konar og margs konar virkni. Djákni stofnunarinnar sinnir sérstaklega sálgæslu íbúa. Veitt er þjónusta við þvott á einkafatnaði íbúa.

### *Gæða- og öryggismál*

Að einhverju leyti er stuðst við viðmið Landlæknisembættisins varðandi þjónustu á hjúkrunarheimilum við skipulagningu þjónustu. Skráð gæðastefna stofnunarinnar er ekki fyrir hendi, en til er rafræn gæðahandbók varðandi lyfjagjafir o.fl. í tengslum við það. Ekki er starfandi gæðastjóri á stofnuninni. Ekki er fylgst með ákveðnum gæðavísum, en verið að skoða það mál. Sýkingavörnum er þannig háttað að sýkingar eru skráðar reglulega og einnig eru fyrir hendi ýmsar leiðbeiningar og reglur er lúta að sýkingavörnum.

Fyrirtækið *Lyfjalausnir* tekur til algengustu lyfin en að öðru leyti sjá hjúkrunarfræðingar um lyfjatiltekt. Hjúkrunarfræðingar gefa lyfin, en einnig sjúkraliðar að beiðni hjúkrunarfræðinga. Einungis hjúkrunarfræðingar hafa aðgang að lyfjaskáp. Lyf sem gefin eru án fyrirmæla og lyf sem gefin eru eftir þörfum eru skráð þ.n. af lækni og gefin eftir þörfum.

Til er skrifleg verklagsregla um atvik, er varðar íbúa annars vegar og starfsfólk hins vegar. Slík regla er öllum kynnt og deildarstjóri ásamt hjúkrunarfræðingum á vakt heldur utan um skráningu og kynningu. Sérstaklega er hugað að því að vinnuferli séu skipulögð til að koma í veg fyrir atvik. Atvik eru skráð samkv. leiðbeiningum Landlæknisembættisins og voru 42 skráð á stofnuninni árið 2008. Regluleg skráning var komin á fyrir ári síðan og verið er að vinna úr niðurstöðum. Atvik hafa leitt til jákvæðra breytinga, lært er af mistökum og reglur settar til leiðbeiningar. Ekki er til skrifleg lýsing á því sem gera ber þegar stofnuninni berst kvörtun/kæra vegna þjónustu eða samskipta.

Ekki er fyrir hendi hópslysaáætlun á stofnuninni og reglulegar hópslysaæfingar eru ekki haldnar. Þá er rýmingaráætlun ekki fyrir hendi og reglulegar brunnaæfingar hafa ekki verið haldnar síðustu ár. Til er viðbragðsáætlun við óboðnum gestum, en hún er ekki skrifleg. Ekki er

---

fyrir hendi skrifleg viðbragðsáætlun við ofbeldi. Hugmyndir starfsmanna um umbætur í öryggismálum eru teknar til athugunar, en brunaæfingar vantar.

Til að tryggja öryggi rafrænna gagna eru þau afrituð reglulega og eldveggur, eldvarnarskápar og vírusvarnir eru fyrir hendi. Að mati framkvæmdastjórnar fengi stofnunin einkunnina 7,5–8,5 í öryggismálum er lúta að íbúum heimilisins (á bilinu 0–10) og einkunnina 8,5 í öryggismálum er lúta að starfsfólki. Ekki hefur verið gerð skrifleg áætlun skv. Reglugerð nr. 920/2006 um áhættumat og forvarnir á stofnuninni.

#### *Vistunarmat*

Viðhorf framkvæmdastjórnar til niðurstaðna vistunarmats eins og það er framkvæmt í dag er neikvætt. Það er skoðun framkvæmdastjórnar að niðurstöður vistunarmats gefi nokkurn veginn nægilegar upplýsingar um viðkomandi einstakling en nokkuð vanti varðandi upplýsingar um þá sem eru heilabílaðir. Heildarmat varðandi þennan þátt er neikvætt. Framkvæmdastjórn telur að niðurstöður vistunarmats endurspegli nokkuð svo raunverulegt ástand þeirra sem þurfa á vistun að halda. Heildarmat varðandi þennan þátt er hvorki jákvætt né neikvætt. Þá telur framkvæmdastjórn að miðlæga vistunarmatið geri einungis kleift að meta heildarstigafjölda og að bið eftir vistunarmati geti verið allt of löng. Taka mætti meira tillit til álits þeirra sem annast viðkomandi einstaklinga. Meiri samvinna við fagaðila sem þekkja viðkomandi og að taka tillit til þeirra álits væri til bóta. Yfirlæknir og deildarstjóri eru ábyrgir fyrir ákvörðunartöku um vistun á stofnuninni.

#### *RAI- mat*

Deildarstjórar, hjúkrunarfræðingar og ábyrgur læknir bera ábyrgð á skráningu RAI-mats. Við upplýsingaöflun fyrir skráninguna er haft samráð við alla sem koma að umönnun íbúa. Lítið er unnið með niðurstöður, en sá þáttur er í vinnslu. Ekki er markvisst fylgst með gæðavísum, en það er í athugun. Umbótaverkefnum er hrundið af stað ef þörf krefur. Þjálfun og fræðsla í tengslum við RAI-mat er talin fullnægjandi, en allir hlutaðeigandi fara á námskeið. Áreiðanleikaprófanir á RAI-mati eru ekki gerðar markvisst/reglulega.

---

## Gæðavísar

Verkefnisstjóri RAI-mats hjá embættinu skoðaði gæðavísa á Sólvangi með hliðsjón af nýjum íslenskum gæðaviðmiðum fyrir RAI-gæðavísa. Um er að ræða stöðluð gæðaviðmið, efri og neðri mörk.

### Gæðavísar á Sólvangi fyrir tímabilið sept.-okt. 2009

Efri gæðaviðmið (léleg) er það viðmið sem talið er lýsa vandamáli sem er til staðar varðandi umönnun/meðferð íbúans. Þetta viðfangsefni þarf að kanna frekar og þarfnast umbóta.

Gæðavísar sem voru yfir efri mörkum gæðaviðmiða á 2. hæð Sólvangi:

Algengi þunglyndiseinkenna  
Algengi þvag- eða hægðaleka  
Algengi þvagfærasýkinga \*  
Algengi daglegra líkamsfjötra/öryggisútbúnaðar  
Algengi lítillar eða enngar virkni

Gæðavísar sem voru yfir efri mörkum gæðaviðmiða á 3. hæð Sólvangi:

Algengi hegðunarvandamála gagnvart öðrum  
Algengi á notkun 9 eða fleiri lyfja  
Algengi þvagleggja  
Algengi þvagfærasýkinga\*  
Algengi róandi lyfja og svefnlyfja  
Algengi stöðugrar notkunar svefnlyfja eða oftast en tvisvar í viku

Gæðavísar sem voru yfir efri mörkum gæðaviðmiða á 4. hæð Sólvangi:

Algengi byltna  
Algengi hægðastíflu  
Algengi þvagfærasýkinga\*  
Algengi þyngdartaps  
Algengi sondugjafa  
Algengi róandi lyfja og svefnlyfja

\* Algengi þvagfærasýkinga var töluvert yfir efri mörkum gæðaviðmiða á öllum deildum á Sólvangi

---

## Gæðavísar á Sólvangi fyrir tímabilið maí-júní 2010

Þegar gæðavísar (20 talsins) voru skoðaðir kom í ljós að 4. hæðin skar sig úr að því leyti að gæðavísar voru þar yfirleitt á milli neðri og efri gæðaviðmiða en 2. og 3. hæð voru oftar fyrir ofan efri gæðaviðmið. Efri gæðaviðmið (léleg) er það viðmið sem talið er lýsa vandamáli sem er til staðar varðandi umönnun/meðferð íbúans. Þetta viðfangsefni þarf að kanna frekar og þarfnast umbóta.

Gæðavísar sem voru yfir efri mörkum gæðaviðmiða á 2. hæð Sólvangi:

Algengi hegðunarvandamála gagnvart öðrum  
Algengi þunglyndiseinkenna  
Algengi þvag- eða hægðaleka  
Algengi þvagfærasýkinga \*  
Algengi þyngdartaps  
Algengi á notkun sterkra geðlyfja í öðrum tilfellum en mælt er með  
Algengi daglegra líkamsfjötra/öryggisútbúnaðar  
Algengi lítillar eða engrar virkni  
Algengi þrýstingssára

Gæðavísar sem voru yfir efri mörkum gæðaviðmiða á 3. hæð Sólvangi:

Algengi á notkun 9 eða fleiri lyfja  
Algengi þvagfærasýkinga\*  
Algengi rúmfastra íbúa  
Algengi róandi lyfja og svefnlyfja  
Algengi stöðugar notkunar svefnlyfja eða oftar en tvisvar í viku  
Algengi lítillar eða engrar virkni  
Algengi þrýstingssára

\* Algengi þvagfærasýkinga var töluvert yfir efri mörkum gæðaviðmiða á öllum deildum á Sólvangi



---

## Þjónustukönnun á Sólvangi hjúkrunardeild

Spurningalisti með 22 spurningum var lagður fyrir íbúa í tvær vikur í nóvember 2009. Voru 53 spurningalistar afhentir íbúum/aðstandendum og bárust alls svör frá 25 aðilum.

### Helstu niðurstöður þjónustukönnunar:

- 18/23 svara f.h. íbúa/ættingja, 5 íbúar svara með aðstoð aðstandanda.
- 24/25 fannst þeir fá mjög góðar/frekar góðar móttökur við komu á stofnun, 1 hvorki góðar né slæmar.
- 20/22 sögðu að alltaf/stundum væri tekið mið af afstöðu íbúa við ákvarðanir um meðferð, 1 hvorki né, 1 sjaldan.
- 24/25 líkaði umönnunin mjög vel/vel, 1 hvorki vel né illa.
- Allir sögðu að veitt væri þjónusta varðandi þvott á einkafatnaði.
- 16/23 sögðu að ekki hefði verið haldinn fjölskyldufundur með þeim og aðstandendum.
- 23/25 töldu að starfsfólk kæmi alltaf/oft fram af virðingu og tillitsemi, 2 stundum.
- 18/20 töldu að sjálfsákvörðunarréttur væri alltaf/oft virtur, 1 stundum, 1 sjaldan/aldrei.
- 17/25 fannst umhverfi sitt vistlegt, 4 ekki, 4 hvorki né.
- 4/25 búa í einbýli, en 21/25 í tvíbýli.
- Enginn íbúi er með sér salernisaðstöðu.
- 13/25 íbúa töldu sig hafa litla möguleika á að hafa hjá sér eigin muni, 6/25 töldu sig hafa nokkra, 5/25 íbúa töldu sig hafa mikla og 1 enga möguleika.
- 18/23 líkaði maturinn, en 5 hvorki/né.
- 15/23 fannst þeir sjaldan/aldrei verða fyrir ónæði vegna annarra íbúa; 6 stundum og 2 mjög oft/oft.
- Öllum fannst þeir sjaldan/aldrei verða fyrir óþarfa ónæði vegna starfsfólks.
- 19/24 aðstandendur töldu að alltaf/oft væri haft samráð við þá varðandi ákvarðanir um meðferð íbúa/ættingja, 4 stundum og 1 sjaldan/aldrei.
- 22/25 aðstandendum fannst þeir hafa mjög góðan/góðan aðgang að upplýsingum um líðan íbúa/ættingja en 3 hvorki góðan né slæman.
- 24/25 aðstandendur töldu að starfsfólk kæmi alltaf/oft fram við þá af virðingu og tillitsemi, en 1 stundum.

Athugasemdir bárust frá 13 aðilum varðandi: Hrós um þjónustu stofnunar og starfsfólk (6); aðstöðu (6); ósk um að þarfir íbúa séu meira hafðar að leiðarljósi (1); ósk um að þagnarskylda sé virt (1); ósk um meiri hreyfingu íbúa (1) og ósk um minni truflun vegna herbergisfélaga (1).

Dæmi um ummæli: Hjúkrun og umönnun eins góð og alúðleg og hægt er að hugsa sér. Ekki hægt að hugsa sér betri stað að búa á. Mjög takmarkaðar aðstæður sníða búsetu og þjónustu stakk. Ef ekki væri fyrir mikinn vilja og skilning starfsmanna sem leggja sig fram um að gera líf íbúa sem best þá væri heimilið ekki boðlegt.

**Í heild:** Almenn ánægja með þjónustuna. Ákveðin óánægja með aðbúnað, aðstöðu og lítil tækifæri til hafa hjá sér eigin muni.

Tíðnitölur úr þjónustukönnun í Fylgiskjali nr. 5

---

## Samantekt

Ljóst er að á undanförunum árum hefur orðið grundvallarbreyting á starfsemi stofnunarinnar og fyrirhugaðar eru miklar breytingar á næsta ári með sameiningu við Landspítalann. Miklu skiptir að jákvæðar niðurstöður hafa komið fram frá notendum varðandi þjónustu og einnig hefur komið fram almenn ánægja meðal starfsfólks. Sérstaka athygli hefur vakið hve mikið átak hefur verið gert varðandi skráningu atvika.

Í ljósi breyttra aðstæðna og fyrirhugaðra breytinga á starfsemi stofnunarinnar telur Landlæknisembættið að þessi hlutaúttekt nái ekki lengra að svo stöddu.

Embættið þakkar fyrir góða samvinnu við gerð úttektarinnar og óskar stofnuninni alls hins besta við nýjar aðstæður á næsta ári.