
Rannsókn
vegna tveggja alvarlegra
óvæntra atvika í
þjónustu íbúðakjarnans
í Hólmasundi 2, Reykjavík

Útgefandi:

**Gæða- og eftirlitsstofnun
velferðarmála**

1. apríl 2025

gev@gev.is

gev.is

Umbrot og textavinnsla:
Gæða- og eftirlitsstofnun
velferðarmála

Samantekt

Markmið rannsóknar GEV á hinum alvarlegu óvæntu atvikum:	Leita skýringa á atvikunum sem geta nýst til að koma í veg fyrir að sambærileg atvik eigi sér stað.
Hin alvarlegu óvæntu atvik:	Tilkynnt var um að notandi þjónustu, íbúi í íbúðakjarna í Hólmasundi 2, Reykjavík, hafi lent í tveimur aðskildum atvikum í þjónustunni í ágúst 2024. Í því fyrra hafi hann fallið/sigið ¹ úr segllyftu niður á gólf og í því seinna hafi hann fallið úr hjólastól sínum á leið niður útitröppur og lent á jörðinni með þeim afleiðingum að hann hlaut beinbrot.
Skýring á hinum alvarlegu óvæntu atvikum:	Alvarlegt óvænt atvik 7. ágúst 2024: Að mati GEV hefði annað hvort þurft tvo starfsmenn til að aðstoða notanda í umrætt sinn við að fara í og úr segllyftu eða kalltæki/öryggishnappur hefði þurft að vera staðsett inni í íbúð notanda til að koma í veg fyrir atvikið. Þegar ljóst var að segllyftan virkaði ekki sem skyldi þurfti starfsmaður þjónustuveitanda að fara fram og kalla eftir aðstoð þar sem enginn starfsmaður var í kallfæri. Á meðan var notandinn skilinn einn eftir í lyftunni og fellur/sigur úr seglinu, úr u.þ.b. metershæð, á gólfið. Alvarlegt óvænt atvik 17. ágúst 2024: Að mati GEV virðist starfsmaður þjónustuveitanda sem fór með notandann út í göngutúr í umrætt sinn ekki hafa vitað með vissu hvernig ætti að festa hann í hjólastólinn. Hafi það leitt til þess að notandinn var ekki festur í stólinn með þeim hætti sem einstaklingsbundin áætlun hans kveður á um, þ.e. með fimm punkta öryggisbelti yfir bæði mitti og brjóstkassa. Það hafi leitt til þess að þegar starfsmaðurinn fer niður útitröppur með hjólastólinn hafi notandi fallið úr stólnum á jörðina. Við það fall hlaut hann m.a. beinbrot. Að mati GEV hefði hugsanlega verið unnt að koma í veg fyrir atvikið ef mikilvægar upplýsingar sem þessar hefðu verið aðgengilegar starfsmanni með einföldum og skýrum hætti. Þá kann skortur á verklegri þjálfun starfsmannsins

¹ Í svörum Reykjavíkurborgar við upplýsingabeiðni GEV segir að notandinn hafi sigið niður á gólfið í seglinu en aðstandendur hans telja í athugasemdum sínum til GEV að notandinn hafi fallið úr seglinu niður á gólf.

	og eftirfylgni þjónustuveitanda, við að tryggja að starfsmaðurinn væri með upplýsingar sem þessar á hreinu, að skýra atvikið að einhverju leyti.
Umbætur til að koma í veg fyrir sambærileg atvik:	Fyrra atvikið 7. ágúst 2024: Þjónustuveitandi hefur óskað eftir tilboðum fyrir kalltæki í íbúð notanda. Á meðan beðið er eftir slíkum tækjum verður notast við talstöðvar. Þá liggur fyrir að þjónustuveitandi ætla einnig að yfirfara og uppfæra verklagsreglur í þjónustunni sem varða notkun á segllyftu. GEV fagnar framangreindum umbótum enda til þess fallnar að auka bæði gæði og öryggi þjónustunnar sem veitt er íbúum í Hólmasundi 2. Seinna atvikið 17. ágúst 2024: Þjónustuveitandi vinnur nú að því að setja saman vinnumöppur fyrir starfsfólk þar sem það getur nálgast mikilvægar upplýsingar um notendur á einfaldan og skýran hátt. Þá hafa ýmsar umbætur í þjónustunni farið fram, t.d. varðandi þjálfun og fræðslu til starfsfólks um hjálpartæki notenda í þjónustunni. GEV fagnar þessum umbótum enda til þess fallnar að bæta gæði þjónustunnar. Frumkvæðisathugun GEV: Samhliða rannsókn stofnunarinnar á hinum alvarlegu óvæntu atvikum stofnaði GEV til frumkvæðisathugunar á þjónustunni í Hólmasundi 2 á grundvelli 14. gr. laga nr. 88/2021 (lög um GEV). Þeirri úttekt lauk í desember 2024 með skýrslu sem birt var á heimasíðu GEV þar sem sett voru fram úrbótatilmæli til þjónustuveitanda varðandi þau atriði sem þurfti að bæta í þjónustunni í Hólmasundi 2 sem GEV mun fylgja eftir.²

² Í frumkvæðisathugun GEV kom m.a. í ljós að ekki voru öryggishnappar/kalltæki inni í íbúð notenda þjónustunnar. Þá kom einnig í ljós að skortur væri á þjálfun starfsfólks í upphafi starfs og að auka þyrfti fræðslu til starfsmanna um m.a. hjálpartæki notenda. GEV beindi þeim tilmælum til velferðarsviðs Reykjavíkurborgar að bæta framangreint sem myndi fela í sér betri þjónustu til íbúa í Hólmasundi 2. Sjá nánari umfjöllun í eftirlitsskýrslu GEV hér: [Eftirlitsskýrsla GEV](#).

Efnisyfirlit

SAMANTEKT	1
1. INNGANGUR	4
2. MÁLSATVIK	5
3. FRAMKVÆMD RANNSÓKNAR GEV	6
3.1 Upplýsingabeiðni GEV til Hólmasunds 2 og svör Hólmasunds 2 vegna hinna alvarlegu óvæntu atvika.....	7
3.1.1 Upplýsingabeiðni GEV vegna atviks 7. ágúst 2024	7
3.1.2 Upplýsingabeiðni GEV vegna atviks 17. ágúst 2024.....	7
3.1.3 Svör Hólmasunds 2 er varða atvikið sem átti sér stað þann 7. ágúst.....	8
3.1.4 Svör Hólmasunds 2 er varða atvikið sem átti sér stað þann 17. ágúst.....	9
3.2 Beiðni GEV um frekari upplýsingar og viðbótarsvör frá Hólmasundi 2.....	11
3.2.1 Viðbótarupplýsingabeiðni GEV vegna atviks 7. ágúst 2024	11
3.2.2 Viðbótarupplýsingabeiðni GEV vegna atviks 17. ágúst 2024.....	11
3.2.3 Svör Hólmasunds 2.....	12
3.3 Beiðni GEV um enn frekari upplýsingar og viðbótarsvör frá Hólmasundi 2	13
3.3.1 Seinni viðbótarupplýsingabeiðni GEV	13
3.3.2 Svör Hólmasunds 2 við seinni viðbótarupplýsingabeiðni GEV	14
4. SAMRÁÐ VIÐ HLUTAÐEIGANDI.....	14
5. NIÐURSTÖÐUR	16
5.1 Markmið rannsóknar GEV m.t.t. hlutverks Hólmasunds 2	16
5.2 Skýringar á hinu alvarlega óvænta atviki 7. ágúst 2024	16
5.3 Skýringar á hinu alvarlega óvænta atviki 17. ágúst 2024	17
5.4 Umbætur til að koma í veg fyrir sambærileg atvik.....	19

1. Inngangur

Gæða- og eftirlitsstofnun velferðarmála (GEV) hefur það að markmiði að efla og samræma faglegt eftirlit með gæðum velferðarþjónustu og tryggja þar með að sú þjónusta sem lýtur eftirliti stofnunarinnar sé traust, örugg og í samræmi við ákvæði laga, reglugerða, reglna, viðmiða, samninga og leiðbeininga. Verkefni stofnunarinnar eru meðal annars að þróa gæðaviðmið á grundvelli bestu mögulegu þekkingar á málaflokkum á verkefnasviði GEV, hafa eftirlit með gæðum þjónustu sem lýtur eftirliti stofnunarinnar, taka á móti og vinna úr kvörtunum frá notendum þjónustu, taka á móti og vinna úr ábendingum um misbrest í þjónustu auk þess að rannsaka tilkynningar um alvarleg óvænt atvik.

Samkvæmt 2. mgr. 1. gr. laga nr. 88/2021, um Gæða- og eftirlitsstofnun velferðarmála (lög um GEV), fer stofnunin meðal annars með eftirlit með gæðum þjónustu sem veitt er á grundvelli laga nr. 38/2018, um þjónustu við fatlað fólk með langvarandi stuðningsþarfir. Allir sem veita þjónustu sem lýtur eftirliti GEV skulu samkvæmt 1. mgr. 12. gr. laga um GEV skrá óvænt atvik. Með óvæntu atviki er átt við óhappatilvik, mistök, vanrækslu eða önnur atvik sem valdið hafa notanda þjónustu tjóni eða hefðu getað valdið notandanum tjóni.

Þeim þjónustuveitendum sem lúta eftirliti GEV er skylt að tilkynna stofnuninni án tafar um alvarleg óvænt atvik, sbr. 2. mgr. 12. gr. laga um GEV. Með alvarlegu óvæntu atviki er átt við atvik sem valdið hefur eða hefði getað valdið notanda þjónustu varanlegu líkamlegu eða andlegu tjóni eða orðið honum að bana. Þegar GEV berst tilkynning um alvarlegt óvænt atvik er stofnuninni skylt að hefja rannsókn á atvikinu en við meðferð máls hefur stofnunin heimild til að afla allra upplýsinga og gagna sem nauðsynleg eru fyrir eftirlit stofnunarinnar, sbr. 3. mgr. 12. gr. laga um GEV, sbr. einnig 15. gr. sömu laga. Áréttað er í athugasemdum við 12. gr., sem fylgdu frumvarpi því sem varð að lögum nr. 88/2021, að ef athugun á alvarlegu óvæntu atviki leiðir í ljós tilefni til þess að skoða önnur atvik getur stofnunin hafið frumkvæðiseftirlit samkvæmt 14. gr. laga um GEV.

Í ofangreindum athugasemdum kemur enn fremur fram að markmið rannsóknar sé að leita skýringa í þjónustu sem lýtur eftirliti GEV sem geti nýst til að koma í veg fyrir að sambærileg atvik eigi sér stað. Kemur einnig fram að leggja beri ríka áherslu á að afmarka og framkvæma rannsókn með opnum og heildstæðum hætti. Rannsókn sé því ekki bundin við að leiða í ljós ábyrgð tiltekinna einstaklinga heldur skuli meta alla samverkandi þætti. Þá er áréttað að í ljósi markmiðs rannsóknar hafi þolandi atviks ekki beina aðkomu eða aðild að rannsókn GEV á alvarlegu óvæntu atviki. Þó skuli leitast við að hafa samráð við þolanda og alla hlutaðeigandi, eftir atvikum. Að lokum kemur fram að ef rannsókn á alvarlegu óvæntu atviki bendi til refsiverðrar háttsemi skuli beina ábendingu um slíkt til lögreglu.

Samkvæmt 3. mgr. 12. gr. laga um GEV skal stofnunin ljúka umfjöllun um hin alvarlegu óvæntu atvik með skýrslu. Skýrslan, eða útdráttur úr henni, skal birt eftir því sem unnt er, sbr. 1. mgr. 4. gr. laga um GEV.

2. Málsatvik

Þann 22. ágúst 2024 bárust GEV tvær tilkynningar frá forstöðumanni Hólmasunds 2, sem er íbúðakjarni fyrir fullorðið fatlað fólk, um að alvarleg óvænt atvik hefðu átt sér stað í starfseminni annars vegar þann 7. og hins vegar þann 17. ágúst 2024. Í kjölfar yfirferðar GEV yfir efni tilkynninganna voru þær sameinaðar í málaskrá GEV þar sem þær varða sama notanda þjónustunnar og sama þjónustuveitanda. Í tilkynningunum kemur fram að fyrra atvikið hafi átt sér stað í íbúð notanda þjónustunnar þar sem hann hafi dottið/runnið³ úr segllyftu á gólf. Seinna atvikið hafi átt sér stað úti þegar starfsmaður þjónustuveitanda hafi farið með notanda í göngutúr en hann hafi dottið úr hjólastól sínum á jörðina þegar farið hafi verið með hann niður tröppur skammt frá íbúðakjarnanum.

Í atvikalýsingu fyrra atviksins, sem átti sér stað þann 7. ágúst 2024, kemur fram að hið alvarlega óvænta atvik hafi átt sér stað í íbúð notanda þjónustunnar um klukkan 20:00 þegar starfsmaður þjónustuveitanda hafi verið að aðstoða notanda úr standi yfir í hjólastól með aðstoð segllyftu. Kemur fram að samkvæmt starfsmanninum hafi lyftan gefið frá sér óvenjulegt hljóð eða dynk og hafi starfsmaðurinn þá áttað sig á að eitthvað væri óeðlilegt og kallað eftir aðstoð annarra starfsmanna á vakt. Því kalli hafi ekki verið svarað þar sem aðrir starfsmenn hafi ekki verið í kallfæri. Þá hafi starfsmaðurinn farið fram til að leita eftir aðstoð starfsmanna á vakt en á meðan hafi notandi dottið/runnið úr segllyftunni, úr u.þ.b. meters hæð úr sitjandi stöðu í segli, niður á gólf. Þá kemur einnig fram í tilkynningunni að fætur notanda hafi enn verið í segli og segl rétt fest á lyftara en líklega hafi notandinn verið staðsettur of ofarlega í seglinu. Í kjölfar atviksins hafi verið kallað á sjúkrabíl og notandi ekki hreyfður fyrr en viðbragðsaðilar mættu á staðinn. Þá hafi eining verið haft samband við forstöðumann og teymisstjóra. Ennfremur hafi verið haft samband við lögreglu sem hafi komið á staðinn og tekið skýrslu eftir að notandi hafði verið fluttur á sjúkrahús. Eftir nákvæma skoðun læknis, þreifingar og myndatökur á höfði hafi engar vísbendingar verið um áverka. Notandi hafi verið sjálfum sér líkur og ekki virst verkjaður. Þá hafi atvikið verið skráð niður af þeim starfsmanni sem aðstoðaði notanda í umrætt sinn.

Í tilkynningu til GEV varðandi hið seinna alvarlega óvænta atvik, sem átti sér stað 17. ágúst 2024 upp úr klukkan 14:00 í námunda við Hólmasund 2, kemur meðal annars fram að atvikið hafi átt sér stað með þeim hætti að starfsmaður hafi verið með notanda þjónustu úti í göngutúr og með í för hafi verið vinur starfsmannsins. Á leiðinni hafi þeir ætlað að fara niður brattan göngustíg sem í tilkynningu er lýst sem rampi. Kemur fram að í raun hafi verið um að ræða nokkuð brattar tröppur en hluti þeirra hafi verið sléttar.⁴ Þá segir að við það að fara niður tröppurnar hafi notandi hallað fram og við það álag hafi öryggisbelti

³ Í tilkynningu um hið alvarlega atvik og meðfylgjandi atvikalýsingu til GEV segir að notandi hafi dottið/runnið úr segllyftu niður á gólf. Í svörum Reykjavíkurborgar við upplýsingabeiðni GEV segir svo að notandinn hafi ekki dottið úr seglinu heldur hafi hann sigið niður á gólf. Aðstandendur notanda telja að notandinn hafi fallið úr seglinu niður á gólf.

⁴ Samkvæmt mynd sem fylgdi með svari Reykjavíkurborgar af umræddum tröppum er um að ræða hefðbundnar steyptar útitröppur með þremur þrepum en í miðjunni er handrið. Öðru megin við handriðið skiptast tröppurnar þannig að annars vegar er hægt að ganga niður þrjú þrep eða hins vegar fara niður slétt yfirborð sem er sitt hvoru megin við tröppurnar (steyptur rampur), sem ætlað er farartækjum á hjólum eins og t.d. hjólastólum eða barnavögnum.

losnað og borð sem sé fest á stólinn. Notandi hafi dottið úr hjólastólnum og á jörðina. Starfsmaðurinn kveðst ekki hafa séð hvernig hann hafi dottið þar sem hann hafi staðið fyrir aftan stólinn. Í kjölfar atviksins hafi verið haft samband við teymisstjóra sem hafi kallað til lögreglu og sjúkrabíl og notandi fluttur á spítala. Við skoðun á spítala hafi engir áverkar komið fram á þeim myndum sem hafi verið teknar af kviði, olnboga og höfði en notandinn hafi verið mikið verkjaður og fengið morfín. Degi síðar hafi komið í ljós beinbrot. Forstöðumaður Hólmasunds 2 hafi verið látinn vita og aðstandendur notanda. Atvikið hafi verið rætt við starfsmanninn og það svo skráð hjá þjónustuveitanda og í kjölfarið hafi forstöðumaður óskað eftir því að lögregla myndi rannsaka atvikið. Þá hafi atvikið verið tilkynnt til GEV.

Þann 11. september 2024 hóf GEV gagnaöflun og rannsókn á hinum alvarlegu óvæntu atvikunum í samræmi við 3. mgr. 12. gr. og 15. gr. laga um GEV.

3. Framkvæmd rannsóknar GEV

Tilgangurinn með öflun gagna og upplýsinga um hin alvarlegu óvæntu atvik var að leita skýringa á því hvers vegna atvikið áttu sér stað í þjónustunni til að koma í veg fyrir að sambærileg atvik endurtaki sig og bæta þannig gæði þjónustunnar. Líkt og að framan segir tilkynnti GEV um að rannsókn væri hafin á atvikunum með bréfi, dags. 11. september 2024, og óskaði eftir tilgreindum upplýsingum og gögnum frá þjónustuveitanda varðandi bæði atvikið, t.d. greiningar og fatlanir notanda þjónustunnar, nöfn þeirra starfsmanna sem voru á vakt þegar atvikið áttu sér stað og frekari skýringa á atvikunum. Samrit var sent til velferðarsviðs Reykjavíkurborgar. Umbeðnar upplýsingar bárust GEV 25. september 2024. Þá var einnig send tilkynning um rannsókn GEV á atvikunum til lögmanns notanda þjónustunnar með bréfi, dags. 11. september 2024, og gefinn kostur á að koma á framfæri athugasemdum og/eða sjónarmiðum varðandi atvikalýsingu þjónustuveitanda á hinum alvarlegu atvikum en áréttað að lögmaður þolanda atvikanna myndi fá að koma að athugasemdum fyrir hönd notanda síðar undir meðferð málsins.

Með bréfi, dags. 22. október 2024, óskaði GEV eftir frekari upplýsingum og gögnum frá þjónustuveitanda út frá fyrirliggjandi upplýsingum sem bárust GEV 25. september 2024 og þeim atvikalýsingum sem fylgdu með tilkynningu til GEV. GEV bárust umbeðin svör og gögn 8. nóvember 2024. Eftir greiningu þeirra gagna þótti GEV enn ákveðin atriði óljós og var því óskað eftir frekari upplýsingum og gögnum með viðbótarupplýsingabeiðni, dags. 12. desember 2024. Svör við þeirri beiðni bárust 15. janúar 2025. Eftir yfirferð þeirra gagna var gagnaöflun lokið og öll framangreind gögn send á lögmann notanda með bréfi dags. 12. febrúar sl. í gegnum gagnagáttina *Signet Transfer* og gefinn kostur á að koma að athugasemdum. Athugasemdir lögmanns bárust GEV 7. mars sl. og meðfylgjandi þeim voru ódags. athugasemdir frá aðstandendum notanda þjónustunnar.

Framangreind gögn og skýringar frá þjónustuveitanda og athugasemdir lögmanns notanda og aðstandenda hans liggja til grundvallar rannsókn málsins, sbr. neðangreint.

3.1 Upplýsingabeiðni GEV til Hólmasunds 2 og svör Hólmasunds 2 vegna hinna alvarlegu óvæntu atvika

Líkt og lýst hefur verið sendi GEV upplýsingabeiðni til forstöðumanns Hólmasunds 2 þann 11. september 2024 vegna tilkynninga um hin alvarlegu óvæntu atvik. Var bæði óskað upplýsinga vegna atviksins er átti sér stað þann 7. ágúst 2024 og þann 17. ágúst 2024. Bárust svör við þeirri beiðni 25. september 2024.

3.1.1 Upplýsingabeiðni GEV vegna atviks 7. ágúst 2024

1. Gögn og upplýsingar um þá fötlun sem notandi þjónustunnar glímir við, t.a.m. á hann erfitt með jafnvægi og/eða er með lítinn mátt í handleggjum?
2. Nöfn og kontaktupplýsingar þeirra sem voru á vakt er hið alvarlega atvik átti sér stað 7. ágúst 2024.
3. Myndir af herberginu sem atvikið átti sér stað í.
4. Myndir af umræddum standi sem vísað er til í tilkynningu.
5. Mynd af segllyftu sem notuð var í umrætt sinn.
6. Nánari upplýsingar um það hvernig notandi dettur í umrætt sinn, t.d. hvar varð hann fyrir höggi við fallið?
7. Hvernig var umhverfis inni í því herbergi sem atvikið átti sér stað, þ.e. hefði notandi getað dottið á eitthvað þegar hann dettur/rennur úr segllyftunni?
8. Afrit af þeim lögregluskýrslum sem teknar voru í kjölfarið af atvikinu, ef forstöðumaður hefur þær undir höndum.
9. Upplýsingar um persónulegan talsmann þolanda atviksins.
10. Eru verklagsreglur í gildi sem kveða á um notkun segllyftunnar? Ef svo er óskast afrit af þeim.
 - a) Getur almennt einn starfsmaður aðstoðað notanda þegar segllyfta er notuð?
 - b) Er kalltæki staðsett inni í herbergjum notenda í Hólmasundi?
11. Hefur réttindagæslu fatlaðs fólks verið gert viðvart um atvikið, sbr. 27. gr. laga nr. 38/2018, um fatlað fólk með langvarandi stuðningsþarfir, sbr. einnig 6. gr. laga nr. 88/2011, um réttindagæslu fyrir fatlað fólk?
12. Að mati Hólmasunds, hefði verið unnt að koma í veg fyrir atvikið með einhverjum hætti?

3.1.2 Upplýsingabeiðni GEV vegna atviks 17. ágúst 2024

1. Nöfn og kontaktupplýsingar þeirra sem voru á vakt er hið alvarlega atvik átti sér stað 17. ágúst 2024.
2. Í tilkynningu kemur fram að öryggisbelti og borð hafi losnað við álagið þegar notandi hallar sér fram í hjólastólnum á leið niður tröppurnar. Óskað er eftir frekari skýringu á því hvernig notandi var festur í stólinn, þ.e. var hann í öryggisbelti yfir mittið og brjóstakassa eða bara yfir mittið?

3. Hvernig belti er á umræddum hjólastól, er þriggja punkta belti eða fimm punkta öryggisbelti í stólnum?
4. Var notandi þjónustunnar festur í öryggisbelti stólsins áður en haldið var af stað í göngutúr með notanda í umrætt sinn?
5. Liggur fyrir hvort um hafi verið að ræða galla í stólnum? Hefur það verið kannað af hálfu þjónustuveitanda?
6. Í tilkynningu segir að starfsmaðurinn hafi talið að hjólin á stólnum hafi hætt að virka þegar farið var niður tröppurnar. Óskað er eftir frekari skýringu þess, voru dekkir biluð? Virkuðu þau eftir atvikið?
7. Hvar eru umræddar tröppur staðsettar, óskað er eftir frekari lýsingu á tröppunum, t.d. lýsingu á halla og/eða hversu mörg þrep hafi verið niður stigann? Óskað er eftir því að mynd fylgi af umræddum stiga/útitröppum.
8. Óskað er eftir upplýsingum um það hvernig notandi dettur í umrætt sinn og úr hvaða hæð notandinn dettur þegar farið var niður útitröppurnar?
9. Hvers vegna var ákveðið að fara niður umræddar útitröppur þrátt fyrir að þær væru brattar og aðeins einn starfsmaður væri með notanda?
10. Veitti notandi samþykki fyrir því að fara niður tröppurnar?
11. Er það metið öruggt að að einn starfsmaður fari með notendur í hjólastól niður tröppur sem þessar?
12. Óskað er eftir upplýsingum um hvað hafi komið fram í samtali teymisstjóra og starfsmanns í kjölfarið af atvikinu, komu þar fram frekari skýringar að baki atvikinu?
13. Upplýsingar um afleiðingar atviksins, þ.e. hvers konar beinbrot notandi hlaut og aðra áverka sem notandi hlaut í umrætt sinn.
14. Upplýsingar um heilsu notanda þjónustunnar í kjölfarið af atvikinu til dagsins í dag.
15. Upplýsingar um ástæður þess að forstöðumaður Hólmasunds hefur óskað eftir því að lögregla rannsaki atvikið.
16. Hefur réttindagæslu fatlaðs fólks verið gert viðvart um atvikið, sbr. 27. gr. laga nr. 38/2018, um fatlað fólk með langvarandi stuðningsþarfir, sbr. einnig 6. gr. laga nr. 88/2011, um réttindagæslu fyrir fatlað fólk?
17. Að mati Hólmasunds, hefði verið unnt að koma í veg fyrir atvikið með einhverjum hætti?

3.1.3 Svör Hólmasunds 2 er varða atvikið sem átti sér stað þann 7. ágúst

Í svari Hólmasunds 2 við spurningu GEV um fatlanir notanda kom meðal annars fram að notandi þjónustunnar sé fjölfatlaður og notist við hjólastjól. Hólmasund 2 svaraði beiðni GEV um upplýsingar um starfsmenn sem voru á vakt þennan dag og gaf einnig upplýsingar um þann starfsmann sem var að þjónusta notanda þegar atvikið átti sér stað, ásamt þeim starfsmanni sem var á vakt en var ekki að þjónusta notanda í umrætt sinn.

Líkt og óskað var eftir í spurningum þrjú, fjögur og fimm, fylgdu með myndir í svörum Hólmasunds 2 sem sýndu herbergið þar sem atvikið átti sér stað, myndir af standinum sem um ræðir og segllyftunni sem vísað var til í tilkynningunni og notuð var í umrætt sinn. Þá fylgdu með frekari myndir af baðherbergi og rúmi notanda.

Í svari þjónustuveitanda við spurningu númer sex er varðar nánari lýsingar á því hvernig notandi datt úr segllyftunni kemur fram að samkvæmt starfsmanni hafi notandi ekki dottið á gólfið heldur hafi hann sigið.⁵ Hafi notandi hangið í seglinu með rassinn í gólfinu þegar starfsmaðurinn kom aftur inn í íbúð notanda en hvorki fætur né höfuð hafi farið í gólfið. Hafi verið ákveðið að fara með notanda í sjúkrabíl upp á spítala til að ganga úr skugga um að engir áverkar hafi orðið vegna atviksins. Hafi hann farið í myndatöku á höfði að beiðni föður en ekkert óeðlilegt hafi komið út úr þeirri læknisskoðun. Þá var spurningu GEV svarað um það hvort notandinn hefði getað dottið á eitthvað við fallið og samkvæmt starfsmanninum hafi ekkert verið umhverfis notanda sem hann hefði getað dottið á nema þá gólfið. Þá voru veittar upplýsingar um persónulegan talsmann notanda og tekið fram að hann hafði þegar haft samband við réttindagæslumann fatlaðs fólks vegna atviksins sem leiðbeindi honum um málið.

Í svari Hólmasunds 2 varðandi það hvaða verklagsreglur séu í gildi um notkun segllyftunnar sem um ræðir kom meðal annars fram að til staðar sé skýrt verklag um notkun segls og lyftara sem finna megi í einstaklingsáætlun notanda þjónustunnar. Afrit af áætluninni fylgdi með svarinu. Í henni kemur m.a. fram að notandi eigi sína eigin lyftu sem hlaða skuli reglulega svo hún verði ekki rafmagnslaus. Lyftan sé færanleg og því hægt að færa hana um allt hús og auka möguleika notandans á að breyta um umhverfi og aðstæður reglulega. Þá er því einnig lýst í áætluninni í rituðu máli og með myndum hvernig lyfta skuli notanda með seglinu bæði úr liggjandi og sitjandi stöðu. Í svarinu kemur einnig fram að almennt sé nóg að einn starfsmaður aðstoði notanda þegar segllyftan sé notuð en það verði nú endurskoðað eftir atvikið. Jafnframt komi fram að fyrir umrætt atvik hafi ekki verið talin þörf á notkun kalltækja en í kjölfar atviksins hafi verið ákveðið í samráði við aðstandendur notanda að kanna möguleikann á að hafa til taks kalltæki. Haft hafi verið samband við Öryggismiðstöðina til þess að fá tilboð. Þá kom fram að þar til sá möguleiki skýrist sé notast við talstöðvar og sé ein staðsett inni í íbúð notanda og hin frammi í starfsmannarými.

Að mati forstöðumannsins er erfitt að segja til um hvort unnt hefði verið að koma í veg fyrir umrætt atvik. Samkvæmt þágildandi verkferlum hafi ekki verið skilyrði að tveir starfsmenn aðstoðuðu notanda í og úr segli en ljóst sé að endurskoða verði þá verkferla að teknu tilliti til umrædds atviks.

3.1.4 Svör Hólmasunds 2 er varða atvikið sem átti sér stað þann 17. ágúst

Í svörum Hólmasunds 2 er varða atvikið sem átti sér stað 17. ágúst koma meðal annars fram upplýsingar um þann starfsmann sem var að þjónusta notanda þegar atvikið átti sér stað og fór út í göngutúr með notanda. Þá komu einnig fram upplýsingar um teymisstjóra sem var ekki að þjónusta notanda í umrætt sinn en var þó á vakt þegar atvikið átti sér stað.

Í svari þjónustuveitanda við spurningu númer tvö þar sem óskað var frekari skýringa á því hvernig notandinn hafi verið festur í hjólastólinn er því lýst þannig að samkvæmt frásögn

⁵ Aðstandendur telja að notandinn hafi fallið úr seglinu niður á gólf.

starfsmannsins hafi notandi verið festur með belti um mittið en ekki yfir brjóstkassa. Aðspurður hafi starfsmaðurinn sagt að honum hafi verið leiðbeint þannig að aðeins ætti að festa notanda með belti um mittið en muni ekki hver hafi veitt honum þær upplýsingar. Að mati þjónustuveitanda hljóti einhvers konar misskilningur að hafa átt sér stað á milli starfsmannanna, þar sem í einstaklingsbundinni áætlun notanda sé skýrt kveðið á um að belti eigi jafnframt að vera yfir öxlum notanda þegar hann fer út í bíl eða í göngutúra. Í svörum þjónustuveitanda segir að samkvæmt fyrrum forstöðumanni Hólmasunds 2 hafi umræddur starfsmaður farið á eina aðlögunarvakt hjá þeim forstöðumanni í maí 2023 sem stuðningsfulltrúi notanda. Starfsmaðurinn hafi þó ekki farið að þjónusta notandann strax heldur þjónustað aðra íbúa í Hólmasundi 2. Í febrúar 2024 hafi starfsmaðurinn svo byrjað að þjónusta notanda og verið með viðkomandi á kvöldvöktum tvisvar sinnum í mánuði.

Í svörum þjónustuveitanda við spurningum GEV er varða hjólastólinn er því lýst að fimm punkta öryggisbelti sé í stólnum. Varðandi dekkinn á stólnum þá segir í svörum Hólmasunds 2 að starfsmaðurinn hafi lýst því þannig að hjólin á hjólastólnum eigi það til að læsast og fara úr aðstoðarmannastýringu þegar eitthvað fer utan í þau þannig að stóllinn stansar. Kemur fram að dekkinn hafi þó virkað vel eftir atvikið. Hafi fyrrum forstöðumaður, sem lét af störfum í janúar 2024, verið í samskiptum við STÖÐ vegna þessa en í kjölfar atviksins hafi deildarstjóri Norðurmiðstöðvar í Reykjavík óskað eftir því að stóllinn yrði yfirfarinn á ný af hálfu STÖÐ.

Í svörum þjónustuveitanda við spurningu GEV um tröppurnar sem atvikið varðar kemur meðal annars fram að umræddar tröppur séu staðsettar á göngustíg milli Kleifarvegs og Laugarásvegs og að þrepinn sé þrjú (frekari lýsingu á umræddum tröppunum má finna í neðanmálgrein hér að ofan á bls. 5). Hafi notandi dottið fram fyrir sig úr sitjandi stöðu í hjólastólnum og hafi það átt sér stað um miðjar tröppurnar. Að sögn starfsmannsins hafi ætlunin verið að fara út í göngutúr með notanda niður í miðbæ og hafi hann flett leiðinni upp í leiðsöguforritinu *Google Maps* en ekki áttað sig á því að leiðin væri ekki hentug með tilliti til hjólastólaaðgengis. Í svari þjónustuveitanda við spurningu GEV um það hvort það hafi verið öruggt að einn starfsmaður færi með notanda niður tröppur sem þessar segir að almennt eigi einn starfsmaður að geta farið með notanda út í göngutúr. Mikilvægt sé að meta ávallt aðstæður út frá aðgengi og hættum. Eðli málsins samkvæmt þurfi að byggja að einhverju leyti á hyggjuviti og meta aðstæður út frá mörgum ólíkum þáttum.

Í svari þjónustuveitanda vegna spurningar GEV um ástæður þess að forstöðumaður óskaði eftir því að lögregla myndi rannsaka atvikið þá kemur ekki fram svar við þeirri spurningu en tekið fram að þegar atvikið átti sér stað hafi verið óskað eftir bæði lögreglu og sjúkrabíl. Teymisstjóri hafi fengið þær upplýsingar að um 45-50 mínútur væru þar til lögregla gæti komið á staðinn og því hafi verið ákveðið að fara strax með notanda í sjúkrabíl upp á spítala. Í kjölfar atviksins hafi forstöðumaður óskað eftir lögregluskýrslu vegna atviksins og verið tilkynnt símleiðis þann 21. ágúst 2024 að lögreglan hafi vísað málinu til rannsókna.

Í svari þjónustuveitanda við því hverjar afleiðingar atviksins hafi verið fyrir notanda og hvernig heilsa hans hafi verið frá því atvikið átti sér stað og þar til svörin lágu fyrir kemur meðal annars fram að notandi hafi hlotið beinbrot, verið hruflaður á hnjánum og að gera mætti ráð fyrir að hann hafi verið aumur í líkamanum. Einnig kemur fram að á þeim tíma er svörin voru rituð hafi notanda heilsast ágætlega og sýndi hann miklar framfarir að sögn sjúkrabjálfa sem sinnti þjálfun á heimili notanda í kjölfar atviksins, en síðar hafi sú þjálfun farið fram á stofu sjúkrabjálfaans.

Varðandi spurningu GEV um það hvort unnt hefði verið að koma í veg fyrir atvikið þá segir í svari þjónustuveitanda að ekki hafi verið farið eftir leiðbeiningum í einstaklingsáætlun notanda um það hvernig skuli festa hann í stólinn þegar farið sé með hann út að ganga. Erfitt sé að segja til um hvort hægt hefði verið að koma í veg fyrir umrætt atvik ef verkferlum hefði verið fylgt varðandi beltisnotkun.

3.2 Beiðni GEV um frekari upplýsingar og viðbótarsvör frá Hólmasundi 2

Eftir að hafa farið yfir framangreind svör frá þjónustuveitanda og þau gögn sem fylgdu með svarinu taldi GEV nauðsynlegt að óska eftir frekari upplýsingum og skýrari svörum í tengslum við hin alvarlega óvæntu atvik með bréfi, dags. 22. október 2024.

3.2.1 Viðbótarupplýsingabeiðni GEV vegna atviks 7. ágúst 2024

1. Óskað er upplýsinga um hvers konar þjálfun starfsmaðurinn, sem aðstoðaði notanda í umrætt sinn í segllyftu, hafði fengið bæði varðandi notkun á umræddri segllyftu og einnig þjálfun við að koma notanda í og úr lyftunni. Hafði starfsmaðurinn sinnt notanda einn áður en hið alvarlega óvænta atvik átti sér stað?

3.2.2 Viðbótarupplýsingabeiðni GEV vegna atviks 17. ágúst 2024

1. Í svörum Reykjavíkurborgar kemur fram að umræddur starfsmaður hafi fengið eina aðlögunarvakt í maí 2023 en hann hafi þó ekki farið að sinna notanda í kjölfarið. Frá og með febrúar 2024 hafi starfsmaðurinn farið að þjónusta notanda. Með vísan til þessa óskar GEV eftir upplýsingum um það hvort starfsmaðurinn hafi fengið einhverja aðlögun eða þjálfun þegar hann hóf að þjónusta notanda? Ef svo er, hvernig aðlögun/þjálfun?
2. Í svörum Reykjavíkurborgar kemur meðal annars fram að í verklagsreglum þjónustunnar og í einstaklingsbundinni áætlun viðkomandi notanda séu að finna leiðbeiningar um það hvernig skuli háttá göngutúrum. Þar segir að belti eigi að vera yfir öxlum notandans þegar hann fer í bíl eða út í göngutúr. Umræddur starfsmaður virðist ekki hafa verið með það á hreinu og spyr annan starfsmann sem virðist ekki hafa gefið réttar upplýsingar um það en aðspurður vissi viðkomandi starfsmaður þó ekki hvaða starfsmaður hafði gefið rangar upplýsingar um beltisnotkun. Með vísan til

Þessa óskar GEV því eftir upplýsingum um það hvort starfsmenn í aðlögun séu látnir framkvæma svona hluti undir eftirliti reynslumeiri starfsmanna áður en þeir þurfa að framkvæma þá sjálfir án aðstoðar? Eru mikilvægar upplýsingar á borð við hvernig eigi að festa öryggisbelti sýnilegar fyrir starfsmenn sem eru ekki vissir og þurfa að afla sér upplýsinga?

3. Í svörum Reykjavíkurborgar kemur meðal annars fram að vandræði hafi verið með aðstoðarmannastýringu á hjólastól notanda sem hafi valdið því að dekkinn á stólnum eigi það til að læsast. Kemur fram að fyrrum forstöðumaður hafði verið í samskiptum við STÖÐ vegna þessa vandamáls en ekki kemur fram hvað þau samskipti höfðu leitt í ljós. Óskar GEV því eftir upplýsingum um hvað hafi komið í ljós í þeim samskiptum varðandi stólinn og hvort STÖÐ hafi farið yfir stólinn í kjölfar hins alvarlega atviks?

3.2.3 Svör Hólmasunds 2

Svör Hólmasunds 2 við viðbótarupplýsingabeiðni GEV bárust 8. nóvember 2024.

Svör Hólmasunds 2 vegna atviksins 7. ágúst:

Í svari þjónustuveitanda við spurningu GEV um hvers konar þjálfun starfsmaðurinn sem aðstoðaði notanda í umrætt sinn hafði fengið varðandi notkun á umræddri segllyftu, kemur fram að starfsmaðurinn hafi fengið aðlögun þegar hann mætti á sína fyrstu vakt frá reyndum starfsmanni sem vanur var að þjónusta notandann. Hafi honum þá verið kennt á segllyftuna og sýnt hvernig festa ætti seglið og krossa böndin. Eftir þá aðlögun hafi starfsmaðurinn notað segllyftuna sjálfur til að aðstoða notanda og hafi gert það oft einn fyrir atvikið en hafi getað óskað eftir aðstoð. Kemur einnig fram að starfsmaðurinn hafði oft verið einn með notanda fyrir atvikið.

Svör Hólmasunds 2 vegna atviksins 17. ágúst:

Í svari þjónustuveitanda við því hvort starfsmaðurinn hafi farið á aðlögunarvakt eftir að hafa ekki sinnt notanda þjónustunnar í um níu mánuði kom fram að starfsmaður hafi ekki farið á aðlögunarvakt eða fengið þjálfun, þegar hann hóf að þjónusta notanda í febrúar 2024. Hafi starfsmaðurinn þó haft aðgang að verklögum er sneru að þjónustu við íbúa.

Í svari þjónustuveitanda við því hvort starfsmenn séu í eftirliti reynslumeiri starfsmanna áður en þeir þurfi að framkvæma ákveðna hluti án aðstoðar og hvort upplýsingar sem starfsmenn séu óvissir um séu starfsmönnum sýnilegar, kemur fram að starfsfólk fái sýnikennslu, aðstoð og myndrænar leiðbeiningar um notkun allra hjálpartækja í aðlögun. Kemur einnig fram að ekki séu til nákvæmar myndrænar upplýsingar fyrir starfsfólk sem séu sýnilegar um umrætt belt en í einstaklingsbundinni áætlun sem starfsmenn notast við komi skýrt fram að notandi skuli ávallt vera með belt yfir mjaðmir en yfir mjaðmir og brjóstakassa þegar hann fer út í bíl eða í göngutúr.

Þá kemur einnig fram í svarinu að fyrrum forstöðumaður hafi verið í samskiptum við STOÐ vegna stólsins þar sem dekkinn hafi átt það til að læsast. Upplýsingar frá STOÐ varðandi viðgerðir og yfirferðir á hjólastól notanda frá 3. desember 2021 til 31. desember 2024 hafi fylgt með svarinu. Í þeim gögnum kemur m.a. fram að skipt hafi verið reglulega um framdekk á hjólastólnum en þó eru ástæður fyrir því óljósar í þeim gögnum. Þá kemur fram í gögnunum að þann 26. september 2024 hafi hjólastóllinn verið yfirfarinn af STOÐ.

3.3 Beiðni GEV um enn frekari upplýsingar og viðbótarsvör frá Hólmasundi 2

Eftir að hafa farið yfir framangreind viðbótarsvör Hólmasunds 2 og þau gögn sem fylgdu með svarinu taldi GEV enn nauðsynlegt að óska eftir enn frekari upplýsingum og skýrari svörum í tengslum við hin alvarlegu óvæntu atvik með bréfi, dags. 12. desember 2024. Svör bárust GEV 15. janúar 2025.

3.3.1 Seinni viðbótarupplýsingabeiðni GEV

1. Í svörum Reykjavíkurborgar vegna atviks er átti sér stað 17. ágúst 2024 kemur m.a. fram að umræddur starfsmaður Hólmasunds 2 hafi upprunalega byrjað að þjónusta notandann í maí 2023 og þá fengið eina aðlögunarvakt. Í framhaldinu hafi hann ekki treyst sér til að sinna notandanum en þjónustað aðra íbúa en frá og með febrúar 2024 hafi starfsmaðurinn byrjað að sinna notandanum. Telur GEV rétt að óska skýringa á framangreindu:
 - a. Ástæður þess að starfsmaðurinn hóf að þjónusta notandann í febrúar 2024, ári eftir aðlögunarvaktina í maí 2023?
 - b. Hversu margar vaktir má áætla að starfsmaðurinn hafi unnið þar sem hann sinnti notandanum yfir tímabilið frá febrúar 2024 til ágúst 2024?
2. Samkvæmt svörum Reykjavíkurborgar eru allar upplýsingar um þjónustuþörf notenda Hólmasunds 2 að finna í einstaklingsbundinni þjónustuáætlun hvers og eins notanda. Þjónustuáætlun notanda sem atvikið varðar liggur fyrir meðal gagna málsins og er hún mjög ítarleg og telur tugi blaðsíðna.
 - a. Hvernig er tryggt að starfsfólk hafi meðtekið nauðsynlegar upplýsingar sem er að finna í þjónustuáætlun, t.d. varðandi notkun hjálpartækja og að ávallt skuli festa belti yfir bringu þolanda atviks þegar notandinn fer út?
 - b. Er tryggt að starfsfólk Hólmasunds 2 sé með nauðsynlegar grunnupplýsingar, t.d. á borð við framangreint í lið a, á hreinu varðandi þá notendur sem þau þjónusta hverju sinni? Ef svo er, er óskað skýringa á því hvernig það sé tryggt.

3.3.2 Svör Hólmasunds 2 við seinni viðbótarupplýsingabeiðni GEV

Í svari þjóstuveitanda við spurningu eitt vegna seinna atviksins 17. ágúst 2024 segir m.a. að afleysingaforstöðumaður sem hafi annast vaktaáætlanir á þessum tíma meðan þáverandi forstöðumaður hafi verið í leyfi, gæti ekki komið með skýringar á því af hverju starfsmaðurinn hafi farið að þjónusta notanda í febrúar 2024. Kemur fram að teymisstjóri hafi þó talið að ástæða þess hefði verið mikil veikindi starfsmanna á þessum tíma og einnig starfsmannaskortur og því hafi verið erfitt að manna vaktir. Kemur fram að starfsmaðurinn hafi samkvæmt vaktaplani verið skráður á 15 vaktir með notandanum yfir tímabilið frá febrúar til ágúst 2024.

Þá kemur fram í svari við spurningu GEV um það hvernig tryggt sé að starfsfólk hafi meðtekið nauðsynlegar upplýsingar sem sé að finna í þjónustuáætlun notanda að aðlögun á þessum tíma hafi farið fram munnlega. Samkvæmt teymisstjórum hafi ávallt verið farið yfir einstaklingsáætlanir notenda sem starfsfólk hafi svo notað í vinnu með íbúunum. Þar komi leiðbeiningar um þjónustuþarfir og hjálpartæki notanda. Einnig hafi starfsfólk fengið sýnikennslu samkvæmt upplýsingum frá teymisstjórum. Kemur einnig fram að það hafi svo verið á ábyrgð starfsmanna að fylgja einstaklingsáætlunum eftir. Í svari við spurningu GEV um það hvernig það sé tryggt að starfsfólk sé með grunnupplýsingar á hreinu þá segir að einstaklingsáætlanir hafi á þessum tíma verið notaðar í daglegri þjónustu við íbúa en þar megi finna allar helstu upplýsingar um notendur og hafi það fylgt aðlögun starfsmanna að fara yfir þær áætlanir. Enn fremur kemur þar fram að nú sé verið að vinna að því að setja upp vinnumöppur þar sem starfsfólk geti nálgast upplýsingar um notendur á einfaldan og skýran hátt.

4. Samráð við hlutaðeigandi

Í kjölfar þess að stofnunin fór yfir viðbótarsvör og gögn þjóstuveitanda, dags. 15. janúar 2025, taldi GEV ekki þörf á frekari gagnaöflun vegna rannsóknarinnar. Öll framanrakin gögn voru send á lögmann þolanda atvikanna sem kemur fram fyrir hans hönd við rannsóknina samkvæmt umboði. Voru gögnin send í gegnum gagnagáttina *Signet Transfer* og gefinn kostur á að koma að athugasemdum.

Þann 7. mars 2025 bárust athugasemdir frá lögmanni notanda þjónustunnar. Í *fyrsta lagi* er gerð athugasemd við að notandinn hafi verið skilinn einn eftir í segli 7. ágúst 2024 á meðan starfsmaður hafi þurft að bregða sér frá með þeim afleiðingum að hann féll úr seglinu á gólfíð. Kemur einnig fram að það gefi auga leið að ekki hafi verið öruggt að skilja notanda eftir einan í seglinu eins og atvik í málinu sýna vel en tilviljun ein hafi ráðið því að ekki hafi hlotist meira líkamlegt tjón af. Óháð líkamlegu tjóni hafi atvikið verið meiðandi og niðurlægjandi fyrir notanda og ekki í samræmi við markmið þjónustunnar. Í *öðru lagi* hafi notandi ekki verið festur rétt í hjólastólinn 17. ágúst 2024 og hafi ákvörðun um að keyra stólinn niður brattar tröppur ekki verið forsvaranleg. Kemur fram að ófullnægjandi þjálfun starfsfólks hafi átt þátt í báðum þessum atriðum en umræddur starfsmaður virðist

ekki hafa fengið réttar upplýsingar um það hvernig ætti að festa notanda í hjólastólinn og heldur ekki fengið leiðbeiningar um leiðarval fyrir slíka göngutúra sem væru öruggar fyrir hjólastóla. Í þriðja lagi liggja ekkert fyrir um bilun í hjólastól eða búnaði hans, hjól og belti stólsins hafi virkað eftir atvikið. Í fjórða lagi hafi atvikið 17. ágúst 2024 haft alvarlegar líkamlegar og andlegar afleiðingar í för með sér fyrir notanda. Af því hafi hlotist beinbrot og hafi notandi fengið flogaköst í kjölfar atviksins sem hann hafi ekki fengið áður. Hegðun og líðan hafi einnig verið gjörbreytt í kjölfar atviksins enda það mikið áfall fyrir notanda bæði andlega og líkamlega. Þá hafi starfsfólk ekki treyst sér til þess að annast notanda eftir atvikið og hafi aðstandendur því þurft að aðstoða við umönnun notanda þar til ráðinn hafði verið inn viðbótarstuðningur. Í athugasemdum segir einnig að notandi hafi verið mjög lengi að jafna sig eftir atvikið og sé því gerð athugasemd við svör þjónustuveitanda þess efnis að notanda hafi „heilsast ágætlega“ sex vikum eftir atvikið. Þessar lýsingar þjónustuveitanda gefi ekki rétta mynd af alvarleika afleiðinganna og geri lítið úr þeim langvarandi þjáningum sem notandi hafi þurft að ganga í gegnum vegna atviksins.

Þá voru meðfylgjandi framangreindum athugasemdum lögmannsins ódags. svör frá persónulegum talsmanni notanda og aðstandenda hans. Í svörunum kemur meðal annars fram að aðstandendur hafi nokkrum sinnum komið því á framfæri á fundum með starfsfólki frá velferðarsviði Reykjavíkurborgar að nauðsynlegt væri að kalltæki væri inni í öllum herbergjum heimilisins en ekki fengið undirtektir. Þá segir að íbúðarkjarninn hafi verið án forstöðumanns í hálf ár eða frá 15. desember 2023 fram í maí 2024 og hafi starfsemi heimilisins á þeim tíma farið úr skorðum og umönnun verið verulega ábótavant. Kemur fram að aðstandendur hafi ítrekað bent þjónustuveitanda á framangreint en ekki hafi verið hlustað á áhyggjur þeirra. Að mati aðstandenda notanda hefði verið unnt að koma í veg fyrir bæði atvikið ef mönnun og þjálfun starfsfólks á þessum tíma hefði verið fullnægjandi. Þá draga aðstandendur notanda í efa að hann hafi verið festur í hjólastólinn. Ef það hefði verið raunin hefði stóllinn annað hvort farið yfir notanda eða viðkomandi starfsmaður hefði getað varnað því að notandinn dytti úr stólnum á jörðina. Þá kemur enn fremur fram að starfsmaður Stoðar ehf. hafi að beiðni aðstandenda skoðað hjólastólinn eftir atvikið og hafi hann hvorki séð neitt athugavert við sætisbeltið né hjólin á stólnum.

Við rannsókn GEV fór einnig fram mat á því hvort þörf væri á samráði við aðra aðila, sbr. framanraktar athugasemdir við 12. gr. laga um GEV í inngangskafli skýrslunnar á bls. 4. GEV mat það svo m.t.t. fyrirbyggjandi upplýsinga frá þjónustuveitanda og athugasemda lögmanns notanda og aðstandenda hans og með hliðsjón af því að GEV stofnaði til frumkvæðisathugunar á þjónustunni í Hólmasundi 2 samhliða rannsókninni, að ekki væri þörf á frekara samráði við aðra hlutaðeigandi aðila. Við mat á framangreindu var m.a. litið til þess að í frumkvæðisathugun GEV var rætt við starfsfólk, notendur og/eða persónulega talsmenn þeirra varðandi það sem hafði verið ábótavant í þjónustunni. Þá var einnig litið til markmiðs rannsóknar GEV skv. 12. gr. laga um GEV sem er ekki bundin við að leiða í ljós ábyrgð tiltekinna einstaklinga heldur skuli meta alla samverkandi þætti. Að auki var litið til

Þess að samhljómur var í niðurstöðum frumkvæðisathugunar GEV og rannsóknar GEV og því ekki talin þörf á frekara samráði við rannsóknina.

5. Niðurstöður

Með vísan til framangreindra gagna og upplýsinga sem GEV aflaði við rannsókn málsins liggja fyrir skýringar á hinum alvarlegu óvæntu atvikum sem nánar verður fjallað um hér að neðan. Líkt og að framan er rakið stofnaði GEV til frumkvæðisathugunar á þjónustu í íbúðarkjarnanum að Hólmasundi 2 á grundvelli 1. mgr. 14. gr. laga um GEV samhliða rannsókn þessari og lauk þeirri úttekt með m.a. tilmælum um úrbætur sem stofnunin mun fylgja eftir.⁶ Framangreint var gert í því skyni að bæta öryggi og gæði þjónustu sem veitt er fötluðum íbúum í Hólmasundi 2.

5.1 Markmið rannsóknar GEV m.t.t. hlutverks Hólmasunds 2

Markmið rannsóknar GEV samkvæmt 3. mgr. 12. gr. laga um GEV er að leita skýringa á hinum alvarlegu óvæntu atvikum sem áttu sér stað í þjónustu í Hólmasundi 2 dagana 7. og 17. ágúst 2024 sem unnt er að læra af og koma þannig í veg fyrir sambærileg atvik endurtaki sig. Í athugasemdum er fylgdu frumvarpi því sem varð að lögum um GEV kemur fram að rík áhersla sé lögð á að afmarka og framkvæma rannsókn með opnum og heildstæðum hætti. Stjórnsýslurannsókn GEV er því ekki bundin við að leiða í ljós ábyrgð tiltekinna einstaklinga (starfsmanna) heldur hafi samverkandi þættir í þjónustunni sem veitt er í Hólmasundi verið skoðaðir við leit að skýringum.

5.2 Skýringar á hinu alvarlega óvænta atviki 7. ágúst 2024

Af gögnum málsins má sjá að starfsmaðurinn sem þjónustaði notanda þegar atvikið átti sér stað hafði fengið aðlögun frá reyndum starfsmanni þegar hann mætti á sína fyrstu vakt. Hann hafi kennt starfsmanninum á segllyftuna, sýnt honum hvernig ætti að festa seglið og krossa böndin. Eftir þá aðlögun hafi starfsmaðurinn farið að gera það sjálfur á vakt en hafi getað beðið um aðstoð annarra starfsmanna ef þess þyrfti. Starfsmaðurinn hafi oft sinnt notanda einn fyrir atvikið og þekkti því þjónustuparfir hans vel. Samkvæmt fyrirbyggjandi einstaklingsbundinni þjónustuáætlun notandans er mjög skýrt verklag um notkun segls og lyftara sem útskýrt er bæði í máli og myndum.

Með hliðsjón af framangreindu verður ekki annað séð en að skýring að baki hinu alvarlega óvænta atviki liggi hjá þjónustuveitanda. Verklagsreglur í starfseminni hafi ekki kveðið á um að starfsmenn skuli vera tveir þegar þeir aðstoða notanda í og úr segli og kalltæki ekki að finna inni í íbúð notanda ef eitthvað kæmi upp á í þjónustunni.⁷ Það hafi leitt til þess

⁶ Í frumkvæðisathugun GEV kom m.a. í ljós að skort hafi öryggishnappa inni í íbúðum notenda, að bæta þyrfti þjálfun starfsmanna við upphaf starfs og að auka þyrfti fræðslu til starfsmanna t.d. varðandi hjálpartæki notenda þjónustunnar. Hafi GEV beint tilmælum til velferðarsviðs Reykjavíkurborgar að bæta úr framangreindum annmörkum sem myndi tryggja betri þjónustu í Hólmasundi 2. Sjá frekari umfjöllun um framangreind atriði í eftirlitsskýrslu GEV, bls. 14 og 27: [Eftirlitsskýrsla GEV](#).

⁷ Í eftirlitsskýrslu GEV kemur m.a. fram að skort hafi á að öryggishnappar eða kallbúnaður væru til staðar inni í íbúðum notenda þjónustunnar í Hólmasundi 2. Þeim tilmælum var beint til velferðarsviðs Reykjavíkur að bæta úr því og tryggja þannig að íbúðir séu búnar viðeigandi

að starfsmaður þjónustuveitanda þurfti að skilja notandann eftir einan á meðan hann sótti aðstoð og á þeim tíma féll/seig hann í seglinu í gólfið.

Í þeim gögnum sem aflað var undir rannsókn málsins er að finna ákveðið misræmi í svörum þjónustuveitanda og athugaemdum frá aðstandendum notanda. Þjónustuveitandi kveður notanda ekki hafa fallið úr seglinu í gólfið heldur hafi hann sigið í seglinu í gólfið þannig að rass nam við gólfið. Hafi notandi enn hangið í seglinu þegar starfsmaðurinn kom aftur til baka. Aðstandendur telja að notandinn hafi fallið úr seglinu niður á gólf og meitt sig á fæti sem passi við verki sem hann hafi verið með eftir atvikið. Hér stendur orð gegn orði.⁸ Hvað sem því líður er eins og áður segir ekki tilgangur rannsóknar GEV að leiða í ljós ábyrgð tiltekinna einstaklinga heldur að leita skýringa að baki atvikinu hjá þjónustuveitanda svo unnt sé að læra af þeim og bæta gæði þjónustunnar, en þær liggja fyrir, sbr. ofangreint. Verður því ekki skorið úr því í skýrslu þessari hvort notandinn hafi sigið, fallið eða dottið úr segllyftunni. Tekur GEV þó undir með lögmanni notanda þjónustunnar að atvikið hafi verið niðurlægjandi fyrir notandann og ekki í samræmi við markmið þjónustunnar.

5.3 Skýringar á hinu alvarlega óvænta atviki 17. ágúst 2024

Í svörum þjónustuveitanda liggur fyrir að sá starfsmaður sem fór með notanda í göngutúr í umrætt sinn fékk ekki aðlögunarvakt eða þjálfun þegar hann fór að þjónusta notanda í febrúar 2024 ef frá er talin ein munnleg aðlögunarvakt í maí 2023. Hafi starfsmaðurinn að því er virðist átt að styðjast við einstaklingsbundna þjónustuáætlun notandans þar sem er að finna ítarlegar leiðbeiningar um þjónustuþarfir og hjálpartæki notanda en sú áætlun telur rúmlega 50 blaðsíður. Sú áætlun er samkvæmt svörum þjónustuveitanda hluti af aðlögun starfsmanna í Hólmasundi 2 en starfsmaðurinn hafi einnig getað spurt reyndari starfsmenn á vakt.

Af fyrirliggjandi gögnum verður ekki annað ráðið en að umræddur starfsmaður hafi ekki vitað með vissu hvernig ætti að festa notandann þegar hann fór með hann út í göngutúr. Kemur fram í svörum þjónustuveitanda að starfsmaðurinn hafi spurt annan starfsmann á vakt hvernig ætti að festa notanda sem hafi sagt að notandi ætti aðeins að vera með beltið yfir mittið en starfsmaðurinn hafi þó ekki vitað hver hafi gefið honum þær upplýsingar. Þá segir í svörum þjónustuveitanda að það sé skýrt tekið fram í einstaklingsbundinni áætlun notanda að hann skuli ávallt festur bæði yfir mitti og axlir þegar hann fer út t.d. í bíl eða í göngutúr. Því hljóti einhver misskilningur að hafa átt sér stað á milli starfsmannanna. Allt að einu telur GEV ljóst að notandi var ekki festur með þeim hætti sem einstaklingsbundin áætlun hans kveður á um, þ.e. ekki festur með fimm punkta öryggisbelti yfir bæði mitti og brjóstkassa. Það hafi leitt til þess að notandi dettur úr hjólastólnum þegar starfsmaðurinn fór með stólinn niður umræddar útiröppur. Við fallið hafi notandi m.a. hlotið beinbrot. Líkt og að framan greinir draga aðstandendur notanda og persónulegur talsmaður hans

búnaði sem tryggir öryggi íbúa í samræmi við 2. mgr. 4. gr. reglugerðar nr. 370/2016, um húsnæðisúrræði fyrir fatlað fólk. Sjá frekari umfjöllun á bls. 5-8 í eftirlitsskýrslu GEV: [Eftirlitsskýrsla GEV](#).

⁸ Samkvæmt gögnum málsins getur notandi ekki tjáð sig vegna fötlunar sinnar og því var ekki unnt að spyrja hann út í aðdraganda atviksins eða persónulegan talsmann hans, þar sem talsmaður hans var ekki viðstaddur atvikið.

það í efa að notandi hafi verið festur í belti í hjólastólnum í umrætt sinn og vísa m.a. til þess að skoðun starfsmanns Stoðar ehf. á stólnum eftir atvikið hafi ekki leitt í ljós neitt athugasvert við læsingu á sætisbelti í stólnum. Þá hafi skoðunin heldur ekki leitt í ljós að eitthvað væri að dekkjunum eins og komi fram í svörum þjónustuveitanda.

Af framangreindu er ljóst að ákveðið misræmi er fyrir hendi í gögnum málsins varðandi það hvort notandi hafi verið festur í stólinn eða ekki. Þjónustuveitandi segir að notandi hafi ekki verið rétt festur þar sem hann hafi aðeins verið festur yfir mittið en ekki yfir mitti og axlir eins og segir í áætlun hans en aðstandendur og persónulegur talsmaður notanda draga það í efa að notandi hafi verið festur í belti í umrætt sinn. GEV hefur ekki forsendur til að leggja mat á það hvort notast hafi verið við belti eða ekki í umrætt sinn en allt að einu er ljóst að notandinn var ekki festur í hjólastólinn í samræmi við einstaklingsbundna áætlun hans og sökum þess dettur hann úr hjólastólnum og í jörðina þegar farið var niður útitróppurnar í umrætt sinn. Líkt og rakið er hér að ofan er tilgangur stjórnsýslurannsóknar GEV á hinu alvarlega óvænta atviki ekki ætlað að leiða í ljós sök tiltekins einstaklings heldur ber stofnuninni að leita skýringa hjá þjónustuveitanda svo atvikið endurtaki sig ekki. Að mati GEV liggja fyrir skýringar að baki atvikinu, sbr. neðangreint.

Með hliðsjón af öllu framangreindu verður ekki annað séð en að skýringar að baki hinu alvarlega óvænta atviki megi meðal annars rekja til þess að skort hafi á verklega þjálfun starfsmannsins og eftirfylgni þjónustuveitanda við að ganga úr skugga um að starfsmaðurinn þekkti vel þessar grunnupplýsingar um notandann, þ.e. hvernig ætti að festa hann í hjólastólinn í umrætt sinn. Þá hafi einnig skort á að mikilvægar upplýsingar sem þessar hafi verið sýnilegar fyrir starfsmenn á vakt. Tekur GEV undir athugasemdir aðstandanda varðandi framangreint en þar segir m.a. að á þessum tíma hafi brotalamir verið í aðlögun starfsfólks og ekki hafi verið gengið nægilega vel á eftir því að nýtt starfsfólk læsi einstaklingsbundnar áætlanir notenda a.m.k. hafi eftirfylgni með því verið handahófskennd. Að mati GEV hefði hugsanlega verið hægt að koma í veg fyrir atvikið ef upplýsingar um beltisnotkun hjá notanda hefðu verið sýnilegar í umrætt sinn. Þá hefði starfsmaðurinn getað kynnt sér það sjálfur hvernig ætti að festa notanda þegar hann færi út. Slíkt fyrirkomulag hefði einnig getað komið í veg fyrir þann misskilning sem átti að hafa átt sér stað um þetta atriði milli starfsmannanna á vakt.⁹

Þá telur GEV rétt að áréttu að einstaklingsbundin áætlun notanda í Hólmasundi 2 getur ekki komið í staðinn fyrir verklega þjálfun starfsfólks og/eða endurmenntun þeirra. Starfsfólk sem sinnir notendum með þungar þjónustuparfir hefur oft ekki tíma til að leita og/eða kynna sér upplýsingar sem er að finna í áætlun upp á rúmlega 50 síður, sérstaklega þegar eðli starfsins kallar á að það gæti þurft að ganga í verk sem það framkvæmir ekki

⁹ Í eftirlitsskýrslu GEV vegna frumkvæðisathugunar á þjónustunni í Hólmasundi 2 segir m.a. að einstaklingsáætlanir notenda þjónustunnar séu mjög ítarlegar og að þær séu geymdar í möppu hvers íbúa uppi í hillu í skrifstofurými sem sé inn af starfsmannarými. Hafi þeim tilmælum verið beint til velferðarsviðs Reykjavíkurborgar að einfalda framsetningu upplýsinga um verklag og dagskrá hvers íbúa sem starfsfólk styðjist við í daglegu starfi. Sjá frekari umfjöllun í skýrslu GEV, bls. 11-12: [Eftirlitsskýrsla GEV](#).

með reglubundnum hætti, oft með stuttum fyrirvara. Því er nauðsynlegt að taka saman mikilvægar grunnupplýsingar um notendur í Hólmasundi 2 sem eiga að tryggja öryggi notanda, t.d. hvenær og hvernig eigi að festa notandann í öryggisbelti, og hafa þær upplýsingar sýnilegar fyrir starfsfólk. Að auki er það mat GEV að verkleg þjálfun sé líklegri til að skila árangri fyrir þjálfun starfsmanna heldur en munnlegar leiðbeiningar reyndari starfsmanna eða lestur upplýsinga í áætlun þótt þær séu vissulega nauðsynlegar meðfram verklegri þjálfun starfsfólks og til að starfsfólk geti rifjað upp þá þjálfun sem það hefur fengið.

Í kjölfarið af hinum alvarlegu óvæntu atvikum sem rannsókn þessi varðar sem og frumkvæðisathugun GEV á þjónustu í Hólmasundi 2 hefur þjónustuveitandi unnið að því að bæta úr framangreindum annmörkum í starfseminni sem skýra atvikin, sjá nánari umfjöllun hér að neðan.

5.4 Umbætur til að koma í veg fyrir sambærileg atvik

Hvað fyrra atvikið, 7. ágúst 2024, varðar segir í svörum þjónustuveitanda að ekki hafi verið tekið fram í þágildandi verkferlum að tveir starfsmenn ættu að aðstoða notanda í og úr segli en í kjölfarið af hinu alvarlega óvænta atviki séu verklagsreglur nú í endurskoðun. Þá segir einnig í svörum þjónustuveitanda að fram að atvikinu hafi ekki verið talin þörf á notkun kalltækja í þjónustunni en í kjölfar atviksins hafi það einnig verið endurskoðað og nú hafi verið ákveðið að leita tilboða í slík tæki. Í millitíðinni verði notast við talstöðvar. Ein talstöð sé inni í íbúð notanda og ein frammi í starfsmannarými. GEV fagnar framangreindum umbótum enda þær til þess fallnar að bæta gæði og öryggi þjónustunnar í Hólmasundi 2.

Hvað seinna atvikið, 17. ágúst 2024, varðar kemur fram í svörum þjónustuveitanda að sú aðlögunarvakt sem starfsmaðurinn vann með reyndari starfsmanni í maí 2023 hafi verið munnleg en aðlögun á þessum tíma hafi farið fram munnlega en ávallt hafi verið farið yfir einstaklingsbundnar áætlanir með starfsfólki í aðlögun. Samkvæmt persónulegum talsmanni og aðstandendum notanda hafi Hólmasund 2 verið án forstöðumanns í hálf t. á frá 15. desember 2023 til maí 2024. Á þeim tíma hafi starfsemi heimilisins farið úr skorðun og umönnun verið ábótavant. Vaktir hafi verið illa mannaðar með sumarafleysingum sem hafi fengið litla sem enga aðlögun eða kenngslu. Er það í samræmi við það sem fram kom í frumkvæðisathugun GEV á þjónustunni í Hólmasundi 2.¹⁰ Fyrir liggur nú að í kjölfarið af hinu alvarlega óvænta atviki sé unnið að því að hálfu þjónustuveitanda að taka mikilvægar upplýsingar notenda saman í sérstakar vinnumöppur sem séu aðgengilegar starfsmönnum á einfaldan og skýran hátt. Þá eigi einnig að bæta bæði þjálfun og fræðslu til starfsfólks.

¹⁰ Sjá umfjöllun í eftirlitsskýrslu GEV vegna frumkvæðisathugunar á þjónustunni í Hólmasundi 2 á bls. 4: [Eftirlitsskýrsla GEV](#). Þar sagði meðal annars að eftir að forstöðumaður íbúðakjarnans til margra ára hafi farið í leyfi í lok árs 2023 og hætti síðar störfum, hafi starfsemin einkenst af rótleysi, óstöðugleika í stjórnun, miklu álagi á starfsfólk og tíðum starfsmannabreytingum, sem hafi sett mark sitt á þjónustu við íbúa Hólmasunds. Það hafi verið samróma álit viðmælenda.

Með hliðsjón af öllu framangreindu er ljóst að til að koma í veg fyrir sambærileg atvik sem áttu sér stað í Hólmasundi 2 í ágúst 2024 þurfi að tryggja að starfsmenn fái fullnægjandi þjálfun áður en þeir þjónusta íbúa, þ.e. að tryggt sé að starfsmenn þekki grunnupplýsingar þeirra notenda sem þeir þjónusta og að þær séu sýnilegar og aðgengilegar öllu starfsfólki. Einnig þurfi starfsmenn frekari verklega þjálfun við upphaf starfs og eftirfylgni.¹¹ Það kann að koma upp í þjónustunni að starfsfólk þurfi að þjónusta íbúa sem það hafi ekki sinnt yfir lengra tímabil og þá er mikilvægt að starfsfólk sé tryggt upprifjun á þörfum hvers og eins notanda eins og frekast er unnt. Vel þjálfað starfsfólk er afar mikilvægt skref í að stuðla að því að gæði þeirrar þjónustu sem veitt er í Hólmasundi 2 fyrir fatlaða íbúa haldist stöðug og þannig verði öryggi og velferð notanda sem þar dvelja tryggt.

¹¹ Í eftirlitsskýrslu GEV vegna frumkvæðisathugunar á þjónustunni í Hólmasundi 2 segir að skort hafi á þjálfun í upphafi starfs og fræðslu um hjálpartæki notenda þjónustunnar. Hafi þeim tilmælum verið beint til velferðarsviðs Reykjavíkurborgar að tryggja fullnægjandi þjálfun og fræðslu til starfsmanna. Sjá frekari umfjöllun í skýrslu GEV á bls. 27: [Eftirlitsskýrsla GEV](#).

