



# Úttekt

## Lyflækningasvið

### Landspítala

Mat á gæðum og  
öryggi þjónustu  
lyflækningadeilda



**Embætti**  
**landlæknis**  
Directorate of Health

Ágúst 2014



**Embætti  
landlæknis**  
Directorate of Health

# Úttekt

## Lyflækningasvið Landspítala

*Úttekt – Lyflækningasvið Landspítala  
Mat á gæðum og öryggi þjónustu lyflækningadeilda*

### Höfundar:

Geir Gunnlaugsson landlæknir  
Anna Björg Aradóttir sviðsstjóri  
Laura Sch. Thorsteinsson verkefnisstjóri  
Leifur Bárðarson yfirlæknir

Hrefna Þorbjarnardóttir læknaritari  
aðstoðaði við frágang skýrslunnar og  
Sigríður Egilsdóttir verkefnisstjóri  
annaðist yfirllestur

### Útgefandi:

Embætti landlæknis  
Barónsstíg 47  
101 Reykjavík  
[www.landlaeknir.is](http://www.landlaeknir.is)

Reykjavík 2014

© 2014 Embætti landlæknis

Rit þetta má ekki afrita með neinum hætti, svo sem ljósmyndun, prentun, hljóðritun eða á annan sambærilegan hátt, að hluta eða í heild, án þess að geta heimildar.

ISBN 978-9979-9527-6-3

### Pakkir

Embættið þakkar stjórnendum og starfsfólki  
lyflækningasviðs Landspítala góða  
samvinnu við úttektina.

### Tillaga að tilvitnun:

Embætti landlæknis 2014: *Úttekt – Lyflækningasvið Landspítala. Mat á gæðum og öryggi þjónustu lyflækningadeilda.* Reykjavík: Embætti landlæknis. Sótt [dags.] af <http://www.landlaeknir.is/um-embættid/greinar/grein/item/16414/Uttekir-a-heilbrigdisstofnunum>

**Úttekt Embættis landlæknis á völdum  
þáttum gæða og öryggis  
þjónustu á lyflækningadeildum  
lyflækningasviðs Landspítala**

**Gerð á tímabilinu janúar til júní 2014**

## Efnisyfirlit

Samantekt .....	4
1. Inngangur.....	8
2. Aðferðir.....	8
3. Niðurstöður úttektar .....	10
3.1 Hugmyndafræði og stefna.....	10
3.2 Notendamiðuð þjónusta .....	11
3.2.1 Umfang, aðgengi, nýting og töluleg gögn.....	12
3.2.2 Þjónusta og meðferð.....	13
3.2.3 Sjúklingafræðsla .....	14
3.2.4 Fæði og næringarráðgjöf.....	16
3.2.5 Önnur þjónusta .....	16
3.2.6 Athugun á þjónustu.....	17
3.3 Gæði og öryggi.....	19
3.3.1 Sýkingavarnir .....	21
3.3.2 Lyfjamál .....	22
3.3.3 Skráning heilsufarsupplýsinga .....	23
3.3.4 Öryggismál.....	24
3.3.5 Óvænt atvik .....	25
3.3.6 Kvartanir/ábendingar .....	26
3.4 Mannauðsmál.....	27
3.4.1 Mönnun.....	27
3.4.2 Læknamönnun .....	27
3.4.3 Hjúkrunarmönnun.....	29
3.4.4 Ráðningaferli/starfsleyfi .....	30
3.4.5 Starfsmannavelta og fjarvistir .....	30
3.4.6 Starfsandi .....	30
3.4.7 Starfsmannasamtöl .....	31
3.4.8 Fræðsla og starfsþróun.....	32
3.4.9 Starfsmannaheilsuvernd .....	32
3.4.10 Upplýsingaflæði, fundir, fundargerðir .....	33
3.4.11 Nemar.....	33
3.5 Húsnæði og aðbúnaður .....	33
3.6 Úttektarheimsóknir á deildir (sjá nánar í Fylgiskjali 1) .....	34
3.7 Viðtöl við starfsfólk (sjá nánar í Fylgiskjali 2).....	36

FYLGISKJAL 1

FYLGISKJAL 2

## SAMANTEKT

Á tímabilinu janúar til júní 2014 gerði Embætti landlæknis sértæka úttekt á völdum þáttum gæða og öryggi þjónustu á lyflækningadeildum lyflækningasviðs Landspítalans (LSH). Úttektin náði ekki til endurhæfingar- og öldrunarlækningadeilda, né heldur til líknardeildar. Meginmarkmið úttektarinnar var að skoða öryggi og gæði valdra þjónustupátta umræddra deilda og megintilgangur að benda á leiðir til úrbóta. Úttektin tók meðal annars til atriða sem varða stefnu, þjónustu, mannauðsmál, gæði, öryggi, skráningu, atvik, kvartanir og húsnæði. Ýmissa upplýsinga var aflað hjá framkvæmdastjóra og aðstoðarframkvæmdastjóra og niðurstöður starfsumhverfiskannana og þjónustukannana voru rýndar. Farið var yfir kvartanir og atvik á sviðinu. Þá var farið í heimsóknir á allar legudeildir og flestar dag- og göngudeildir og fundað með stjórnendum þeirra, samtals 22 einstaklingum. Einnig voru tekin hálfstöðluð viðtöl við 11 starfsmenn og fundað með gæðastjóra og mannauðsstjóra. Allt þetta veitti mikla innsýn í starfsemina, ekki hvað síst úttektarheimsóknir og viðtöl við starfsfólk.

Lyflækningasviðið er stærsta svið LSH og veitir almenna og sérhæfða læknis- og hjúkrunarþjónustu á legudeildum, dagdeildum og göngudeildum. Stærstur hluti sjúklinganna leggst inn brátt. Starfsemin er mjög fjölbreytt og snýr að mörgum algengustu og alvarlegustu heilsufarsvandamálum landsmanna. Meginstarfsemi sviðsins fer fram í Fossvogi og við Hringbraut. Mótúð hefur verið sýn og stefna til að takast á við þau brýnu vandamál sem sviðið hefur átt við að etja.

Aðgengi að þjónustu sviðsins er gott og meðalnýting legurýmis er 97%, fyrir sviðið í heild og oft yfir 100% á bráðalegudeildum. Ljóst er að rúmanýting er of mikil og gangainnlagnir eru orðnar hluti af daglegri tilveru á deildum. Meðallegutími ársins 2013 var 10.4 dagar á öllum deildum en styttri á bráðalegudeildum. Alla jafna gengur vel að ráða við álagstoppa að mati framkvæmdastjóra og aðstoðarframkvæmdastjóra. Þó koma tímabil þar sem verulegt álag er á starfsfólk vegna yfirlagna. Í viðtölum við starfsfólk kom fram að álag væri mjög mikið og margir töldu að ekki væri lengur um að ræða álagstoppa, heldur stöðugt álag. Þjónustukannanir meðal sjúklinga sýna almenna ánægju með þjónustuna, en umhugsunarvert er að 17% svarenda telur sig hafa orðið fyrir rangri meðhöndlun að einhverju leyti.

Gæðastjóri er starfandi á sviðinu og ýmis umbótaverkefni hafa verið unnin, þótt einatt gefist lítill tími til að sinna þeim sökum álags. Rafræn gæðahandbók er fyrir hendi, en nýtist engan veginn nógu vel vegna þess að starfsfólk á erfitt með að finna skjöl í henni. Fylgst er með ákveðnum gæðavísnum. Skráning í sjúkraskrá er rafræn. Notuð eru mörg hugbúnaðarkerfi sem eru ekki öll samtengd svo sem lyfjaskráningarkerfið Therapy.

Mönnun er víða í lágmarki og sums staðar er veruleg undirmönnun, sérstaklega meðal lækna. Deildarlækna og kandiðata hefur vantað. Brugðist hefur verið við því á ýmsan hátt en ljóst er að álag á aðrar séttir, fyrst og fremst sérfræðilækna hefur aukist gríðarlega og einnig á hjúkrunarfræðinga. Á haustmánuðum 2014 lítur út fyrir að tekist hafi að tryggja lágmarksmönnun meðal deildarlækna og kandiðata. Hjúkrunarmönnun hefur víða verið bætt og von er á um 20 nýtskrifuðum hjúkrunarfræðingum til starfa í haust á starfsþróunarári. Rafaela sjúklingaflokkunarkerfið er notað, en ekki er alltaf hægt að fara eftir niðurstöðum þess við gerð mönnunarátætlana. Kulnun er vaxandi vandamál að sögn starfsfólks. Starfsandi er almennt góður í nærumhverfi en starfsaðstöðu er víða ábótavant, þótt ýmsar umbætur hafi

nýverið verið gerðar. Ástand húsnæðis sviðsins er víða ófullnægjandi og stenst í flestum tilfellum ekki kröfur nútímans. Í úttektarheimsóknum og viðtölum við stjórnendur og starfsfólk komu fram margir þættir, sem taldir voru geta ógnað gæðum þjónustu og öryggi sjúklinga, svo sem mikið álag, of fá rúm, of mörg fjölbýli, of fá einbýli, gangainnlagnir, skortur á tækjum, mannekla, ófullnægjandi húsnæði og starfsaðstaða, tvískipt starfsemi (Hringbraut og Fossvogur), of hraðar útskriftir og skortur á hjúkrunarrýmum. Mjög mikilvægt er að gefa þessum atriðum gaum.

Í heild má segja að sviðið sinni umfangsmikilli starfsemi og hafi yfir að ráða metnaðarfullu starfsfólk sem sinnir starfi sínu af mikilli fagmennsku oft á tíðum við erfiðar aðstæður. Niðurskurður liðinna ára hefur tekið sinn toll og brýnt er að gera ýmsar nauðsynlegar úrbætur til að tryggja öryggi sjúklinga og gæði þjónustunnar.

## Brýnustu aðgerðir að mati Embættis landlæknis

### Húsnæði/aðstaða

- Hefja endurbyggingu og endurskipulagningu húsnæðis sviðsins.
  - Flytja alla starfsemi sviðsins á einn stað.
  - Fjölga einbýlum til að minnka sýkingarhættu og gera meðferð og umönnun skilvirkari og öruggari.
  - Bæta aðstöðu sjúklinga og aðstandenda.
  - Gera starfsaðstöðu fyrir starfsfólk sviðsins aðlaðandi og eftirsóknarverða.
- Fjölga rúmum á sviðinu þannig að rúmanýting á bráðadeildum verði ekki yfir 85%.
  - Skrá allar gangainnlagnir á 3ja mánaða tímabili til þess að reikna út raunverulega þörf sviðsins fyrir legurými.
- Tryggja að nauðsynleg lækningatæki við meðferð og umönnun séu ávallt fyrir hendi og í góðu ásigkomulagi.

### Mönnun

- Leggja fram dagsetta áætlun um gerð starfsgreiningar á störfum lækna, hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða.
  - Manna í samræmi við niðurstöður starfsgreiningar.
- Bregðast við hækkandi meðalaldri og lítilli nýliðun sérfræðilækna.
  - Gera starfsumhverfi eftirsóknarvert fyrir sérfræðilækna í fullu starfi.
- Bæta starfsumhverfi deildarlækna og kandidate.
  - Tryggja að mönnunarlíkan fyrir deildarlækna taki tillit til þátta svo sem skilgreindra fjarvista og rannsóknar- og umbótavinnu og ráða í stöður samkvæmt því.
  - Tryggja deildarlæknum aðgang að stuðningi og ráðgjöf sérfræðinga.
  - Sjá til þess að kandidatestarfi ávallt undir leiðsögn.
- Hafa hjúkrunarmönnun í samræmi við niðurstöður Rafaela sjúklingaflokkunarkerfisins.

### Verkferlar

- Gera skilgreind ferli við útskriftir skilvirkari.
  - Gefa útskrift sjúklinga meira vægi en nú er.
  - Efla útskriftarfræðslu.

- Samhæfa allan hugbúnað sem lýtur að fyrirmælum um lyf, lyfjagjöf og lyfjaávisunum.

## Helstu ábendingar Embættis landlæknis

### Hugmyndafræði og stefna

- Gera stefnumótun í gæða- og öryggismálum til lengri tíma.

### Notendamiðuð þjónusta

- Fjölga rúmum á sviðinu þannig að rúmanýting á bráðalegudeildum verði ekki yfir 85%.
- Skrá allar gangainnlagnir sérstaklega yfir 3ja mánaða tímabil og nýta þær upplýsingar til þess að reikna út raunverulega þörf sviðsins fyrir legurými.
- Gera skilgreind ferli við útskriftir skilvirkari.
  - Gefa útskrift sjúklinga meira vægi en nú er.
  - Efla útskriftarfræðslu.
- Gera heimasíðu notendavænni og auðvelda aðgang að fræðsluefni.
- Vinna niðurstöður þjónustukannana fyrir hverja deild fyrir sig og ræða þær á deildarfundum.
- Rýna í ástæður þess að fjöldi þeirra sjúklinga sem telur sig hafa fengið ranga meðhöndlun að litlu, nokkru, miklu eða öllu leyti, er meiri en viðmiðunartala á vestrænum sjúkrahúsum gerir ráð fyrir.

### Gæði og öryggi

- Auka starfshlutfall gæðastjóra vegna umfangs starfa hans.
- Efla leitarvél gæðahandbókarinnar til að auka notkun hennar.
- Meta tölvukost, vélbúnað og samtengingu hugbúnaðar svo og kosti notkunar spjaldtölva á deildum.
- Gefa formlega út í gæðahandbók allar verklagsreglur sem eru í gildi.
- Rýna í niðurstöður starfsumhverfiskönnunar varðandi gæði þjónustunnar og öryggi sjúklinga með sérstaka áherslu á starfsaðstöðu og gera nauðsynlegar úrbætur.
- Nýta leiðbeiningar Embættis landlæknis *Eflum gæði og öryggi í íslenskri heilbrigðisþjónustu (2012)* og leita lausna eftir því sem þörf krefur.
- Samhæfa allan hugbúnað sem lýtur að fyrirmælum um lyf, lyfjagjöf og lyfjaávisunum.
- Tryggja samþættingu rafrænna kerfa.
- Bjóða upp á markvissa einstaklingshæfða þjálfun í notkun Sögukerfisins.
- Setja fram viðbragðsáætlun við „óboðnum gestum“ og viðbragðsáætlun við ofbeldi gagnvart samsjúklingum og starfsfólki.
- Nýta niðurstöður starfsumhverfiskönnunar til að bæta starfsaðstöðu og húsnæði þannig að öryggi sjúklinga sé tryggt.
- Sjá til þess að nauðsynleg lækningatæki við meðferð og umönnun séu ávallt fyrir hendi.
- Viðhalda þeim góða árangri sem náðst hefur varðandi skráningu, úrvinnslu og eftirfylgni atvika.

### Mannauðsmál

- Leggja fram dagsetta áætlun um gerð starfsgreiningar á störfum lækna, hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða.

- Manna í samræmi við niðurstöður starfsgreiningar.
- Gera starfsumhverfi eftirsóknarvert fyrir sérfræðilækna í fullu starfi.
- Bregðast við hækkandi meðalaldri og lítilli nýliðun sérfræðilækna.
- Bæta starfsumhverfi deildarlækna og kandidateata.
  - Tryggja að mönnunarlíkan fyrir deildarlækna taki tillit til þátta svo sem skilgreindra fjarvista og rannsóknar- og umbótavinnu og ráða í stöður samkvæmt því.
  - Tryggja deildarlæknum aðgang að stuðningi og ráðgjöf sérfræðinga.
  - Sjá til þess að kandidateatar starfi ávallt undir leiðsögn.
- Hafa hjúkrunarmönnun í samræmi við niðurstöður Rafaela sjúklingaflokkunarkerfisins og raunverulegan fjölda sjúklinga.
- Vinna frekar að verkefnadreifingu (e. *task-sharing*) og efla teymisvinnu.
- Rýna í þá þætti sem skapa góðan vinnustaðabrag á ákveðnum deildum og nýta sem fyrirmynd fyrir aðrar deildir.
- Bregðast við kulnun meðal starfsfólks með úrbótum.
- Rýna í þá þætti sem starfsfólk telur að ógnað geti gæðum þjónustu og öryggi sjúklinga.

#### Húsnæði og aðbúnaður

- Hefja endurbyggingu og endurskipulagningu húsnæðis sviðsins.
  - Flytja alla starfsemi sviðsins á einn stað.
  - Fjölga einbýlum til að minnka sýkingarhættu og gera meðferð og umönnun skilvirkari og öruggari.
  - Bæta aðstöðu sjúklinga og aðstandenda.
  - Fjölga salernum og bæta hreinlætisaðstöðu.
  - Bæta aðstöðu til viðtala og skoðunar á inniliggjandi sjúklingum.
  - Gera starfsaðstöðu fyrir starfsfólk sviðsins aðlaðandi og eftirsóknarverða.
- Fjölga rúmum á sviðinu þannig að rúmanýting á bráðadeildum verði ekki yfir 85% .
  - Skrá allar gangainnlagnir á 3ja mánaða tímabili til þess að reikna út raunverulega þörf sviðsins fyrir legurými.
- Tryggja að nauðsynleg lækningatæki við meðferð og umönnun séu ávallt fyrir hendi og í góðu ásigkomulagi.

## 1. INNGANGUR

Samkvæmt lögum um landlækni og lýðheilsu nr. 41/2007 hefur Embætti landlæknis faglegt eftirlit með starfsemi heilbrigðisstofnana og starfi heilbrigðisstétta. Embættið notar margvíslegar aðferðir til að uppfylla þessi lagaákvæði og styðst meðal annars við gæðaviðmið Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar og ýmissa erlendra eftirlitsstofnana. Með eftirlitsstarfi sínu hefur embættið að leiðarljósi að árangursríkasta leiðin til að bæta gæði og öryggi heilbrigðisþjónustu er að eiga gott samstarf og samráð við stjórnendur og starfsfólk heilbrigðisstofnana.

## 2. AÐFERÐIR

Árið 2014 gerði Embætti landlæknis (EL) sértæka úttekt á völdum þáttum gæða og öryggis þjónustu á lyflækningadeildum lyflækningasviðs Landspítalans (LSH) en ekki á endurhæfingar- og öldrunarlækningadeildum, né heldur á líknardeild. Meginmarkmið úttektarinnar var að skoða öryggi og gæði valdra þjónustubátta umræddra deilda og megintilgangur að benda á leiðir til úrbóta.

Úttektin fór fram samkvæmt sérstakri áætlun sem hér segir:

Tilkynnt var um fyrirhugaða úttekt í bréfi til forstjóra LSH þann 29. nóvember 2013. Í bréfi, dagsett 23. janúar 2014, til framkvæmdastjóra og aðstoðarframkvæmdastjóra sviðsins var gerð nánari grein fyrir tilhögun úttektarinnar. Fundað var með framkvæmdastjóra og aðstoðarframkvæmdastjóra þann 29. janúar 2014 og farið yfir ýmis gögn. Spurningalisti var sendur til þeirra þann 7. febrúar 2014 þar sem leitað var eftir upplýsingum er varða hugmyndafræði, stefnu, þjónustu, gæði og öryggi, mannauðsmál, húsnæði og aðbúnað. Svör við spurningalistanum bárust þann 25. febrúar 2014 auk ýmissa annarra gagna. Niðurstöður starfsumhverfiskannana sem gerðar voru á sviðinu 2012 og 2013 voru rýndar og einnig niðurstöður þjónustukannana á sviðinu sem gerðar voru 2012 og 2013.

Farið var yfir kvartanir sem borist höfðu embættinu síðastliðin þrjú ár og alvarleg atvik sem tilkynnt höfðu verið varðandi lyflækningasvið LSH síðastliðin þrjú ár.

Í úttektinni var farið í heimsóknir á allar legudeildir og flestar dag- og göngudeildir. Húsnæði og aðbúnaður var skoðað, fundað með stjórnendum; deildarstjórum og yfirlæknum, samtals 22 einstaklingum og farið yfir ýmis gögn sem tengdust úttektinni. Þar sem megináhersla úttektarinnar var á lyflækningadeildir var ekki farið sérstaklega á endurhæfingar- og öldrunarlækningadeildir, né heldur líknardeild. Einnig voru tekin hálfstöðluð viðtöl við 11 starfsmenn í maí 2014 eftir sérstökum viðtalsramma. Þá var fundur með gæðastjóra sviðsins þann 12. maí 2013 og fundur með mannauðsstjóra þann 22. maí 2013. Alls var því rætt við 35 einstaklinga, auk framkvæmdastjóra og aðstoðarframkvæmdastjóra.

Við gerð skýrslu EL um úttektina voru upplýsingar frá framkvæmdastjóra og aðstoðarframkvæmdastjóra sviðsins rýndar, meðal annars skrifleg svör við spurningalista EL, gögn sem þeir sendu til EL, gögn sem lögð voru fram á fundum og einnig upplýsingar sem fram komu á fundum, í símtölum og/eða tölvupóstum. Einnig var upplýsinga aflað með öðrum hætti, þ.e. af heimasíðu LSH, með samtölum við starfsfólk, úr gæðahandbók, í úttektarheimsóknum og niðurstöðum starfsumhverfiskannana og þjónustukannana LSH. Allt þetta veitti mikla innsýn í starfsemina, ekki hvað síst úttektarheimsóknir og viðtöl við starfsfólk.



Á grundvelli rýni þessara upplýsinga og gagna er mat og ábendingar EL byggðar.

Á því tímabili sem úttekt og skýrslugerð fór fram voru í undirbúningi breytingar á skipuriti LSH. Þessi skýrsla tekur mið af núverandi skipuriti.

### 3. NIÐURSTÖÐUR ÚTTEKTAR

#### 3.1 Hugmyndafræði og stefna

Stofnanir í heilbrigðisþjónustu eiga að:

---

Setja sér stefnu og innleiða hana á markvissan hátt til þess að skapa ramma um þjónustuna í samræmi við það sem fram kemur í *Stefnumörkun heilbrigðisyfirvalda í gæðamálum (2007)*.

---

Lyflækningasvið LSH hefur mótað sér eftirfarandi sýn og stefnu til að takast á við þau brýnu vandamál sem sviðið hefur átt við að etja. Framkvæmdastjóri og aðstoðarframkvæmdastjóri sviðsins eru sáttir við þær aðgerðir sem hafa verið settar í gang til að takast á við núverandi vanda og þær hafa skilað árangri. Hins vegar skortir stefnumótun til lengri tíma en verið er að huga að slíku.

Samkvæmt gögnum frá framkvæmdastjóra og aðstoðarframkvæmdastjóra er framangreind sýn og stefna lyflækningasviðs eftirfarandi:

- Bæta starfsandann á sviðinu.
- Fjölga unglæknum.
- Bæta mönnun hjúkrunarfræðinga á legudeildum.
- Styðja sérstaklega við sérgreinar í krísu, svo sem og krabbameinslækningar og nýrnalækningar.
- Efla nýliðun sérfræðingahópsins (þar með talið í almennum lyflækningum).
- Sameiginleg stefnumótun í því skyni að laða að nýja starfsmenn (e. *recruitment*) og þróa starfsferla, svo sem:
  - Starfsþróunarár fyrir nýútskrifaða hjúkrunarfræðinga.
  - Efla kennsluprógramm fyrir unglækna.
- Ábyrgur rekstur.
- Bæta flæði sjúklinga.

Að mörgu leyti gagnast núverandi stjórnskipulag vel að mati framkvæmdastjóra og aðstoðarframkvæmdastjóra. Talsverð samlegðaráhrif eininga styðja vel við flæði sjúklinga. Góður skilningur á ólíku starfi deilda og eininga styður við gott samstarf og heildaryfirsýn stjórnenda að þeirra mati. Samstarf framkvæmdastjóra og aðstoðarframkvæmdastjóra er mjög náið og einnig samstarf þeirra við mannauðsráðgjafa, gæðastjóra og fjármálastjóra sviðsins. Þó nefna framkvæmdastjóri og aðstoðarframkvæmdastjóri að sviðið sé stórt og umfangsmikið og stjórnunarspönn sé mögulega of stór. Þess ber þó að geta að fyrirhugað er að gera ákveðnar breytingar á skipuriti LSH á þessu ári.

## Mat Embættis landlæknis

Mjög jákvætt er að sýn og stefna hefur verið sett fram til að takast á við þau brýnu vandamál sem sviðið hefur verið að glíma við. Einnig er mjög jákvætt að aðgerðir hafa þegar skilað árangri. Æskilegt er að setja fram stefnumótun í gæða- og öryggismálum til lengri tíma. Jákvætt er að stjórnskipulag, þegar úttektin var gerð, reynist vel en í viðtölum við starfsfólk kom fram að stjórnunarspönn er mjög stór sem gerir framkvæmdastjóra og aðstoðarframkvæmdastjóra erfitt um vik við að vera í nánnum tengslum við starfsfólk. Bent skal á að níu framkvæmdastjórar sinntu áður starfi sviðsstjóra/framkvæmdastjóra á sviðinu í stað eins eða tveggja eins og nú er. Jákvætt er að samstarf framkvæmdastjóra, aðstoðarframkvæmdastjóra, mannauðsráðgjafa, gæðastjóra og fjármálastjóra er mjög gott og til umhugsunar er hvort heppilegt sé að festa það í sessi með formlegum hætti.

### Ábendingar Embættis landlæknis

---

- Huga að stefnumótun í gæða- og öryggismálum til lengri tíma.
- Formgera núverandi samstarf framkvæmdastjóra, aðstoðarframkvæmdastjóra, mannauðsráðgjafa, gæðastjóra og fjármálastjóra.

## 3.2 Notendamiðuð þjónusta

Stofnanir í heilbrigðisþjónustu eiga að:

---

Veita notendamiðaða þjónustu sem er örugg, tímanleg, skilvirk, árangursrík og þar sem jafnræðis er gætt (*Reglugerð um gerð gæðavísa sem notaðir eru til að meta gæði og árangur innan heilbrigðisþjónustunnar nr. 1148/2008*).

*Virða lög um réttindi sjúklinga nr. 74/1997.*

---

Lyflækningasvið er stærsta svið LSH og veitir almenna og sérhæfða læknis- og hjúkrunarþjónustu á legudeildum, dagdeildum og göngudeildum. Stærstur hluti sjúklinganna leggst inn brátt. Starfsemin er mjög fjölbreytt og nær til gigtsjúkdóma, hjartasjúkdóma, húð- og kynsjúkdóma, innkirtla- og efnaskiptasjúkdóma, lungna- og ofnæmissjúkdóma, krabbameins- og blóðsjúkdóma, meltingarsjúkdóma, nýrnasjúkdóma, smitsjúkdóma og taugasjúkdóma. Viðfangsefni starfsmanna sviðsins snýr því að mörgum algengustu og alvarlegustu heilsufarsvandamálum landsmanna og oft er um að ræða þjónustu sem hvergi er veitt annars staðar á landinu. Einnig er rekin mjög öflug og sérhæfð endurhæfingar- og öldrunarþjónusta. Sviðið veitir auk þess líknandi meðferð og heimahlynningu. Á sviðinu er rekin sjúkra-, iðju- og talþjálfun sem sinnir öllum sjúklingum spítalans sem á þurfa að halda. Starfsemi lyflækningasviðs fer fram á mörgum stöðum, þ.e. í Fossvogi, við Hringbraut, á Landakoti, á Grensásdeild, á líknardeild í Kópavogi og á Vífilsstöðum í Garðabæ.

Tafla 1. Sérgreinar lækninga á lyflækningasviði

Sérgreinar lækninga á lyflækningasviði
- Almennar lyflækningar
- Blóðlækningar
- Endurhæfingarlækningar
- Gigtlækningar
- Hjartalækningar
- Húð- og kynsjúkdómálækningar
- Innkirtla- og efnaskiptalækningar
- Lungnalækningar
- Meltingarlækningar
- Nýrnalækningar
- Smitsjúkdómálækningar
- Taugalækningar
- Öldrunarlækningar

Tafla 2. Deildir sem heimsóttar voru

Deildir sem voru heimsóttar
<b>Legudeildir</b>
- Blóðlækningadeild 11 - G
- Bráðalyflækningadeild A - 2
- Gigtar- og almenn lyflækningadeild B - 7
- Hjartadeild 14 - EG
- Krabbameinslækningadeild 11 - E
- Lungnadeild A - 6
- Meltingar- og nýrnadeild 13 - E
- Smitsjúkdóma- og almenn lyflækningadeild A - 7
- Taugalækningadeild B - 2
<b>Dag- og göngudeildir</b>
- Dagdeild blóð- og krabbameinslækninga 11 - B
- Dag- og göngudeild taugalækningadeildar A - 2
- Göngudeild lyflækninga A - 3
- Hjartagátt

### 3.2.1 Umfang, aðgengi, nýting og töluleg gögn

Aðgengi að þjónustu lyflækningasviðs er gott að mati framkvæmdastjóra og aðstoðarframkvæmdastjóra sviðsins og meðalnýting legurýmis var 97% fyrir sviðið í heild árið 2013, en á bráðalegudeildum er rúmanýtingin oft yfir 100%. Þetta er verulega há rúmanýting, en æskileg rúmanýting á bráðasjúkrahúsi er um 85%, ef það á að anna bráðainnlögnum. Þessi mikla rúmanýting verður þess valdandi að sjúklingar eru lagðir inn bráðainnlögn annars staðar en á sjúkrastofur sem er ósættanlegt út frá öryggis- og umönnunarsjónarmiðum. Við bætist að eina aðgengi sjúklinga að spítalanum er bráðamóttaka. Það fyrirkomulag er óheppilegt og tefur meðferð langveikra sem koma vegna skyndilegrar versunar en langveikum fer stöðugt fjölgandi og verða sífellt stærra hlutfall sjúklinga á sjúkrahúsinu.

Ekki er haldið sérstakt yfirlit um gangainnlagnir en í Heilsugátt má sjá rauntímaupplýsingar um legurýmisstöðu hvernar deildar. Í viðtölum við stjórnendur deilda og starfsfólk kom fram að legurýmum hefur verið fækkað um of og bera gangainnlagnir vitni þess. Var oft nefnt að það vantaði a.m.k. 40 rúm svo sviðið annaði álaginu í daglegum störfum.

Meðallegutími ársins 2013 var 10.4 dagar á öllum deildum en styttri á bráðalegudeildum. Meðallegutími er heldur langur miðað við markmið spítalans í starfsemissáætlun hans. Á árinu 2013 var talsvert af sjúklingum með gilt færni- og heilsumat sem biðu eftir öðrum úrræðum. Þessir sjúklingar skekkja meðallegutímamann. Þess ber að geta að snemma árs 2014 voru alls 42 rúm á Vífilsstöðum fyrir sjúklinga með gilt færni- og heilsumat. Þessi ráðstöfun hefur minnkað álag á bráðalegudeildum til muna.

Alla jafna gengur vel að ráða við álagstoppa að mati framkvæmdastjóra og aðstoðarframkvæmdastjóra. Þó koma tímabil þar sem verulegt álag er á starfsfólk vegna yfirlagna. Í viðtölum við starfsfólk kom fram að álag væri mjög mikið og margir töldu að ekki væri lengur um að ræða álagstoppa, heldur stöðugt álag.

Reglubundið er fylgst með biðtíma eftir þjónustu og að einhverju leyti eru aðstæður fyrir hendi til að bregðast við ef biðtími lengist, svo sem varðandi hjartaþræðingar en alls ekki á fullnægjandi hátt. Það er ekki sjálfgefið að hægt sé að bregðast við að sögn framkvæmdastjóra og aðstoðarframkvæmdastjóra. Að mati þeirra er fráflæði sjúklinga frá sviðinu of hægt. Hið sama kom fram í viðtölum við starfsfólk og stjórnendur deilda. Komum á dag- og göngudeildir hefur fækkað frá árinu 2012 til 2013 en aukist um 10% á Hjartagátt.

Tafla 3. Komur á aðrar deildir en legudeildir 2012 og 2013.

Komur			
	2012	2013	Breyting
Dagdeildir	46755	44113	-5,70%
Göngudeildir	110024	108024	-1,20%
Hjartagátt	4663	5130	10%

### Mat Embættis landlæknis

Jákvætt er hversu aðgengi að þjónustu á sviðinu er gott og að alla jafna gengur vel að ráða við álagstoppa að mati framkvæmdastjóra og aðstoðarframkvæmdastjóra. Hins vegar er áhyggjuefni hversu margt starfsfólk talaði um stöðugt álag. Þá er umhugsunarvert hversu mikil rúmanýting er eða 97% fyrir sviðið í heild og einnatt yfir 100% á bráðalegudeildum. Það er töluvert yfir æskilegri rúmanýtingu á þess háttar deildum og hefur leitt til gangainnlagna mjög víða, sem ógna gæðum þjónustu og geta einnig ógnað öryggi sjúklinga. Ljóst er að legurými á bráðalegudeildum eru of fá til þess að anna þeirri þjónustu sem sviðið veitir.

### Ábendingar Embættis landlæknis

- Fjölga rúmum á sviðinu þannig að rúmanýting á bráðalegudeildum verði ekki yfir 85%.
- Telja allar gangainnlagnir sérstaklega yfir 3ja mánaða tímabil og nýta þær upplýsingar til þess að reikna út raunverulega þörf sviðsins fyrir rúmafjölda.

#### 3.2.2 Þjónusta og meðferð

Sjúklingar hafa skilgreindan sérfræðing sem er ábyrgur fyrir meðferð þeirra. Þeir hafa ekki skilgreindan hjúkrunarfræðing sem er ábyrgur fyrir hjúkrun og umönnun í legunni í heild en á sérhverri vakt er skilgreindur hjúkrunarfræðingur ábyrgur fyrir umönnun. Gerð er einstaklingshæfð meðferðaráætlun fyrir hvern sjúkling. Hvatt er til þátttöku sjúklinga og

fjölskyldna þeirra við ákvarðanatöku varðandi meðferð. Þá eru sjúklingar og fjölskyldur þeirra hvattar af heilbrigðisstarfsfólki til að fylgjast með veittri heilbrigðisþjónustu (t.d. lyfjagiöf) og taka virkan þátt í henni að einhverju leyti. Aðstandendum er strax tilkynnt um meiriháttar breytingar á heilsufari sjúklinga.

Skilgreindu ferli er fylgt að hluta til við útskriftir. Í viðtölum við starfsfólk kom fram að útskriftir tefðust stundum vegna manneklu og skipulags (of fáir sérfræðingar og of margir í hlutastöðum). Þá tefjast útskriftir vegna skorts á úrræðum eftir útskrift, svo sem vegna langs biðtíma eftir rými á hjúkrunarheimilum. Einnig kom fram í viðtölum að margar útskriftir geta verið mjög flóknar og tímafrekar vegna fjölpættis heilsufarsvanda sjúklinga.

Ef árangursmælikvarðar/gæðavísar gefa til kynna að eitthvað sé að fara úrskaiðis er stundum hægt að bregðast við því.

## Mat Embættis landlæknis

Jákvætt er að allir sjúklingar hafa skilgreindan ábyrgan sérfræðing og að gerð er einstaklingshæfð meðferðaráætlun fyrir hvern sjúkling. Einnig er jákvætt að skilgreindu ferli er fylgt að hluta til við útskriftir en gera mætti það enn skilvirkara í ljósi stutts legutíma og flókinna útskrifta. Bagalegt er að útskriftir tefjist vegna manneklu og skorts á hjúkrunarrýmum.

### Ábendingar Embættis landlæknis

---

- Gera skilgreind ferli við útskriftir skilvirkari.
  - Gefa útskrift sjúklinga meira vægi en nú er.
- Tryggja nauðsynlegan mannafla og skipulag til að útskriftir tefjist ekki.

### 3.2.3 Sjúklingafræðsla

Stofnanir í heilbrigðisþjónustu eiga að:

---

Framfylgja ákvæðum laga um réttindi sjúklinga nr. 74/1997 þar sem meðal annars er kveðið á um í 5. gr. að sjúklingur á rétt á upplýsingum um:

- Heilsufar, þar á meðal læknisfræðilegar upplýsingar um ástand og batahorfur,
- Fyrirhugaða meðferð ásamt upplýsingum um framgang hennar, áhættu og gagnsemi,
- Önnur hugsanleg úrræði en fyrirhugaða meðferð og afleiðingar þess ef ekkert verður aðhafst,
- Möguleika á að leita álits annars læknis eða annarra heilbrigðisstarfsmanna eftir því sem við á um meðferð, ástand og batahorfur.
- Jafnframt skal þess getið í sjúkraskrá sjúklings að upplýsingar samkvæmt þessari grein hafi verið gefnar.
- Upplýsingar samkvæmt þessari grein skulu gefnar jafnóðum og tilefni skapast og á þann hátt og við þau skilyrði að sjúklingur geti skilið þær.

Framfylgja ákvæði 22. greinar laga um réttindi sjúklinga nr. 74/1997 en þar segir m.a.:

- Áður en að útskrift sjúklings kemur skulu aðstæður hans kannaðar og honum tryggð fullnægjandi heimaþjónusta eða önnur úrræði eftir því sem unnt er. Við útskrift af heilbrigðisstofnun skal sjúklingur fá, eftir því sem þörf krefur, leiðbeiningar um þýðingarmikil atriði er varða eftirmeðferð, svo sem lyfjagjöf, mataræði, þjálfun og hreyfingu. Ef þess er óskað skulu leiðbeiningarnar gefnar skriflega.

Virk sjúklingafræðsla er til staðar á sviðinu en hún felst í beinni fræðslu, afhendingu bæklinga og nýtingu upplýsinga á heimasíðu LSH. Í viðtölum við starfsfólk kom fram að stundum mætti bæta útskriftarfræðslu og gera útskriftir markvissari, meðal annars með skriflegum leiðbeiningum en nokkuð er um að sjúklingar sem hafa verið útskrifaðir hringi til að fá upplýsingar sem þeir hefðu átt að fá við útskrift.

Á heimasíðunni er sérstök síða fyrir sjúklinga og aðstandendur þar sem finna má ýmsar almennar upplýsingar er snúa að innlögn, dvöl og útskrift af spítalanum. Einnig eru tenglar á ýmsa bæklinga fyrir hendi á heimasíðunni sem geta nýst sjúklingum sviðsins. Í efnislista er hægt að finna lyfjasvið (engir bæklingar), lyflækningasvið (55 bæklingar), lyflækningasvið I (27 bæklingar) og lyflækningasvið II (6 bæklingar). Einnig eru þar bæklingar sem eru úreltir svo sem bæklingur um líknardeild á Landakoti. Bæklinga er ekki að finna á sérstakri síðu lyflækningasviðs.

Nefna má að í niðurstöðum þjónustukönnunar meðal sjúklinga lyflækningasviðs árið 2013 kom fram að rúmlega 51% þeirra sem svöruðu könnuninni á sviðinu sögðu að þeir hefðu fengið skriflegar upplýsingar afhentar við útskrift. Er sjúklingar voru spurðir hvort þeim hefði verið sagt frá því á skiljanlegan hátt hvernig ætti að taka lyf eftir heimkomu þá svöruðu langflestir því játandi (Tafla 4).

Tafla 4. Upplifun sjúklinga á fræðslu um notkun lyfja. Þjónustukönnun 2012 og 2013.

Sagt frá á skiljanlegan hátt hvernig ætti að taka lyfin	2012		2013	
	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall
Já, algjörlega	184	88%	210	82%
Já, að nokkru leyti	378	17%	30	12%
Nei	8	3%	16	6%

Þegar sjúklingar voru spurðir hvort þeim hefði verið sagt frá hættumerkjum sem þeir þyftu að vera vakandi fyrir eftir heimkomu svöruðu margir því neitandi eða 47% árið 2013. Sambærileg tala fyrir árið 2012 var 43% (Tafla 5).

Tafla 5. Upplifun sjúklinga á fræðslu um hættumerki eftir heimkomu. Þjónustukönnun 2012 og 2013.

Hættumerki sem á að vera vakandi fyrir eftir heimkomu	2012		2013	
	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall
Já, algjörlega	83	35%	85	34%
Já, að nokkru leyti	53	22%	47	19%
Nei	103	43%	119	47%

## Mat Embættis landlæknis

Jákvætt er að fyrir hendi eru ýmsir bæklingar sem tengjast sjúklingafræðslu. Einnig er jákvætt að ýmsar upplýsingar fyrir sjúklinga og aðstandendur eru á heimasíðu LSH en þessar upplýsingar er ekki nógu aðgengilegar fyrir sjúklinga og einnig eru þar úreltir bæklingar. Umhugsunarvert er að einungis rúmlega 51% svarenda í þjónustukönnun á sviðinu sögðu að þeir hefðu fengið skriflegar upplýsingar afhentar við útskrift. Þá er umhugsunarvert hversu margir svara því neitandi að þeim hefði verið sagt frá hættumerkjum sem þeir þyftu að vera vakandi fyrir eftir heimkomu.

### Ábendingar Embættis landlæknis

---

- Efla útskriftarfræðslu þar sem það á við og tryggja að sjúklingar fái skriflegar leiðbeiningar/leiðbeiningar á rafrænu formi, sem er í samræmi við lög um réttindi sjúklinga.
- Gera heimasíðu notendavænni og auðvelda aðgang að fræðsluefni.

### 3.2.4 Fæði og næringarráðgjöf

Stofnanir í heilbrigðisþjónustu eiga að:

---

Stuðla að því að mataræði stofnunar sé í samræmi við ráðleggingar Embættis landlæknis um mataræði og næringarefni fyrir fullorðna.

---

Fæði sjúklinga á sviðinu kemur frá eldhúsi LSH en almennt fæði á LSH er samsett miðað við næringarreglur eldhúss- matsala (ELM) sem byggja á opinberum ráðleggingum um fæði fyrir sjúklinga frá Svíþjóð og Danmörku. Virk næringarráðgjöf er rekin á sviðinu.

## Mat Embættis landlæknis

Jákvætt er að samsetning fæðis er byggð á viðurkenndum ráðleggingum um fæði fyrir sjúklinga.

### Ábendingar Embættis landlæknis

---

- Engar um þetta atriði.

### 3.2.5 Önnur þjónusta

Nægilegt framboð af túlkþjónustu (tungumál og táknmál) er fyrir hendi að mati stjórnenda.



## Ábendingar Embættis landlæknis

- Engar um þetta atriði.

### 3.2.6 Athugun á þjónustu

Reglulegar þjónustukannanir eru gerðar á LSH og er hægt að fá niðurstöður fyrir lyflækningasvið og sumar deildir þess sérstaklega. Í úttektinni var stuðst við niðurstöður þjónustukannana sem gerðar voru árin 2012 og 2013, en helstu niðurstöður þeirra eru eftirfarandi:

Þegar á heildina var litið fannst 99% þeirra sem svöruðu könnuninni bæði árin, að alltaf eða stundum hefði verið komið fram við sig af virðingu á spítalanum (Tafla 6).

Tafla 6. *Upplifun sjúklinga á framkomu heilbrigðisstarfsmanna. Þjónustukönnun 2012 og 2013.*

	2012		2013	
	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall
Komið fram við sjúkling af virðingu?				
Já, alltaf	295	91%	307	90%
Já, stundum	28	8%	30	9%
Nei	2	1%	4	1%
Samtals	<b>325</b>	<b>100%</b>	<b>341</b>	<b>100%</b>

Í könnuninni frá árinu 2013 töldu 17% sjúklinga að þeir hefðu fengið ranga meðhöndlun að litlu, nokkru, miklu eða öllu leyti. Sambærileg tala fyrir árið 2012 var 14% (Tafla 7).

Tafla 7. *Upplifun sjúklinga á rangri meðhöndlun. Þjónustukönnun 2012 og 2013.*

	Röng meðhöndlun að mati sjúklings			
	2012		2013	
	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall
Alls ekki	279	86%	280	83%
Að litlu leyti	25	8%	26	8%
Að nokkru leyti	14	4%	20	6%
Að miklu leyti	5	2%	7	2%
Að öllu leyti	0	0%	4	1%
Samtals:	<b>323</b>	<b>100%</b>	<b>337</b>	<b>100%</b>

Aðeins 3% svarenda í könnuninni 2013 töldu að læknar og hjúkrunarfræðingar hefðu unnið illa saman og 7% töldu samstarf þessara stétta sæmilegt. Í sömu könnun töldu 11% svarenda að sjúkrahöfudum þeirra/deild þeirra væri ekki hrein (ekki mjög hrein 9%; alls ekki hrein 2%). Mikill meirihluti eða 86% svarenda í könnuninni 2013 töldu að allir eða flestir læknar hefðu vitað nægilega mikið um ástand þeirra eða meðferð, en sambærileg tala í könnuninni 2012 var 89% (Tafla 8).

Tafla 8. *Upplifun sjúklinga á þekkingu lækna á ástandi þeirra og meðferð. Þjónustukönnun 2012 og 2013.*

	2012		2013	
	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall
<b>Fannst þér lækarnir sem meðhöndluðu þig vita nógu mikið um þitt ástand eða meðferð?</b>				
Allir vissu nægilega mikið	165	61%	139	52%
Flestir vissu nægilega mikið	75	28%	92	34%
Aðeins sumir vissu nægilega mikið	19	7%	28	9%
Enginn vissi nægilega mikið	11	4%	14	5%

Á sama hátt taldi mikill meiri hluti svarenda í báðum könnunum að allir eða flestir hjúkrunarfræðingar hefðu vitað nægilega mikið um ástand þeirra eða meðferð (Tafla 9).

Tafla 9. *Upplifun sjúklinga á þekkingu hjúkrunarfræðinga á ástandi þeirra og meðferð. Þjónustukönnun 2012 og 2013.*

	2012		2013	
	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall
<b>Fannst þér hjúkrunarfræðingar sem meðhöndluðu þig vita nógu mikið um þitt ástand eða meðferð?</b>				
Allir vissu nægilega mikið	164	55%	172	58%
Flestir vissu nægilega mikið	104	35%	96	32%
Aðeins sumir vissu nægilega mikið	22	7%	20	7%
Enginn vissi nægilega mikið	8	3%	9	3%

Er spurt var um samráð við sjúklinga varðandi umönnun og meðferð töldu 10 % í könnuninni árið 2013 að ekki hefði verið haft eins mikið samráð við þá og þeir hefðu kosið. Sambærilega tala í könnuninni árið 2012 var 9%. Þá töldu 15% svarenda í könnuninni 2013 að þeir hefðu ekki fengið nægilegt næði til þess að ræða um ástand sitt eða meðferð. Sambærileg tala fyrir árið 2012 var 12%. Tafir á útskrift voru algengar eða 21% árið 2012 og rúmlega 18% árið 2013 að mati sjúklinga.

Nokkuð var mismunandi eftir þeim deildum sem skoðaðar voru í úttektinni hvort fyrirleggjandi niðurstöður höfðu fengist um hverja deild fyrir sig eða um LSH í heild.

Ekki hafa verið sett viðmið af hálfu LSH um hvað teljast ásættanlegar niðurstöður og hvenær þarf að grípa til umbóta (svokölluð rauð strik).

Sérstök könnun var gerð á Hjartagátt þar sem viðhorf sjúklinga til veittrar þjónustu og viðmóts heilbrigðisstarfsfólks var kannað árið 2012. Svör bárust frá 275 sjúklingum. Helstu niðurstöður voru þær að 88% svarenda voru ánægðir með þá þjónustu sem þeir fengu. Þá voru 91% svarenda ánægðir með framkomu lækna og 86% voru ánægðir með framkomu hjúkrunarfræðinga og annars starfsfólks. Hins vegar vakti athygli að 25% svarenda fannst útskýringar á einkennum sínum ekki fullnægjandi og eftirfylgni ábótavant.

## Mat Embættis landlæknis

Jákvætt er að gerðar eru árlegar þjónustukannanir á sviðinu og mikilvægt er að nýta þær til umbóta. Til þess að umbótastarf verði sem markvissast skiptir miklu að fá niðurstöður fyrir

hverja deild fyrir sig. Þá er brýnt að fyrir hendi séu viðmið um hvað teljast ásættanlegar niðurstöður og hvenær þarf að grípa til umbóta (svokölluð rauð strík). Áhyggjuefni er að í könnuninni árið 2013 töldu 17% svarenda að þeir hefðu fengið ranga meðhöndlun að litlu, nokkru, miklu eða öllu leyti, en viðmiðunartala á vestrænum sjúkrahúsum er talin 10%.

Þá er jákvætt að sérstök þjónustukönnun hafi verið gerð á Hjartagátt.

### Ábendingar Embættis landlæknis

- Vinna niðurstöður þjónustukannana fyrir hverja deild fyrir sig og ræða þær á deildarfundum.
- Setja viðmið um hvað teljast ásættanlegar niðurstöður og hvenær grípa þarf til umbóta.
- Rýna í ástæður þess að fjöldi þeirra sjúklinga sem telur sig hafa fengið ranga meðhöndlun að litlu, nokkru, miklu eða öllu leyti, er meiri en viðmiðunartala á vestrænum sjúkrahúsum gerir ráð fyrir.

### 3.3 Gæði og öryggi

*Stofnanir í heilbrigðisþjónustu eiga að:*

Koma sér upp formlegu gæðapróunarstarfi og fylgja eigin áætlun í gæðamálum, enda ber öllum þeim er starfa í heilbrigðisþjónustu að efla gæði þjónustunnar (*Stefnumörkun heilbrigðisyfirvalda í gæðamálum, 2007*).

Fylgjast með gæðum og öryggi þjónustunnar og stuðla að því að þessir þættir séu sýnilegir meðal annars með notkun gæðavísa (*Reglugerð um gerð gæðavísa sem notaðir eru til að meta gæði og árangur innan heilbrigðisþjónustunnar nr. 1148/2008*).

Fylgja leiðbeiningum Embættis landlæknis, *Eflum gæði og öryggi í íslenskri heilbrigðisþjónustu (2012)*.

Mælanleg gæða- og þjónustumarkmið fyrir lyflækningasvið hafa ekki verið sett sérstaklega en LSH hefur sett nokkur mælanleg gæða- og þjónustumarkmið sem koma fram í starfsáætlun.

Framkvæmdastjóri sviðsins hefur farið yfir atvikaskráningu og fylgst með úrlausn atvika og einnig með inn- og útskriftum. Þessi mál hafa verið kynnt reglulega á stjórnendafundum. Sérstakt gæðaráð er ekki starfandi á sviðinu en gæðastjóri er þar í 80% starfshlutfalli og heyrir hann undir framkvæmdastjóra. Gæðastjóri er í samstarfi við gæðadeild LSH og tekur þátt í umbóta- og gæðaverkefnum ásamt öðrum starfsmönnum sviðsins með verkefnastofu LSH (svo sem LEAN verkefni). Helstu áherslur í starfi gæðastjóra eru:

- Að halda utan atvikaskráningu sjúklinga, þ.e.:
  - Taka saman yfirlit yfir atvik mánaðarlega og senda stjórnendum.
  - Fylgja eftir að unnið sé úr atvikum.
  - Ræða einstök atvik á deildum sé þess óskað.
- Sinna fræðslu er tengist lyfjaatvikum.
- Hafa yfirumsjón með gæðahandbók sviðsins.
- Sinna vinnu er tengist gæðavísu.

Rafræn gæðahandbók sviðsins er virk og sum skjöl eru markvisst inleidd en ekki er eftirfylgd með notkun þeirra. Að mati stjórnenda sviðsins hefur notkun rafrænnar gæðahandbókar farið

vaxandi og er hún orðin auðveldari í notkun. Einnig telja þeir að gæðahandbókin sé notuð í daglegu starfi og við þjálfun nýrra starfsmanna. Í viðtölum við starfsfólk kom hins vegar fram að nokkuð misjafnt virtist vera hversu mikið handbókin væri notuð daglega. Fram kom að starfsfólk vissi að ýmis vönduð gæðaskjöl, byggð á gagnreyndri þekkingu væru fyrir hendi í handbókinni en hins vegar væri leitarvél hennar engan veginn nógu góð og því töldu ýmsir starfsmenn að alltof seinlegt væri að leita í bókinni. Á ýmsum deildum hafa viðeigandi verklagsreglur og vinnulýsingar verið prentaðar út til að auðvelda aðgengi starfsfólks að þeim. Að sögn gæðastjóra er verið að laga leitarvél gæðahandbókarinnar. Gæðaskjöl sýkinga-varnadeildar eru mikið notuð á sviðinu.

Fundir eru haldnir innan sviðsins sem eingöngu fjalla um gæði og öryggi þjónustu, svo sem um öryggi lyfjagjafa. Einnig kom fram í viðtölum við starfsfólk að á a.m.k. einni deild eru haldnir fundir einu sinni í viku þar sem alltaf er byrjað á því að fjalla um öryggismál. Þá hafa sums staðar verið teknir upp svokallaðir stöðufundir þar sem rætt er um öryggisatriði er snerta sjúklinga.

Í viðtölum við starfsfólk kom fram að almennt megi segja að gæði þjónustu séu góð en margt væri þó hægt að bæta. Fylgst er með ákveðnum gæðavísam, svo sem endurinnlögnum, atvikaskráningu; sérstaklega er varðar lyfjaatvik og föll/byltur, tímasetningu útskrifta, spítalásýkingum og frágangi sjúkraskráa. Yfirmenn fá mánaðarlega yfirlit yfir þessa gæðavísa. Umbótaverkefnum er hrundið af stað í tengslum við niðurstöður, svo sem er tengjast byltum/föllum og lyfjaatvikum. Fyrirhugað er átak tengt þrýstingssárum. Starfsmenn eru hvattir til að vinna að umbótaverkefnum og þeir geta stundum sinnt slíkri vinnu í daglegu vinnuskipulagi. Fram kom þó í viðtölum við starfsfólk að einatt gæfist lítill tími til að sinna slíkum verkefnum, þar sem nær allur tíminn fer í að sinna sjúklingum.

Innra eftirlit sviðsins felst meðal annars í úrvinnslu atvika og endurgjöf til starfsfólks.

Niðurstöður starfsumhverfiskannana frá árunum 2013 og 2012 eru frekar neikvæðar hvað varðar ýmis atriði sem snerta gæði þjónustu, svo sem varðandi starfsaðstöðu og upplýsingagjöf stjórnenda til starfsmanna. Það sem spurt er um varðandi starfsaðstöðu (2013) er: Hvort starfsmenn hafa tíma til ljúka verkefnum sínum þannig að þeir séu ánægðir með þau (já sögðu 42%); tækjakostur á starfseiningu er viðunandi (já sögðu 26%); ánægja með núverandi vinnuaðstöðu (já sögðu 33%); og hvort aðstæður séu skapaðar til þess að veita góða þjónustu (51%). Þetta eru verri niðurstöður en árið 2012.

Tafla 10. Mat starfsmanna á upplýsingamiðlun stjórnenda og starfsaðstöðu. Starfsumhverfiskönnun 2013.

Niðurstöður starfsemisumhverfiskönnunar 2013  
á þeim deildum sem heimsóttar voru

	Upplýsingagjöf	Starfsaðstaða
Blóðlækningadeild	4,23	3,28
Gigtar- og almenn lyflækningadeild	3,94	2,84
Hjartadeild	3,86	2,67
Hjartagátt	3,98	2,67
Krabbameinslækningadeild	3,66	2,24
Lungnadeild	3,38	2,74
Lyf- og húðlækningadeild	3,19	3
Meltingar- og nýrnadeild	3,65	2,11
Smitsjúkdómadeild	3,53	2,3
Taugalækningadeild	3,58	2,4

Sjá skýringar bls. 21.

**Skýringar:**

Rautt	Aðgerðarbil	<3,7
		3,7 -
Gult	Starfhæft bil	4,19
Grænt	Styrkleikabil	>4,19

**Mat Embættis landlæknis**

Æskilegt væri að setja mælanleg gæða- og þjónustumarkmið fyrir lyflækningasvið sérstaklega. Jákvætt er að á sviðinu starfar sérstakur gæðastjóri en athuga þarf hvort 80% starfshlutfall nægir á svo stóru sviði. Þá er jákvætt að margir vinna að gæða- og umbótaverkefnum en þó óheppilegt hversu lítt til tími gefst til þess. Einnig er jákvætt að ýmis vönduð skjöl byggð á gagnreyndri þekkingu eru fyrir hendi í gæðahandbók. Hins vegar er umhugsunarvert hversu margt starfsfólk segist eiga erfitt með að finna viðeigandi skjöl í handbókinni. Einnig má nefna að varasamt getur verið að prenta út verklagsreglur þar sem þær geta breyst án þess að vera prentaðar út aftur. Æskilegra er að nota gæðahandbókina á rafrænan hátt en til þess þarf tölvuaðgengi að vera gott.

Mjög umhugsunarvert er að niðurstöður starfsumhverfiskönnunar frá árinu 2012 og 2013 eru frekar neikvæðar hvað varðar ýmis atriði sem snerta gæði þjónustu, svo sem varðandi starfsaðstöðu. Sérstaklega er brýnt að rýna í hvort starfsmenn hafi tíma til að ljúka störfum sínum þannig að þeir séu ánægðir með þau og hvort aðstæður séu skapaðar til þess að veita góða þjónustu. Einnig er áhyggjuefni að einungis 26% töldu að tækjakostur væri viðunandi.

**Ábendingar Embættis landlæknis**

- Auka starfshlutfall gæðastjóra.
- Efla leitarvél gæðahandbókarinnar til að auka notkun hennar.
- Meta tölvukost og aðgengi starfsfólks að tölvum.
- Gefa formlega út í gæðahandbók allar verklagsreglur sem eru í gildi.
- Rýna í niðurstöður starfsumhverfiskönnunar varðandi gæði þjónustunnar og öryggi sjúklinga með sérstaka áherslu á starfsaðstöðu og gera nauðsynlegar úrbætur.
- Nýta leiðbeiningar Embættis landlæknis *Eflum gæði og öryggi í íslenskri heilbrigðisþjónustu (2012)* og leita lausna eftir því sem þörf krefur.

**3.3.1 Sýkingavarnir**

Stuðst er við leiðbeiningar sýkingavarnadeildar LSH ef upp kemur nóróveirusýking, svo og einnig vegna sýkinga af völdum MÓSA og annarra fjölonæmra baktería. Sviðið tekur þátt í verkefni um handþvott. Í viðtölum við stjórnendur deilda og starfsfólk kom fram að of fá einbýli eru á sviðinu miðað við þörf sem er meðal annars tilkomin vegna strangra krafna um einbýli vegna margvíslegra sýkinga.

## Mat Embættis landlæknis

Embættið gerir ekki athugasemdir við þær sýkingavarnir sem fyrir hendi eru. Hins vegar tekur embættið undir að of fá einbýli eru á sviðinu meðal annars vegna strangra krafna um einbýli vegna margvíslegra sýkinga.

### Ábendingar Embættis landlæknis

- Fjölga einbýlum til að minnka sýkingarhættu og gera meðferð og umönnun skilvirkari og öruggari.

### 3.3.2 Lyfjamál

*Stofnanir í heilbrigðisþjónustu eiga að:*

Framfylgja gildandi lögum og reglum um lyfjamál sem og lyfjastefnu velferðarráðuneytisins.

Fyrir hendi eru verklagsreglur frá sjúkrahúsapóteki LSH um lyfjatiltekt, lyfjagjöf, aðgang að lyfjaskáp og lyf sem gefin eru eftir þörfum og er þeim reglum fylgt. Reglur LSH gilda um tvílestur í tilteknum lyfjaflokkum, svo sem eftirritunarskyldum lyfjum. Lyfjaatvik hafa verið eitt af lykilverkefnum spítalans. Þá er í vinnslu lykilverkefni á vegum framkvæmdastjórnar, sem tekur meðal annars til lyfjagjafa án fyrirmæla. Lyfjafræðingur er í þjónustu sviðsins og einnig lyfjataeknar en meiri þjónusta af þeirra hálfu væri æskileg að mati stjórnenda. Í viðtölum við starfsfólk kom oft fram að þjónusta lyfjafræðinga og lyfjataekna væri mjög til bóta. Einnig kom fram í úttektinni að víða hafa lyfjaherbergi verið endurnýjuð og starfsaðstaða til lyfjaumsýslu stórlega bætt og voru tveir lyfjataeknar fengnir til ráðgjafar við þær breytingar. Allir lyfjaskápar eru nú eins uppbyggðir. Bent hefur verið á mikilvægi þess að geta lokað lyfjaherbergjum meðan lyfjatiltekt fer fram og nauðsyn þess að hafa einungis lyf og það sem viðkemur lyfjatiltekt inni á herbergjunum, en ekki t.d. krem eða eitthvað þess háttar til að takmarka truflanir.

Therapy lyfjafyrirmælakerfið er kerfi sem ekki er samþætt öðrum kerfum rafrænnar sjúkraskrár á LSH þar á meðal Sögukerfinu. Það leiðir til þess að skrá þarf lyf sem sjúklingar nota í tvö kerfi þar sem engin trygging er fyrir því að samræmi sé milli skráninganna. Þetta skapar augljósa hættu á atvikum sem geta haft mjög alvarlegar afleiðingar. Þetta á við um allt sjúkrahúsið en er sérlega hættulegt á sviði eins og lyflækningasviði þar sem mjög mikið er um flóknar lyfjagjafir. Krabbameinslyfjagjafir eru skráðar í sérstakan gagnagrunn, Aria. Fram kom í viðtölum að ekkert væri því til fyrirstöðu að læknar bráðamóttöku myndu færa öll lyfjafyrirmæli inn í Therapy í stað þess að skrá þau á pappír eins og nú er.

## Mat Embættis landlæknis

Jákvætt er að fyrir hendi eru verklagsreglur frá sjúkrahúsapóteki LSH um lyfjatiltekt, lyfjagjöf, aðgang að lyfjaskáp og lyf sem gefin eru eftir þörfum og að þeim reglum er fylgt. Einnig er jákvætt að reglum um tvílestur í tilteknum lyfjaflokkum er fylgt. Gott er að lykilverkefni á vegum framkvæmdastjórnar sem tekur meðal annars til lyfjagjafa án fyrirmæla er í vinnslu. Þá er

jákvætt að góð reynsla er af þjónustu lyfjafræðinga og lyfjatækna og að aðstaða til lyfjaumsýslu hefur víða verið bætt. Varasamt er að hafa mörg kerfi, sem ekki eru samtengd, til skráningar lyfja og getur það leitt til rangrar lyfjameðferðar. Núverandi fyrirkomulag á fyrirmælum er varða lyf og lyfjagjöf skapar mikið óryggi varðandi meðferð lyfja og getur verið hættulegt sjúklingum.

### Ábendingar Embættis landlæknis

---

- Samhæfa allan hugbúnað sem lýtur að fyrirmælum um lyf, lyfjagjöf og lyfjaávisunum.

### 3.3.3 Skráning heilsufarsupplýsinga

*Stofnanir í heilbrigðisþjónustu eiga að:*

---

Tryggja að lágmarksupplýsingar séu skráðar í sjúkraskrá og þau atriði sem nauðsynleg eru vegna meðferðar sjúklings (Lög um sjúkraskrá nr. 55/2009 og fyrirmæli landlæknis um lágmarksskráningu vistunarupplýsinga á sjúkrahúsum, 2011).

Virða lög um réttindi sjúklinga nr. 74/1997.

---

Sjúkraskrárkerfið Saga er notað ásamt ýmsum fleirum kerfum LSH, svo sem Therapy lyfjafyrirmælakerfi og Aria, en þessi kerfi eru ekki samþætt.

Skráning var ekki skoðuð sérstaklega í úttektinni en ýmislegt kom þó fram um skráningu í viðtölum við stjórnendur og starfsfólk. Ósamræmi kom fram í því hversu ánægt starfsfólk var með Sögukerfið og einnig virtist nokkuð misjafnt hversu góða þjálfun starfsfólk hafði í notkun þess. Þá kom fram að vélbúnaður er ekki alls staðar sem skyldi og umtalsverðar kvartanir komu fram um hversu hægvirkar tölvur væru. Nefnd voru dæmi um tafir á stofugangi vegna hægagangs í tölvum. Þá kom fram að víða vantaði tölvur og nefnt var að gott væri ef spjaldtölvur væru til staðar sem hægt væri að nota við rúm sjúklinga. Einnig kom fram að Sögukerfið er uppfært seinni hluta dags þegar oft er mikið um innlagnir sjúklinga og er það mjög bagalegt, þar sem það getur tekið langan tíma og einnig liggur kerfið oft niðri fyrst eftir uppfærslu.

### Mat Embættis landlæknis

Mikilvægt er að ýmis rafræn kerfi LSH, svo sem Saga, Therapy lyfjafyrirmælakerfi og Aria séu samþætt. Nokkuð misjafnt er hversu vel starfsfólk er þjálfað í notkun Sögukerfisins en mikilvægt er að allt starfsfólk fái nauðsynlega þjálfun í notkun kerfsins. Einnig er brýnt að bæta vélbúnað víða og íhuga notkun spjaldtölva í meira mæli. Þá er nauðsynlegt að uppfærsla á Sögukerfinu sé ekki gerð á álagstíma, heldur t.d. seinni hluta nætur.

### Ábendingar Embættis landlæknis

---

- Tryggja samþættingu á milli rafrænna kerfa.

- Þjóða upp á markvissa einstaklingshæfða þjálfun í notkun Sögukerfis.
- Efla tölvubúnað þar sem þess er þörf.
- Uppfæra Sögukerfið utan álagstíma.

### 3.3-4 Öryggismál

Stofnanir í heilbrigðisþjónustu eiga að:

---

Móta sér stefnu er varðar öryggismál stofnunarinnar sem snertir öryggi sjúklinga, starfsfólks, upplýsinga, eigna og búnaðar.

---

Hugmyndir starfsmanna um umbætur í öryggismálum eru teknar til athugunar og reglulega er fylgst með hvort óviðkomandi aðilar (starfsmenn) fari í sjúkraskrár. Hvorki er fyrir hendi viðbragðsáætlun við „óboðnum gestum“ né viðbragðsáætlun við ofbeldi gagnvart samsjúklingum og starfsfólki. Þar sem sviðið er mjög umfangsmikið og ólíkar einingar innan þess gátu framkvæmdastjóri og aðstoðarframkvæmdastjóri ekki gefið öryggiseinkunn fyrir sviðið í heild, hvorki er snéri að sjúklingum né starfsfólki, en töldu að mögulega mætti víða bæta stöðuna í öryggismálum. Í heimsóknnum tengdum úttektinni og í viðtölum við starfsfólk var sérstaklega kannað hvort eitthvað gæti ógnað öryggi sjúklinga og gæðum þjónustu. Fram komu atriði eins og starfsaðstaða, húsnæði, gangainnlagnir, of mikil rúmanýting, skortur á einbýlum og skortur á nauðsynlegum tækjum, t.d. monitorum, auk manneklu. Gripið hefur verið til ýmissa ráðstafana til að efla öryggi svo sem hönnun skýrra verkferla, stöðufunda og notkun SBAR og GÁT-teymis en sérstaklega var tiltekið hversu gagnlegt það væri. Einnig kom fram að þess er gætt að auðkenning sjúklinga sé gerð með virkum hætti.

### Mat Embættis landlæknis

Jákvætt er að hugmyndir starfsmanna um umbætur í öryggismálum eru teknar til athugunar og að reglulega skuli vera fylgst með hvort óviðkomandi aðilar (starfsmenn) fari í sjúkraskrár. Hins vegar er mikilvægt að fyrir hendi sé viðbragðsáætlun við „óboðnum gestum“ og viðbragðsáætlun við ofbeldi gagnvart samsjúklingum og starfsfólki. Mjög jákvætt er að ýmislegt hefur verið gert til að auka öryggi sjúklinga en augljóst er að niðurskurður liðinna ára hefur tekið sinn toll.

### Ábendingar Embættis landlæknis

- Setja fram viðbragðsáætlun við „óboðnum gestum“ og viðbragðsáætlun við ofbeldi gagnvart samsjúklingum og starfsfólki.
- Bæta starfsaðstöðu og húsnæði til þess að auka öryggi sjúklinga.
- Nýta leiðbeiningar Embættis landlæknis *Eflum gæði og öryggi í íslenskri heilbrigðisþjónustu (2012)* og leita lausna eftir því sem þörf krefur.



### 3.3.5 Óvænt atvik

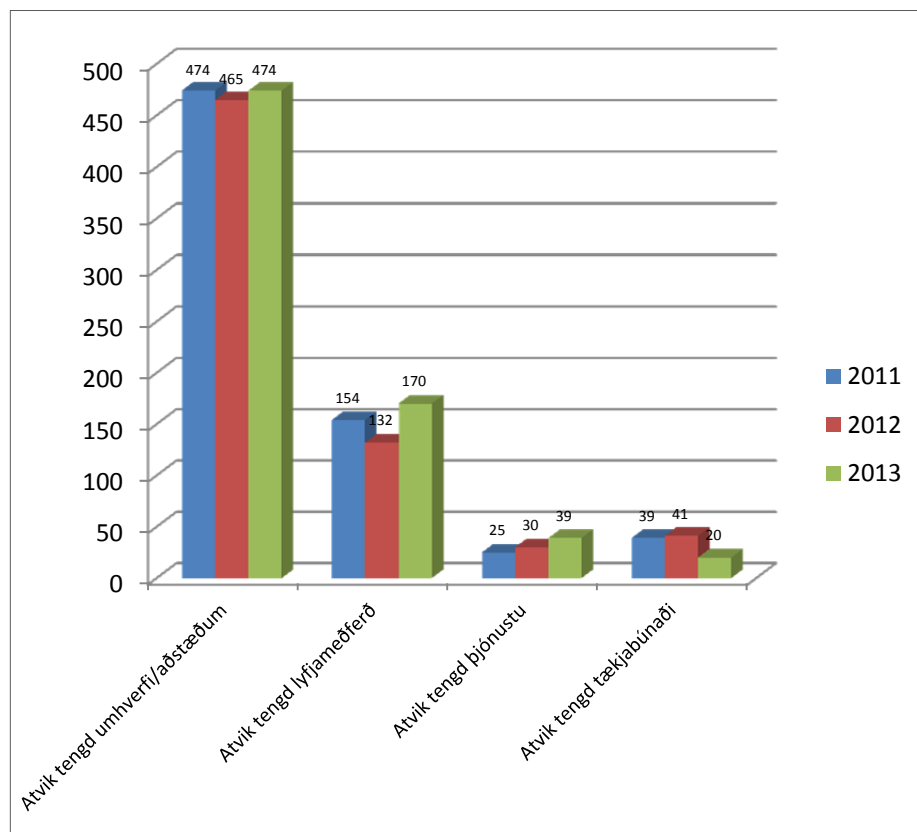
Stofnanir í heilbrigðisþjónustu eiga að:

Framfylgja ákvæðum laga um skráningu og tilkynningar óvæntra atvika til Embættis landlæknis (*Lög um landlækni og lýðheilsu nr. 41/2007*).

Rýna í og nýta atvik og kvartanir til markvissra umbóta á starfsháttum og gæðum þjónustu (*Leiðbeiningar landlæknis Eflum gæði og öryggi í íslenskri heilbrigðisþjónustu (2012)*).

Helstu vinnuferlar í ákveðnum stórum málaflokkum hafa verið áhættumetnir m.t.t. óvæntra atvika og frekara áhættumat er í vinnslu hvað varðar ýmsa aðra þætti. Framkvæmdastjóri og aðstoðarframkvæmdastjóri sviðsins telja að 50 – 90% atvika er eigi sér stað á sviðinu séu skráð og unnið er kerfisbundið úr skráðum atvikum. Miðað við komur sjúklinga á LSH samkvæmt ársskýrslu spítalans má áætla að um 30% atvika séu skráð á spítalanum í heild. Úrvinnsla atvika leiðir stundum til umbóta. Endurgjöf er veitt til starfsfólks varðandi úrvinnslu atvika, þegar um er að ræða alvarleg atvik og stundum þegar um er að ræða minniháttar atvik. Samkvæmt skráningum í atvikaskráningakerfi sjúklinga hefur skráningum ekki fjölgað marktækt á árunum 2011 til 2013 að undanskildum skráningum á atvikum tengdum þjónustu. Þar er aukningin marktæk en skráningar eru það fáar að varasamt er að draga miklar áklyktanir af þeim skráningum.

Mynd 1. Samanburður á fjölda skráðra atvika fyrstu 9 mánuði árunum 2011 til 2013.



Eins og áður hefur komið fram heldur gæðastjóri sviðsins utan um atvikaskráningu sjúklinga. Fyrir hendi er nýtt og endurbætt verklag við skráningu og úrbætur í tengslum við atvik sem verður kynnt á öllum deildum sviðsins á næstunni. Gæðastjóri telur að viðhorf til atvika-

skráningar hafi breyst mikið til batnaðar og hið sama kemur fram í fjölmörgum viðtölum við stjórnendur og starfsfólk. Þá kom fram í viðtölum að stundum fannst þeim sem skrá atvik að þau fengju ekki alltaf viðbrögð við þeirri skráningu. Talsvert hefur verið einblínt á lyfjaatvik, þ.e. 6 R-in að undanförunu og gæðastjóri hefur verið með fræðslu á öllum deildum sviðsins þar að lútandi.

Þá hefur verið boðið upp á námskeið um rótargreiningu atvika (e. *root-cause analysis*) sem ýmsir stjórnendur og gæðastjórar á LSH hafa sótt. Í viðtölum við stjórnendur og starfsfólk kemur fram að öryggismenning LSH er með þeim hætti að sjálfsagt þykir að skrá atvik og virðast hjúkrunarfræðingar að miklu leyti sjá um þá skráningu.

Á árunum 2011 – 2013 bárust Embætti landlæknis níu tilkynningar um alvarleg atvik frá LSH, þar af þrjú andlát. Af þessum níu atvikum áttu tvö þeirra sé stað á lyflækningasviði.

### Mat Embættis landlæknis

Jákvætt er að helstu vinnuferlar stórra málaflokka hafa verið áhættumetnir m.t.t. óvæntra atvika og að frekara áhættumat er í vinnslu hvað varðar ýmsa aðra þætti. Einnig er jákvætt að unnið er kerfisbundið úr skráðum atvikum. Gott er að gæðastjóri sviðsins heldur utan um atvikaskráningu sjúklinga. Þá er jákvætt að áhersla er lögð á að skrá lyfjaatvik í ljósi starfsemi sviðsins. Ennfremur er jákvætt að öryggismenning sviðsins sé að mestu með þeim hætti að sjálfsagt þygi að skrá atvik.

#### Ábendingar Embættis landlæknis

---

- Viðhalda þeim góða árangri sem náðst hefur varðandi skráningu, úrvinnslu og eftirfylgni atvika.
- Nýta leiðbeiningar Embættis landlæknis *Eflum gæði og öryggi í íslenskri heilbrigðisþjónustu (2012)* og leita lausna eftir því sem þörf krefur.

### 3.3.6 Kvartanir/ábendingar

Á heimasíðu LSH er tengillinn „Láttu í þér heyra“ sem gefur möguleika á að segja frá reynslu af þjónustu spítalans. Fyrir hendi er verklagsregla varðandi ábendingar og athugasemdir sjúklinga eða aðstandenda á ytri vef. Þeir sem senda kvörtun varðandi þjónustu sviðsins fá svar frá gæðadeild LSH. Úrvinnsla fer fram á mismunandi stöðum; hjá gæðadeild, hjá yfirlæknum/deildarstjórum eða hjá framkvæmdastjóra. Úrvinnsla kvartana og ábendinga er með svipuðu verklagi og úrvinnsla atvika en ekki er til skrifleg verklagsregla um úrvinnslu kvartana.

Á árunum 2011-2013 bárust Embætti landlæknis 534 erindi, þar af 185 um þjónustu LSH eða um 35%. Af þeim voru 47 mál er vörðuðu samskipti við heilbrigðisstarfsmenn spítalans, en þau eru ekki flokkuð eftir sviðum. Því er ekki frekari umfjöllun um kvartanir.

## Mat Embættis landlæknis

Til fyrirmyndar er að hægt sé að koma á framfæri reynslu af þjónustu spítalans á vef LSH. Þá er jákvætt að fyrir hendi er ákveðið verklag um viðbrögð við ábendingum af ytri vef LSH. Jákvætt er að öllum sem senda kvörtun er svarað. Bagalegt er að ekki sé til skrifleg verklagsregla um úrvinnslu kvartana.

### Ábendingar Embættis landlæknis

- Gera skriflega verklagsreglu um úrvinnslu kvartana.

## 3.4 Mannauðsmál

*Stofnanir í heilbrigðisþjónustu eiga að:*

Huga að því að nauðsynlegur fjöldi heilbrigðisstarfsfólks þarf að vera fyrir hendi svo hægt sé að uppfylla þarfir mismunandi sjúklingahópa og stuðla að sem bestri heilsu og vellíðan hvers og eins.

Taka mið af því að góð heilbrigðisþjónusta byggist fyrst og fremst á vel menntuðu og hæfu starfsfólki (*Stefnumörkun heilbrigðisyfirvalda í gæðamálum, 2007*).

### 3.4.1 Mönnun

Til er formleg mönnunarátætlun fyrir allar einingar sviðsins eftir fagstéttum. Mönnunarátætlanir eru endurskoðaðar árlega og oftast ef þörf þykir. Mönnun er víða í lágmarki sem veldur minni sveigjanleika og því að forgangsraða þarf verkefnum. Sérþekking, hæfni og reynsla starfsfólks er fullnægjandi að mati framkvæmdastjóra og aðstoðarframkvæmdastjóra og starfsfólk leggur mikinn metnað í að viðhalda sérþekkingu sinni.

Af 1500 einstaklingum sem störfuðu á sviðinu þann 1. febrúar 2014 voru 1437 Íslendingar, auk 63 einstaklinga frá öðrum löndum, flestir frá Fillipseyjum og Póllandi. Gerð er krafa um íslenskukunnáttu hjá öllum sem annast hjúkrun, lækniþjónustu og umönnun.

### 3.4.2 Læknamönnun

Í töflu 11 sést að ákveðnar sveiflum hafa orðið í læknamönnun. Deildarlæknum og kandídötum fækkaði á ákveðnu árabili, en þeim hefur fjölgað aftur. Hins vegar sést að sérfræðilæknum hefur fækkað umtalsvert á sviðinu.

Tafla 11. Fjöldi setinna stöðugilda lækna á árunum 2007 til 2013

Mönnun - stöðugildi							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Kandídatar	19,6	20,2	20	18	15	20,8	20
Læknanemar	0,2	0,1	0	0	0	0	1,6
Deildarlæknar	28,8	26,2	30,7	32	26,9	26	29
Sérfræðilæknar	72,2	76,3	73,3	74,1	71,3	72	68,7

Skortur er á sérfræðilæknum í ákveðnum greinum, svo sem krabbameinslækningum og nýrna-lækningum. Verulegur skortur hefur verið á deildarlæknum og kandídötum á sviðinu undanfarna 6-12 mánuði en það stendur til bóta.

Deildarlæknar hafa verið of fáir en stöður þeirra verða fullmannaðar næsta haust. Fyrir hendi eru samþykkt viðmið sviðsins varðandi æskilega mönnun lækna (sérfræðilækna og deildarlækna) en þau eru ekki uppfyllt samkvæmt upplýsingum framkvæmdastjóra. Í viðtölum við starfsfólk kom fram að æskilegt væri að reikna út raunverulega þörf fyrir lækna en ekki bara styðjast við þá mönnun sem hægt er að fá, þ.e.a.s. gera starfsgreiningu á starfi lækna og út frá því að setja fram kröfur um þekkingu og hæfni og nýta við mönnunaráætlanir. Starfsgreining er kerfisbundin athugun á verkefnum, skyldum og ábyrgðarsviði tiltekins starfs og einnig þeim eiginleikum sem viðkomandi starfsmaður þarf að búa yfir til að geta sinnt starfinu.

Unnið hefur verið markvisst að því að skipuleggja námsstöður deildarlækna og bæta aðstöðu þeirra sem skilaði sér í fjölda umsókna nýlega. Einnig er fylgst með læknum í sérnámi erlendis og reynt að laða þá til starfa á markvissan hátt.

Skortur á sérfræðilæknum í ákveðnum sérgreinum er helsta áhyggjuefni framkvæmdastjóra. Þá er hátt hlutfall sérfræðilækna í hlutastöðum. Hlutfall sérfræðinga sem taka út útistandandi frí er breytilegt frá einum tíma til annars en er ekki hátt.

Tafla 11. Hlutfall sérfræðilækna og allra starfsmanna í fullu starfi árin 2012 og 2013.

	Hlutfall starfsmanna í 100% starfi			
	2012		2013	
	Fjöldi	Hlutf. í 100% starfi	Fjöldi	Hlutf. í 100% starfi
<b>Sérfræðilæknar</b>	121	42%	123	44,70%
<b>Allir starfsmenn</b>	1396	30%	1451	28%

Yfirlæknar sem starfa á sviðinu eru 25 og af þeim hafa 8, eða um þriðjungur, engin mannaforráð. Fjallað er um nánar um mat stjórnenda deilda varðandi mönnun í kafla 3.6 og mat starfsfólks í kafla 3.7.

## Mat Embættis landlæknis

Skortur á læknum bæði deildarlæknum og sérfræðilæknum er mjög alvarleg ógnun við starfsemi sviðsins. Deildarlæknaskortur hefur verið viðvarandi um langt skeið og kandídatar hafa ekki viljað ráða sig á sumar deildir sviðsins. Orðspor sviðsins sem vinnustaður fyrir unga lækna hefur beðið hnekkji á undanfögnu ári. Vegna skorts á læknum hefur ekki verið nægjanlegt eftirlit með störfum kandídata sem eru einir á vöktum í Fossvogi án deildarlæknis sér við hlið sem samræmist ekki kröfum til háskólasjúkrahúss. Staðan varðandi sérfræðilækna hefur einnig verið grafalvarleg. Vinnuálag á þá hefur verið óhóflegt, vaktabyrði mikil og mjög oft starfa þeir einir án deildarlæknis eða kandídatats með sér í teymi. Við þetta bætist að meðalaldur sérfræðilækna er hár og nýliðun er lítil. Við þessar aðstæður hefur vinna á sviðinu orðið lítt aðlaðandi og mikil hætta er á kulnun og brotthvarfi úr starfi. Þótt mönnun lækna á sviðinu batni á haustdögum bætir hún einungis úr brýnustu þörf.

## Ábendingar Embættis landlæknis

- Leggja fram dagsetta áætlun um gerð starfsgreiningar á störfum lækna.
- Greina þörf fyrir fjölda sérfræðilækna, deildarlækna og kandiádata í samræmi við raunverulegt vinnuálag á sviðinu.
- Manna í samræmi við niðurstöður starfsgreiningar.
- Gera starfsumhverfi eftirsóknarvert fyrir sérfræðilækna í fullu starfi.
- Bregðast við hækkandi meðalaldri og lítilli nýliðun sérfræðilækna.
- Bæta starfsumhverfi deildarlækna og kandiádata.
  - Tryggja að mönnunarlíkan fyrir deildarlækna taki tillit til þátta svo sem skilgreindra fjarvista og rannsóknar- og umbótavinnu og ráða í stöður samkvæmt því.
  - Tryggja deildarlæknum aðgang að stuðningi og ráðgjöf sérfræðinga.
  - Sjá til þess að kandiádatar starfi ávallt undir leiðsögn.

### 3.4.3 Hjúkrunarmönnun

Mönnun er mismunandi eftir deildum og hefur víða verið bætt, en styrkja mætti mönnun á sviðinu að mati framkvæmdastjóra og aðstoðarframkvæmdastjóra. Nokkuð vel hefur gengið að ráða hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða á sviðið undanfarin ár en nú eru ákveðnar blíkur á lofti. Boðið verður upp á svokallað starfsþróunarár á LSH fyrir nýútskrifaða hjúkrunarfræðinga næsta haust. Aðalmarkmiðið með starfsþróunarárinu er að auka öryggi sjúklinga og bæta þjónustu við þá og auka um leið festu nýrra hjúkrunarfræðinga í starfi sem og starfsánægju þeirra. Gert er ráð fyrir um 20 hjúkrunarfræðingum á starfsþróunarárinu frá lyflækningasviðinu. Sérfræðingar í hjúkrun sem starfandi eru á sviðinu eru 13 talsins.

Hár meðalaldur sjúkraliða er áhyggjuefni svo og lítil nýliðun þeirra. Mönnun er þó góð í augnablikinu en misvel gengur að ráða í laus störf. Rétt er að benda á að í miklum sparnaði undanfarinna ára hefur aðstoðarfólki fækkað umtalsvert sem eykur álag á umönnunaraðila.

Mönnun tekur mið af stærð og bráðleika deilda og einnig er horft til niðurstaðna Rafaela sjúklingaflokkunarkerfisins fyrir einstaka deildir. Einnig eru til ákveðin viðmið um samsetningu starfsfólks á hverri vakt (e. *staff mix/skill mix*) og tekið er mið af ástandi og verkefnum deildar á hverjum tíma og ávallt þarf að tryggja öryggi sjúklinga og starfsfólks. Næg mönnun og rétt samsetning mannafla ásamt því að styrkja mönnun á álagstíma er forsenda góðrar þjónustu að mati stjórnenda sviðsins. Starfsgreining gæti einnig verið gagnleg, þ.e. kerfisbundin athugun á verkefnum, skyldum og ábyrgðarsviði tiltekins starfs og einnig þeim eiginleikum sem viðkomandi starfsmaður þarf að búa yfir til að geta sinnt starfinu.

Helstu áhyggjuefni vegna hjúkrunarmönnunar og öryggis sjúklinga eru að ekki takist að fá hjúkrunarfræðinga til starfa og halda þeim í starfi eftir að aðlögun/þjálfun lýkur.

Í viðtölum við stjórnendur deilda og starfsfólk kom fram að mönnun er mismunandi eftir deildum og að vanmannað er á sumum þeirra og er það í samræmi við mat framkvæmdastjóra og aðstoðarframkvæmdastjóra. Þá kom einnig fram að mönnunaráætlanir eru miðaðar við

leyfðan rúmafjölda, en eins og tölur um nýtingu bera með sér eru of fá legurými á sviðinu. Það hefur í för með sér að sjúklingar eru einatt fleiri en rúmafjöldi segir til um og mönnunaráætlanir gera ráð fyrir. Fjallað er um nánar um mat stjórnenda deilda varðandi mönnun í kafla 3.6 og mat starfsfólks í kafla 3.7.

### Mat Embættis landlæknis

Jákvætt er að mönnun hafi víða verið bætt, en áhyggjuefni er að sums staðar er vanmannað. Þá er jákvætt að boðið verður upp á starfsþróunarár á LSH næsta haust og að um 20 hjúkrunarfræðingum á starfsþróunarárinu eru frá sviðinu. Tekið er undir áhyggjur af aldursamsetningu sjúkraliða og lítilli nýliðun þeirra. Gott er að horft er til stærðar og bráðleika deilda svo og niðurstaðna Rafaela sjúklingaflokkunarkerfisins við gerð mönnunarlíkana, en hafa ber í huga að miða þarf mönnun við raunverulegan fjölda sjúklinga. Starfsgreining gæti komið að gagni við gerð slíkra líkana. Mjög jákvætt er að fjöldi sérfræðinga í hjúkrun á sviðinu er tiltölulega mikill.

### Ábendingar Embættis landlæknis

---

- Bæta mönnun enn frekar þar sem þörf krefur.
- Miða mönnun við raunverulegan fjölda sjúklinga.
- Leggja fram dagsetta áætlun um gerð starfsgreiningar á störfum hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða.
- Manna í samræmi við niðurstöður starfsgreiningar.
- Fara eftir niðurstöðum Rafaela sjúklingaflokkunarkerfisins við gerð mönnunarlíkana.

#### 3.4.4 Ráðningaferli/starfsleyfi

Frá því í mars 2013 hefur enginn ráðningarsamningur verið gerður nema fyrir liggi gilt starfsleyfi heilbrigðisstarfsmanns. Miðlæg nýliðafræðsla er á LSH sem allir nýir starfsmenn eiga að sækja. Einnig er sérskipulögð aðlögun innan deilda og eininga sem tekur mið af þörfum hverrar einingar fyrir sig.

#### 3.4.5 Starfsmannavelta og fjarvistir

Heildarstarfsmannavelta sviðsins árið 2013 var 13,3%. Hlutfall veikinda af greiddum stöðugildum árið 2013 var 6,2% og jókst ekki milli árána 2012 og 2013.

#### 3.4.6 Starfsandi

Samkvæmt nýjustu starfsumhverfiskönnun sem gerð var árið 2013 er starfsandi ekki nægjanlega góður.

Tafla 12. Þættir úr starfsumhverfiskönnun 2013.

Niðurstöður starfsemisumhverfiskönnunar 2013 á þeim deildum sem heimsóttar voru								
	Hollusta	Samstarfs- félagar	Starfs- hvatar	Fram- þróun	Upplýsinga- gjöf	Starfs- aðstaða	Starfs- þróun	Traust
Blóðlækningadeild	3,83	4,6	4,09	4,44	4,23	3,28	4,18	4,45
Gigtar- og almenn lyflækningadeild	3,5	4,17	3,88	3,88	3,94	2,84	3,84	4,22
Hjartadeild	3,43	4,32	3,84	4,11	3,86	2,67	3,85	4,06
Hjartagátt	3,17	4,65	3,92	3,87	3,98	2,67	3,85	4,31
Krabbameinslækningadeild	2,88	4,31	3,57	3,71	3,66	2,24	3,6	3,73
Lungnadeild	3,17	3,85	3,65	3,54	3,38	2,74	3,57	3,39
Lyf- og húðlækningadeild	2,56	3,81	3,65	3,08	3,19	3	3,08	3,65
Meltingar- og nýrnadeild	3,22	4,17	3,64	3,71	3,65	2,11	3,73	3,87
Smitsjúkdómadeild	3,18	3,92	3,59	3,38	3,53	2,3	3,31	3,66
Taugalækningadeild	3,04	3,97	3,48	3,54	3,58	2,4	3,54	3,7

Almennt er þó góður starfsandi á einstökum deildum og einingum og starfsfólk er ánægt í nærumhverfi sínu. Það er þó mismunandi eftir stéttum, en í heild ríkir traust á milli faghópa að mati framkvæmdastjóra og aðstoðarframkvæmdastjóra. Í viðtölum við starfsfólk kom fram að starfsandi er nokkuð mismunandi en flestir töldu hann þó hafa farið batnandi en bættur starfsandi er eitt af áhersluverkefnum sviðsins. Aðallega er leitað eftir breytingum eða nýjum hugmyndum með starfsmannafundum og starfsmannaviðtölum. Öllum góðum hugmyndum er vel tekið að sögn framkvæmdastjóra og aðstoðarframkvæmdastjóra og það kom einnig fram í viðtölum við starfsfólk. Sérstök áhersla hefur verið lögð á að bæta starfsumhverfi og sáust þess víða merki í úttektinni og í viðtölum við starfsfólk.

### Mat Embættis landlæknis

Jákvætt er að gerðar séu starfsumhverfiskannanir reglulega. Hins vegar er áhyggjuefni hversu fáar deildir koma vel út úr þeim þáttum sem skoðaðir eru. Sérstaka athygli vekur að á öllum deildum er það mat starfsfólks að aðgerða er þörf varðandi starfsaðstöðu. Hið sama á við um hollustu, nema á einni deild.

#### Ábendingar Embættis landlæknis

- Bregðast við niðurstöðum starfsumhverfiskannana sérstaklega hvað varðar þá þætti sem koma illa út.

#### 3.4.7 Starfsmannasamtöl

LSH hefur lagt áherslu á að allir starfsmenn fái starfsmannasamtöl og öllum yfirmönnum var boðið upp á sérstaka kynningu og þjálfun í starfsmannasamtölum. Misjafnt er á milli starfsmanna og stjórnenda hversu vel starfsmannasamtölum er fylgt eftir.

### 3.4.8 Fræðsla og starfsþróun

*Stofnanir í heilbrigðisþjónustu eiga að:*

Huga að því að í *Stefnumörkun heilbrigðisyfirvalda í gæðamálum (2007)* kemur fram að öflug fræðsla er meðal meginforsendna þess að efla fagmennsku og gæði í heilbrigðisþjónustu.

Stefnu LSH varðandi fræðslu og símenntun er fylgt og fyrir hendi er markviss þjálfun og starfsþróun sem nýtist í starfi að mati framkvæmdastjóra og aðstoðarframkvæmdastjóra. Í viðtölum við starfsfólk kemur fram að nokkuð mismunandi virðist vera milli stétta hversu markviss starfsþjálfun er. Þar virðist halla á deildarlækna og kandiðata en aðlögunarferli fyrir hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða er gott. Boðið er upp á einstaklings- og hóphandleiðslu eftir óskum starfsmanna og yfirmanna. Að öllu jöfnu getur starfsfólk sótt fræðslu í vinnutíma.

Nýtingarhlutfall kjarasamningsbundins námsleyfis lækna á lyflækningasviði árið 2013 var 48.4%. Aðrar háskólamenntaðar starfsstéttir á sviðinu hafa möguleika á því að sækja um námsferðir. Vegna fjárskorts er ljóst að ekki er hægt að styrkja þann fjölda starfsmanna til námsferða sem æskilegt væri.

### 3.4.9 Starfsmannaheilsuvernd

*Stofnanir í heilbrigðisþjónustu eiga að:*

Nýta sér ráðleggingar sem koma fram í bæklinginum *Ráðleggingar um heilsueflingu á vinnustöðum (2008)*.

Fara að tilmælum sóttvarnalækis um árlega influensubólusetningu allra heilbrigðisstarfsmanna (Sóttvarnalög nr. 19/1997, dreifibréf nr. 3/2011).

Framfylgja tilmælum sóttvarnalækis um að endurmeta bólusetningar heilbrigðisstarfsmanna á 10 ára fresti (Sóttvarnalög nr. 19/1997 og dreifibréf nr. 3/2011).

Skráðum stunguóhöppum hefur ekki fjölgað marktækt. Óveruleg aukning gæti tengst aukinni umræðu og hvatningu um atvikaskráningu.

Tafla 13. Stunguóhöpp árin 2011 til 2013.

Stunguóhöpp	
	Fjöldi
2011	187
2012	191
2013	203

Starfsfólk er hvatt til þess að láta bólusetja sig, t.d. gegn influensu og lifrabólgu. Ekki er haldið sérstaklega utan um þátttöku starfsfólks í bólusetningu eftir sviðum. Samkvæmt upplýsingum starfsmannahjúkrunarfræðings var heildarþátttaka starfsmanna í síðustu



inflúensubólusetningu ríflega 50% og taldi hann að þátttaka starfsmanna á lyflækningasviði væri sennilega heldur betri en meðaltalið.

Ofbeldi er skráð sem atvik og á ákveðnum einingum er sérstaklega kennt að bregðast við ofbeldi.

Þá taka einingar sviðsins þátt í Reykjavíkurmaraþoni, Lífshlaupinu, Hjólað í vinnuna o.s.frv. Samgöngustyrkir hafa nýverið verið teknir upp og boðið er uppá heilsurækt.

### 3.4.10 Upplýsingaflæði, fundir, fundargerðir

Starfsmannafundir eru haldnir reglulega á einingunum en ekki á sviðinu í heild. Stjórnendafundir eru haldnir reglulega og fundargerðir eru skráðar og aðgengilegar. Sumir yfirmenn framsenda fundargerðir af stjórnendafundum sviðsins á starfsmenn sína. Hver og einn yfirmaður sér um endurgjöf til starfsmanna sinna varðandi starfsemina sem birtist í starfsemistölum.

### 3.4.11 Nemar

Að öllu jöfnu er nægur tími til að sinna nemum en hann mætti þó vera meiri að sögn framkvæmdastjóra og aðstoðarframkvæmdastjóra. Í viðtölum kom fram að hjúkrunarfræðinemar eru víða mjög ánægðir með dvöl sína á sviðinu og ráða sig einatt á ákveðnar deildir eftir útskrift. Hins vegar gengur ekki alls staðar jafnvel að halda í þá eftir ákveðinn tíma.

## 3.5 Húsnæði og aðbúnaður

*Stofnanir í heilbrigðisþjónustu eiga að:*

---

Sjá til þess að húsnæði uppfylli lágmarkskröfur um aðgengi og aðstöðu fyrir sjúklinga, svo sem biðstofu, salerni og hreinlætisaðstöðu, meðferðarrými og vöknun þar sem það á við, svo og aðstöðu fyrir starfsfólk í samræmi við þá tegund heilbrigðisþjónustu sem þar er veitt eða fyrirhugað er að veita (*Reglugerð um eftirlit landlæknis með rekstri heilbrigðisþjónustu og faglegar lágmarkskröfur nr. 786/2007*).

---

Húsnæði lyflækningadeilda sviðsins er við Hringbraut og í Fossvogi. Augljóst óhagræði er af því að hafa starfsemina í tveimur húsum, bæði hvað varðar óþægindi fyrir sjúklinga og starfsfólk og ekki síður hvað varðar kostnað. Ástand húsnæðis á sviðinu er misjafnt en ljóst að víða er ástandið mjög slæmt og samræmist engan veginn kröfum nútímans að mati framkvæmdastjóra og aðstoðarframkvæmdastjóra. Daglega skortir einbýli og alltof margir sjúklingar eru um hvert salerni. Brýnustu úrbætur að mati framkvæmdastjóra og aðstoðarframkvæmdastjóra, stjórnenda deilda og starfsfólks er að fjölga einbýlum og salernum og bæta hreinlætisaðstöðu.

Í febrúar 2014 voru 321 sólarhringslegurými á sviðinu og eftirfarandi skipting:

- Einbýli eru 108, þar af 32 á Vífilsstöðum sem er 76% af plássum þar. Fyrir utan Vífilsstaði eru 76 einbýli, þ.e. 27% af legurýmum bráða-, öldrunar- og endurhæfingardeilda.
- Tvíbýli eru 93.
- Fjölbýli eru 13.

Í úttektarheimsóknnum kom fram að víða eru aðstæður og aðbúnaður á legudeildum óviðunandi og þrengsli víða mikil. Skoðunarherbergi eru vandfundin en víða eru aðstandendaherbergi notuð til þess að ræða við sjúklinga og aðstandendur. Á sumum deildum eru bæði kynin á sömu stofu.

Aðstæður og aðbúnaður á dag- og göngudeildum er mjög misjafn en víða eru mikil þrengsli þar einnig.

Úttektaraðilar frá heilbrigðis- og vinnueftirliti koma að meðaltali einu sinni á ári og velja þá einhverjar einingar LSH sem þeir skoða og gera athugasemdir. Athugasemdir eru mismunandi en tengjast þó aðallega lélegu ástandi húsnæðis og aðstæðum.

## Mat Embættis landlæknis

Það skapar mikið óhagræði að húsnæði sviðsins skuli vera á tveimur aðskildum stöðum, en það leiðir til minni skilvirkni, aukins kostnaðar og getur stofnað öryggi sjúklinga í hættu. Húsnæðinu er einnig víða ábótavant og samræmist oft ekki kröfum nútímans. Óæskilegt er hversu mikill hluti legurýma er í tvíbýli. Tekið er undir að mikilvægt sé að fjölga þarf einbýlum, salernum og bæta hreinlætisaðstöðu. Bagalegt er að skoðunarherbergi er ekki að finna á mörgum deildum.

### Ábendingar Embættis landlæknis

---

- Flytja alla starfsemi sviðsins á einn stað.
- Gera nauðsynlegar úrbætur á húsnæði sem fyrst.
- Fjölga einbýlum.
- Bæta salernis- og hreinlætisaðstöðu.
- Bæta aðstöðu til viðtala og skoðunar á inniliggjandi sjúklingum.

## 3.6 Úttektarheimsóknir á deildir (sjá nánar í Fylgiskjali 1)

Í úttektinni var farið í heimsóknir á allar legudeildir lyflækninga og flestar dag- og göngudeildir. Húsnæði og aðbúnaður voru skoðuð og fundað með stjórnendum; deildarstjórum og yfirlæknum, samtals 22 einstaklingum. Þeir þættir sem skoðaðir voru og ræddir í úttektarheimsóknunum voru: Starfsemi og þjónusta, húsnæði, mönnun, deildarbragur, skráning, gæði og öryggi starfseminnar og atvikaskráning sjúklinga. Hér er einungis birt mat embættisins og ábendingar eftir þessarar úttektarheimsóknir, en samantekt er birt í Fylgiskjali 1.

## Mat Embættis landlæknis

### Húsnæði

Það er víða ófullnægjandi fyrir starfsemi deildanna. Húsnæðið getur verið hamlandi fyrir starfsemi og býður upp á duldar slysaástand. Loks er starfsaðstaða starfsfólks erfið og á stundum óviðunandi.

### Starfsemi og þjónusta

Rúmum á deildum hefur verið fækkað of mikið miðað við álag á sviðið en kanna þarf hver hin raunverulega þörf er. Allt of fá einbýli eru á nær öllum deildum og salernis- og hreinlætisaðstöðu er víða mjög ábótavant sem getur skapað hættu fyrir sjúklinga.

### Mönnun

Alvarlegur skortur hefur verið á deildarlæknum og verður jafnvel enn eftir að ráðningu fleiri deildarlækna haustið 2014. Það er alltof mikið álag á sérfræðilækna sem skapar mikla hættu á kulnun og brotthvarfi úr starfi. Einungis sums staðar hefur verið brugðist við aukinni hjúkrunarþyngd samkvæmt Rafaela sjúklingaflokkunarkerfinu með auknum ráðningum hjúkrunarfræðinga.

### Deildarbragur

Samvinna heilbrigðisstétta er víðast hvar góð og sums staða framúrskarandi. Hins vegar er lítil hollusta við LSH vegna bágrar starfsaðstöðu.

### Skráning

Rafræn sjúkraskrá er hægivirk bæði hugbúnaður en kannski fyrst og fremst vélbúnaður. Vankantar á Sögukerfinu gera það þungt í vöfum fyrir starfsfólk. Lyfjafyrirmælakerfi eru mörg og ekki samhæfð, sem veldur skorti á yfirsýn yfir lyfjagjöf og getur skapað hættu fyrir sjúklinga.

### Gæði og öryggi

Starfsfólk er vel meðvitað um mikilvægi góðrar öryggismenningar og vandaðs verklags. Ekki vinnst nægjanlegur tíma fyrir gæða- og umbótastarf í vinnutíma starfsfólks.

### Atvikaskráning sjúklinga

Vanskráning í kerfið er áberandi að undanskildum byltum/föllum sem víðast hvar eru vel skráð. Starfsfólk er vel meðvitað um tilvist hins rafræna atvikaskráningakerfis. Starfsfólk vill gjarnan skrá og ræða úrvinnslu og umbætur í kjölfarið en of sjaldan gefst tími til þess.

## Ábendingar Embættis landlæknis

---

- Að hefja tafarlaust nauðsynlegar viðbyggingar og endurnýjun á húsnæði svo unnt sé að veita þá meðferð sem þekking og færni stendur til.
- Tryggja nauðsynlega mönnun fyrir starfsemi sviðsins.
- Bæta starfsumhverfi deildarlækna og kandídata

- Gera starfsumhverfi eftirsóknarvert fyrir sérfræðilækna í fullu starfi.
- Gera starfsaðstöðu fyrir starfsfólk sviðsins aðlaðandi og eftirsóknarverða.
- Samhæfa betur hugbúnaðarkerfi rafrænnar sjúkraskrár.
- Gera umbótastarf að daglegum þætti í vinnu starfsfólks.
- Taka upp reglulega starfsmannafundi um atvik og úrvinnslu þeirra.

### 3.7 Viðtöl við starfsfólk (sjá nánar í Fylgiskjali 2)

Tekin voru viðtöl við 13 starfsmenn með ólíkan bakgrunn og mismikla starfsreynslu, það er deildarlækna, gæðastjóra, hjúkrunarfræðinga, kandidateita, mannauðsráðgjafa, sérfræðinga í hjúkrun, sérfræðinga í læknisfræði og sjúkraliða. Um trúnaðarsamtöl var að ræða og engir eru nafngreindir. Til þess að ekki sé hægt sé að rekja svörin var gerð samantekt úr þeim. Spurningar vörðuðu starfsanda, samskipti, samstarf, verkaskiptingu, mönnun, gæði og öryggi þjónustu, skráningu, atvikaskráningu, starfsaðlögun, starfsaðstöðu, húsnæði og aðbúnað. Hér er einungis birt mat embættisins og ábendingar eftir þessar úttektarheimsóknir, en samantekt um heimsóknirnar er birt í Fylgiskjali 2.

#### Mat Embættis landlæknis

Jákvætt er að í heild kom fram að LSH byggi yfir miklum mannauði og sterku fagfólki sem ávallt væri tilbúið að gera sitt besta við erfiðar aðstæður. Þá er jákvætt að starfsandi er almennt talinn hafa lagast og að samskipti eru í flestum tilfellum talin góð. Ennfremur er mjög jákvætt hversu mikið starfsfólk hefur lagt sig fram um að hjálpast að í erfiðleikum, svo sem með verkefnadreifingu og með notkun lausnarmiðaðrar nálgunar.

Mannekla, þreyta, álag og kulnun í starfi er hins vegar áhyggjuefni, ekki hvað síst meðal lækna, en einnig hjá hjúkrunarfræðingum og sjúkraliðum. Mjög umhugsunarvert er að í viðtölum kom fram að ekkert eftirlit eða aðhald sé með kandidateitum á deildunum og mjög brýnt að bæta úr því.

Þá er umhugsunarvert að mönnunaráætlanir miðast við leyfðan rúmafjölda en legurými eru of fá á sviðinu. Það leiðir til þess að yfirleitt eru fleiri sjúklingar en rúmafjöldi segir til um og mönnunaráætlun gerir ráð fyrir, sem er mjög bagalegt. Ljóst er að inniliggjandi sjúklingar eru einatt mjög veikir og mönnun þarf að taka mið af því. Brýnt er að nýta niðurstöður Rafaela sjúklingaflokkunarkerfisins við gerð mönnunaráætlana.

Starfsfólk nefndi ýmis atriði sem það taldi geta ógnað gæðum þjónustu og öryggi sjúklinga, svo sem mikið álag, of fá rúm, of mörg fjölbýli, of fá einbýli, gangainnlagnir, skortur á tækjum, mannekla, ófullnægjandi húsnæði og starfsaðstaða, tvískipt starfsemi (Hringbraut og

Fossvogur) og of hraðar útskriftir. Mjög mikilvægt er að gefa þessum atriðum gaum. Neikvætt er hversu mörgum fannst gæðahandbók sviðsins óaðgengileg, þótt jákvætt sé að mörg vönduð gæðaskjöl séu í henni. Mjög misjafnt er hversu ánægt starfsfólk er með Sögukerfið og æskilegt væri að skoða rót þess. Óæskilegt er að uppfærsla á kerfinu fari fram á annatíma. Víða virðist tölvukostur ekki nógu góður og tölvur því seinvirkar, sem er mjög bagalegt. Jákvætt er að umræða um atvikaskráningu er víða opin, en bæta þyrfti úrvinnslupátt atvika. Þá er jákvætt hversu góð starfsaðlögun hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða er, en greinilega má bæta starfsaðlögunum lækna. Jákvætt er að víða hefur starfsaðstaða verið bætt, en húsnæði er þó víða ábótavant og nauðsynlegt að gera á því verulega bragabót ef vel á að vera. Áberandi var hversu margir nefndu óhagræði af því að meginstarfsemi LSH fari fram í tveimur húsum.

### Ábendingar Embættis landlæknis

---

- Vinna áfram að því að bæta starfsanda á markvissan hátt.
- Rýna í þá þætti sem skapa góðan vinnustaðarbrag á ákveðnum deildum og nýta sem fyrirmynd fyrir aðrar deildir.
- Huga að kulnun meðal starfsfólks og gera nauðsynlegar úrbætur.
- Tryggja að mönnun sé í samræmi við raunverulegt álag.
- Bæta eftirlit og aðhald með þjálfun kandiata
- Rýna í þá þætti sem starfsfólk telur að ógnað geti gæðum þjónustu og öryggi sjúklinga.
  - **Mikið álag**, t.d. sögðust sumir vinna mun meira en eins manns starf og slíkt býður hættunni heim.
  - **Of fá rúm**, nefnt var að það vantaði allt að 40 rúm á sviðið. Ástandið lagaðist töluvert fyrst eftir að Vífilsstaðir opnuðu en í dag er svo komið að skortur er á rúmum alls staðar.
  - **Fjölbýli**, sérstaklega ef um er að ræða sjúklinga í óstöðugu ástandi sem þurfa mikið eftirlit, en slíkt getur truflað samsjúklinga og ógnað gæðum meðferðar.
  - **Áreiti og hávaði í tækjum og vélum** (e. *alarm fatigue*) sem getur leitt til þess að slökkt/lækkað sé í tækjum/vélum.
  - **Ýmislegt í starfsumhverfi**, t.d. þrengsli, mikið af fylgihlutum og erfitt að koma að tækjum.
  - **EKKI nógu gott skipulag** varðandi röðun sjúklinga á dag- og göngudeildum sem leiðir af sér óþarfa bið og mikinn flýti starfsfólks.

- **Gangainnlagnir** vegna of fárra rúma en starfsfólk er uggandi yfir þeim. Algengt að sjúklingar séu á ganginum, í setustofum, í kennslustofum og fundaherbergjum sem er mjög bagalegt. Mjög erfitt getur verið að sinna sjúklingum við þær aðstæður, því þar vantar tæki og aðstöðu sem nauðsynleg eru til meðferðar og umönnunar.
- **Of fá einbýli**, en fyrir kemur að ekki er fyrir hendi einbýli fyrir deyjandi sjúklinga. Einnig er oft mikið af aðstandendum sem fylgir mjög veiku fólki og þá skortir einbýli.
- **Of fá raunveruleg einangrunarherbergi**, en þörf á einangrunaraðstöðu hefur aukist á undanförunum árum, svo sem í tengslum við ESBL, MÓSA og nóróveirur.
- **Reglur um einangrun** eru ekki nógu skýrar alls staðar. Stundum er hætt við einangrun sem var komið á samkvæmt skilmerkjum sýkingavarnadeildar og slíkt veldur óryggi, bæði hjá sjúklingum og starfsfólki.
- **Skortur á tækjum, svo sem monitorum** en skortur á þeim er nánast daglegt brauð. Það leiðir til þess að sjúklingar sem þyrftu að vera í monitor eru það ekki. Þetta veldur samskiptahnökrum við innlagnir og gerir eftirlit með sjúklingum ekki eins öruggt. Einnig getur það t.d. leitt til þess að taka þarf lífsmörk á 10–15 mín fresti og það getur verið mjög erfitt á nóttunni. Þá getur það leitt til þess að deildarlæknir þarf sífellt að koma við á viðkomandi deild til þess að kanna ástand sjúklinga. Þá vantar víða digital morfindælur en sums staðar eru svo gamlar dælur að erfitt er að halda réttum takti og halda þarf dælunum saman með límbandi.
- **Ódýrar vörur**, misjafnar að gæðum, eru keyptar í sparnaðarskyni, svo sem umbúðir og æðaleggir. Nefnt var að starfsfólk yrði samdauna þessum stofnanabrag, ákveðin brengluð viðmið gætu myndast við að spara úr hófi fram og það gæti bitnað á gæðum þjónustu og öryggi sjúklinga.

- **Mönnunaráætlanir eru ekki miðaðar við sjúklingafjölda**, heldur miðast þær við „leyfð rúm“, t.d. er miðað við að engir liggi á gangi.
- **Húsnæði** er víða ábótavant og þarfnast nauðsynlegs viðhalds. Dæmi var nefnt um að senda þurfi sjúklinga erlendis í *PET scan* af því að ekki er húsnæði til staðar sem getur hýst *PET scan* tæki.
- **Tvískipt starfsemi** (Hringbraut og Fossvogur) er augljóst áhættuatriði.
- **Ekki góð skráning**, sérstaklega um helgar, sem getur dregið úr samfellu meðferðar.
- **Hjartagátt lokuð** frá föstudegi til mánudagsmorguns sem er faglega óverjandi.
- **Notkun skutlu fyrir sjúklinga**, en mjög erfitt er t.d. fyrir sjúklinga í úthreinsun að taka hana.
- **Meltingarfæraspeglun** er einungis gerð á Hringbraut og ef senda þarf sjúkling í sjúkrabíl þá er hringt frá Hringbraut og sagt „nú má senda sjúklinginn“ og þá er hringt á sjúkrabíl og hann kemur kannski eftir 40-60 mín. þannig að skipulag raskast.
- **Of hraðar útskriftir** og ekki nógu vel undirbúnar. Einnig þyftu leiðbeiningar fyrir sjúklinga að vera skriflegar en töluvert er um að sjúklingar hringi eftir útskriftir þar sem þeir hafa ekki fengið nógu skýrar upplýsingar. Mikil vinna er fólgin í því að útvega heimahjúkrun og félagslega heimaþjónustu.
- **Skortur á hjúkrunarrýmum**
- Rýna í þætti sem geta ógnað gæðum þjónustu og öryggi starfsfólks.
  - **Loftræsting er ekki viðunandi** alls staðar, t.d. við blöndun lyfja.
  - **Þrengsli**, t.d. snúrur og annað sem geta valdið byltuhættu.
- Gera gæðahandbók sviðsins aðgengilegri fyrir starfsfólk.
- Tryggja að starfsfólk hafi viðunandi vinnuástöðu og tölvubúnað.
- Gera nauðsynlegar úrbætur á húsnæði.





## FYLGISKJAL 1 – Samantekt úttektarheimsókna á deildir

Farið var í 1 – 2 ja klst. heimsóknir á lyflækningadeildir lyflækningasviðs. Deildirnar voru skoðaðar og rætt við yfirlækna og deildarstjóra um starfsemi deildanna til þess að unnt væri að meta styrkleika þeirra og veikleika, ógnanir og tækifæri.

Tafla 1. Deildir sem voru skoðaðar

Deildir sem voru skoðaðar
<b>Legudeildir</b>
– Blóðlækningadeild 11 - G
– Bráðalyflækningadeild A - 2
– Gigtar- og almenn lyflækningadeild B - 7
– Hjartadeild 14 - EG
– Krabbameinslækningadeild 11 - E
– Lungnadeild A - 6
– Meltingar- og nýrnadeild 13 - E
– Smitsjúkdóma- og almenn lyflækningadeild A - 7
– Taugalækningadeild B - 2
<b>Dag- og göngudeildir</b>
– Dagdeild blóð- og krabbameinslækninga 11 - B
– Dag- og göngudeild taugalækningaeildar A - 2
– Göngudeild lyflækninga A - 3
– Hjartagátt

Tafla 2. Þættir sem voru skoðaðir

Þættir sem voru skoðaðir:
– Starfsemi og þjónusta
– Húsnæði
– Mönnun
– Deildarbragur
– Skráning
– Gæði og öryggi
– Atvikaskráning sjúklinga

## Helstu niðurstöður

### Styrkleikar

Á þeim deildum sem heimsóttar voru vinnur vel menntað og metnaðarfullt starfsfólk sem er tilbúið að leggja mjög mikið á sig við erfiðar aðstæður til þess að veita bestu mögulegu meðferð. Meðferð og þjónusta sem veitt er getur verið mjög sérhæfð og er ekki veitt annars staðar á Íslandi og því þarf að senda sjúklinga á sjúkrahús erlendis ef ekki er hægt að veita meðferð á LSH. Það er í senn áskorun og ábyrgð sem kom mjög vel fram í heimsóknunum að starfsfólk er meðvitað um.

Á liðnu ári hefur verið reynt að bæta flæði sjúklinga í gegnum sviðið með því að stofna sérstaka deild, bráðalyflækningadeild A - 2 fyrir sjúklinga sem þyrftu ekki mjög sérhæfða lækniþjónustu eða meðferð og hefðu ekki brotið eða erfitt félagslegt umhverfi. Með stofnun þessarar deildar er flæði sjúklinga gert skilvirkara og öðrum sérhæfðari deildum gert betur kleift að sinna þjónustu sinni.

Tafla 3. Lengd legu á deild A - 2

Dæmi: Árangur deildar A - 2 á 1. starfsári		
Mælikvarði	Markmið	Í raun
Hlutfall sjúklinga sem útskrifast innan 72 klst.	80%	80%
Meðal legutími	3 dagar	3,4 dagar

Sérhæfðar deildir sviðsins veita mikla ráðgjöf út fyrir sjúkrahúsið. Kostnaðarvitund samfara ábyrgð á gæðum meðferðar og öryggi sjúklinga er ríkur þáttur í hugum starfsfólks. Yfirleitt ríkir traust milli stjórnenda deildanna og starfsfólks og samvinna er góð. Sums staðar er þessi samvinna framúrskarandi. Á einni deild (11 - G) hefur tekist að leysa vandamál er varðar mönnun sérfræðinga í kennsluteymi. Á þeirri deild hefur orðið samkomulag um að þann tíma sem sérfræðingur á deildinni sér um kennsluteymið, sem er yfirleitt ein til tvær vikur í senn, sinni hann ekki stofurekstri sínum á meðan. Hefur þetta fyrirkomulag skapað mikla festu í allri starfsemi þeirrar deildar.

Á sjúkrahúsinu hefur verið þróaður hugbúnaðurinn Heilsugátt, notendaviðmót sjúkraskrár sem auðveldar mjög alla daglega meðferð og þjónustu við sjúklinga. Heilsugáttin er í stöðugri þróun í samvinnu við starfsfólk og var það samdóma álit nánast allra viðmælenda að viðmótið væri mikil framför í þróun rafrænnar sjúkraskrár.

Mynd 1. Atriði sem stjórnendur töldu sem kosti Heilsugáttar

Kostir Heilsugáttar
Yfirlit um sjúkling
Hægt að panta rannsóknir
Hægt að skoða rtg myndir
Hjúkrunarskráning

Þær umbætur á húsnæði deildanna sem skoðaðar voru og voru jákvæðar að mati viðmælenda voru umbætur sem búið var að gera á lyfjaherbergjum margra deilda. Lyfjaherbergin sem hafa ágæta vinnuaðstöðu eru yfirleitt læst til að tryggja næði hjúkrunarfræðinga sem eru að taka til lyfin. Þar við bætist að lyf til einstakra sjúklinga koma nú í skúffum frá apóteki þar sem búið er að taka til lyfin fyrir sjúklinga. Auk þess hafa sumar deildir lyfjafræðing sem yfirfer lyfjafyrirmæli og eykur þannig enn á öryggið í allri umsýslu með lyf á sviðinu.

Mynd 2. Atriði sem stjórnendur töldu auka öryggi lyfjaumsýslu

Atriði sem gera umsýslu lyfja öruggari
Góð vinnuaðstaða í lyfjaherbergi
Truflun lágmörkuð
Lyf tekin til fyrir sjúkling í apóteki
Lyfjafræðingar starfa á deildum

Einnig var búið að bæta vinnuaðstöðu deildarlækna og kandiðata á sumum deildum og vaktherbergi höfðu mörg hver verið löguð nokkuð til að svara betur því verklagi sem viðhaft er í dag á sviðinu. Sviðið er með rafræna gæðahandbók með útgáfustýrðum verklagsreglum og vinnuleiðbeiningum. Á sumum deildum er gæðahandbókin mikið notuð við aðlögun og þjálfun nýs starfsfólks og á það einkum við um hjúkrunarfræðinga.

Á sviðinu eins og öllu sjúkrahúsinu er rafrænt atvikaskráningakerfi vegna sjúklinga sem gefur möguleika á að fylgjast mjög vel með atvikum sem kunna að eiga sér stað. Í heimsóknunum kom vel fram að starfsfólk er vel meðvitað um tilvist og tilgang þess kerfis. „Shame and blame“ hugsunarhátturinn varðandi skráningu atvika er á hröðu undanhaldi og það er vanalegt að unnið sé úr skráningum atvika, þau rædd meðal starfsmanna og mörg dæmi eru um að skráningin og úrvinnslan hafi leitt til breytts verklags sem hefur enn aukið gæði og öryggi meðferðar og þjónustu.

## Veikleikar

Öllum deildum sem voru heimsóttar var það sameiginlegt að húsnæðið setur starfsemi miklar skorður. Þó að á mörgum deildum hafi verið gerðar nokkrar úrbætur á húsnæðinu þá er húsnæðið orðið úrelt miðað við kröfur, þekkingu og færni sem fyrir hendi er á sviðinu. Af því leiðir oft að þjónustan verður ekki jafn góð og þekking og færni leyfir og stofnar á stundum jafnvel öryggi sjúklinga í hættu. Sem dæmi um skert öryggi er að gangainnlagir sem undanfarið ár hafa verið regla fremur en undantekning hindra nauðsynlega umferð um margar deildir svo sem neyðarvagns þegar bráðateymið er kallað út. Öryggi sjúklings sem liggur á gangi er einnig skert þar sem nauðsynlegar „vegtengingar“ svo sem súrefni og bjalla eru ekki til staðar auk þess sem erfitt er að veita meðferð á slíkum stað og næði og friðhelgi sjúklings er ekki virt. Áhyggjur starfsfólks endurspeglast í endurteknum starfsumhverfiskönnunum sem gerðar hafa verið en þar er spurt um hvort starfsmaður hefði tíma til að ljúka verkefnum sínum þannig að hann væri ánægður með þau; hvort tækjakostur á deild hans væri viðunandi; hvort hann væri ánægður með núverandi vinnuaðstöðu sína og hvort honum væri skapaðar góðar aðstæður til þess að veita góða þjónustu.

Tafla 4. Niðurstöður varðandi starfsaðstöðu úr starfsumhverfiskönnun 2013

	Starfsaðstaða
Blóðlækningadeild	3,28
Gigtar- og almenn lyflækningadeild	2,84
Hjartadeild	2,67
Hjartagátt	2,67
Krabbameinslækningadeild	2,24
Lungnadeild	2,74
Lyf- og húðlækningadeild	3
Meltingar- og nýrnadeild	2,11
Smitsjúkdómadeild	2,3
Taugalækningadeild	2,4

### Skýringar:

Rautt	Aðgerðarbil	<3,7
		3,7 -
Gult	Starfhæft bil	4,19
Grænt	Styrkleikabil	>4,19

Annað sameiginlegt vandamál allra deilda er skortur á einbýlum og hreinlætis- og einangrunaraðstöðu fyrir sjúklinga. Allir viðmælendur voru sammála um að sjúklingar sem leggjast inn á deildir sviðsins eru nú miklu mun veikari en þeir voru fyrir örfáum árum. Við slíkar aðstæður eru fjölbýli, sem eru algengustu sjúkrastofur á sviðinu, mjög óhentug til nauðsynlegrar meðferðar og umönnunar. Enn bætist við að hverjum sjúklingi fylgja nú mun fleiri hjálpartæki, svo sem göngugrindur, sem ekki er nægjanlegt rými til þess að vista. Loks er erfitt að koma nánustu aðstandendum sjúklings fyrir á stofu og næði og friðhelgi þar er lítið þegar um fjölbýli er að ræða. Einnig er skortur á einbýlum mjög bagalegur og getur skapað hættu þegar þarf að einangra smitandi sjúklinga en viðmælendur voru sammála um að tilfellum þar sem einangrunar væri þörf færi fjölgandi. Voru nefnd dæmi um að hætta hefði þurft við einangrun sem þörf var á samkvæmt verklagi sýkingavarnadeildar LSH.

Annar þáttur að mati allra sem rætt var við í úttektarheimsóknunum var að legurúm sviðsins væru orðin allt of fá. Var oft nefnt að það vantaði a.m.k. 40 rúm svo sviðið annaði álaginu í daglegum störfum. Skortur á legurýmum endurspeglast í gríðarlega háu nýtingarhlutfalli rúma en allar deildir sem heimsóttar voru eru með um og yfir 100% rúmanýtingu sem er langt yfir því sem almennt er talið en oft er miðað við um 85% meðalrúmanýtingu á bráðasjúkrahúsi ef það á að anna bráðainnlögnum. Þessi mikla rúmanýting verður þess valdandi að sjúklingar eru lagðir inn bráðainnlögn á ganga, setustofur og skrifstofur sem er óásættanlegt út frá öryggis- og umönnunarsjónarmiðum. Við bætist að eina aðgengi sjúklinga að spítalanum er bráðamóttaka sem tekur á móti öllum sem við bráð veikindi þurfa að leita til sjúkrahúsins. Það fyrirkomulag er óheppilegt og tefur meðferð langveikra sem koma vegna skyndilegrar versunar en langveikum fer stöðugt fjölgandi og verða sífellt stærra hlutfall sjúklinga á sjúkrahúsinu. Þeir fá sömu uppvinnslu við komu eins og um nýtt heilsufarsvandamál væri að ræða og getur það lengt þann tíma sem það tekur að koma sjúklingi á endastöð meðferðar. Þessi tími er alþjóðlega viðurkenndur gæðavísir en með auknum tíma aukast líkindi á verri útkomu fyrir sjúkling. Í viðtölum lögðu viðmælendur áherslu á að þetta fyrirkomulag væri mjög óheppilegt, t.d. varðandi krabbameinssjúklinga og var nefnt að á sambærilegum sjúkrahúsum, t.d. á Norðurlöndunum, væri deild eins og 11 - E alltaf með tvö rúm laus til þess að mæta versnun sjúklinganna. Á lyflækningasviði LSH eru laus rúm krabbameinsdeildar hluti af bráðarúmum sem innlagnarstjóri hefur til ráðstöfunar fyrir alla sjúklinga.

Ófullnægjandi mönnun, einkum lækna, var það einstaka atriði sem flestir viðmælendur töldu vera stærsta veikleika sviðsins og þá sérstaklega mönnun deildarlækna og kandiata. S.l. ár hefur verið mjög tilfinnanlegur skortur á þeim og hefur það komið niður á allri starfseminni. Orðspor sviðsins sem vinnustaður fyrir deildarlækna og kandiata hefur beðið hnekki á undanfögnu ári og var það jafnvel svo að þeir réðu sig alls ekki á sumar deildir sviðsins. Þessi læknaskortur hefur þýtt margfalt meira álag á sérfræðilækna og við það bætist að meðalaldur þeirra er hár og fer hækkandi.

Starfseminni er skipt upp í nokkur teymi á hverri deild. Teymin eru uppbyggð þannig að í hverju teymi er sérfræðilæknir, deildarlæknir og kandiata. S.l. ár hefur einungis verið hægt að fullmanna eitt teymi á hverri deild en hin teymin eru einungis mönnuð einum sérfræðilækni og er þá ekki lengur hægt að tala um teymi eða teymisvinnu. Við það bætist að meirihluti sérfræðilækna sviðsins eru í hlutastöðum á sjúkrahúsinu en starfa einnig á eigin læknastofu. Viðvera þeirra sem svo er ástatt með er ekki samfeld í kennsluteyminu heldur verður annar sérfræðingur deildar að leysa þá af meðan þeir síðarnefndu sinna eigin stofurekstri og truflar það starf teymisins enn frekar. Einnig er hætta á að það

geti truflað framvindu í meðferð sjúklinga. Það er einungis ein deild á sviðinu þar sem sérfræðivinna á stofu truflar ekki störf kennsluteymis.

Með samstilltu átaki margra aðila hefur tekist að snúa ofangreindri þróun við þannig að útlit er fyrir að fullmannað verði í allar deildarlækna- og kandidatestsstöður haustið 2014. Þrátt fyrir það bentu mjög margir viðmælendur á að sú staða væri mjög brothætt. Mönnunin miðaðist aðeins við lágmarksmönnun, það er mönnun sem heldur starfseminni gangandi. Í raun þyrfti enn að bæta við deildarlæknum og kandidateötum. Í núverandi mönnunarlíkani væri ekki tekið tillit til þess að þessum læknum er skylt að fara heim að lokinni vakt. Ekki væri heldur tekið nægjanlegt tillit til þeirra sem væru að taka út samningsbundin námsleyfi og reynslan sýndi ekki væri tekið nægjanlegt tillit tekið til fjarvista vegna veikinda. Síðast en ekki síst væri lítt eða ekki gert ráð fyrir rannsóknar- eða umbótavinnu sem hluta af starfi deildarlækis.

Mynd 3. Þættir sem þarf að taka tillit til við gerð mönnunarlíkans

Þættir
„Heim eftir vakt“
Veikindafjarvistir
Námsleyfi
Rannsóknarverkefni
Umbótaverkefni

Flestir viðmælendur lýstu áhyggjum vegna mikils vinnuálags sérfræðilækna og vaktabyrði þeirra, sérstaklega að teknu tilliti til hás meðalaldurs þeirra. Nýliðun er lítil og það er erfitt að fá unga velmenntaða sérfræðinga til starfa á sviðinu. Nefndar voru nokkrar ánægjulegar undantekningar á því, en von er á ungum sérfræðingum til starfa. Hitt er miklu almennara að lyflækningasvið þyki ekki aðlaðandi vinnustaður. Við lá á tímabili að allir sérfræðingar heillar sérgreinar segðu sig frá starfi á spítalanum. Fram kom í viðtölum að einstaka læknar hefðu ekki hug á að koma til starfa á sjúkrahúsinu að námi loknu erlendis.

Nokkru betra ástand er á sviðinu er varðar hjúkrunarmönnun en þó mjög langt því frá að vera fullnægjandi. Á tímabili var útlit fyrir að einungis lág hlutfallstala nýútskrifaðra hjúkrunafræðinga ætlaði að ráða sig til starfa á sjúkrahúsinu, en það hefur breyst. Á þeim tíma sem úttektin fór fram var mönnun hjúkrunarfræðinga ásættanleg. Þó tjáðu margir hjúkrunardeildarstjórar að sjúklinga-flokkunarkerfið Rafaela sem nú er notað alls staðar á sviðinu sýndi rautt á þeirra deildum um mjög langan tíma – „við erum alltaf á rauðu“ - það er að mönnun er ófullnægjandi miðað við hjúkrunarþyngd. Það væri ekki brugðist við því með því að skilgreina mönnun viðkomandi deildar að nýju. Hins vegar nota hjúkrunardeildarstjórar niðurstöður úr kerfinu til að kalla út auka mannskap en það leiðir til aukins rekstrarkostnaðar.

Skráning er alfarið orðin rafræn en helsti veikleikinn er að skráð er í mörg mismunandi kerfi sem ekki eru öll samtengd. Sögukerfið er þannig uppbyggð að einungis er hægt að hafa eitt kerfi opið í einu þannig að venjulegur starfsmaður þarf að flakka milli margra kerfa við vinnu sína við sjúkling. Auk þess er hugbúnaðurinn hægvirkur að mati viðmælenda á deildum og við það bætist að vélbúnaðurinn er það einnig. Sem dæmi má taka að í Sögukerfinu er textasýn þar sem allar skrifaðar nótur ættu að sjást en nótur hjúkrunarfræðinga koma ekki þar fram. Vegna þess hve hægvirkt rafræn sjúkraskrá er

getur það eitt seinkað stofugangi um að minnsta kosti hálf tíma á venjulegri lyflækningadeild þar sem skilvirkur stofugangur er eitt af lykilatriðum í meðferð sjúklunga.

Margs konar hugbúnaður sem ekki er samþættur er notaður í tengslum við lyfjafyrirmæli. Gefin eru fyrirmæli í Therapy-kerfinu en lyfjasaga er skráð í Sögukerfið. Þessi kerfi eru ekki samþætt. Við það bætist að sérstakur hugbúnaður, Aira, er notaður í tengslum við krabbameinslyf og enn annar í kringum gigtarlyf, það er Icebio. Sama gildir um þessa tvo hugbúnaði að þeir er ekki samþættir við önnur kerfi sem flækir vinnu við lyfjafyrirmæli enn frekar og sama gildir um lyfjasögu sjúklings. Við það bætist svo að sú eining sem leggur flesta sjúklunga inn á lyflækningasvið, bráðamóttakan, notar ekki Therapy til lyfjafyrirmæla. Verið er að gera ánægjulega tilraun á lungnadeild A - 6 með kerfi þar sem lækni sér strax alla lyfjasögu sjúklings sem er mikil framför.

Starfsmenn deilda eru mjög meðvitaðir um áhættu og gildir sem eru í kerfinu. Reynt er að lágmarka áhættuna eins og unnt er. Starfsmenn eru vel meðvitaðir um atvikaskráningakerfi sjúklunga og mikilvægi þess að skrá atvik svo finna megja slysgildir. Löng hefð er fyrir því að skrá byltur/föll sem atvik. Nokkurt átak hefur verið gert til að bæta skráningu lyfjaatvika en þau eru mjög vanskráð. Annars konar atvik eru lítt skráð. Viðmælendur töldu að orsaka vanskráninga væri helst að leita í miklu álagi og að skráning atviks lenti aftarlega á forgangslistanum í erli dagsins. Miklu oftari væri brugðist við atvikum en ætla mætti af skráningum í kerfið.

## Ógnanir

Helstu ógnanir sviðsins eru ef ekki tekst að bæta úr þeim veikleikum sem fram komu í úttektinni og raktir hafa verið hér að ofan.

Alvarlegasta ógnunin er skortur á hæfu starfsfólki einkum læknum. Framundan er einungis lausn á hluta vandans sem felst í að mönnun hvað snertir deildarlækna verður betri nú á haustdögum. Fram kom að þrátt fyrir þá aukningu miðast sú lausn við að halda í horfinu en ekki að sækja fram á við.

Ástandið hvað þennan þátt varðar er því enn mjög brothætt. Ekki minni ógn er mikið vinnuálag á sérfræðinga sviðsins sem verða auk sérfræðivinnu að inna af hendi vinnu kandiðata og deildarlækna þar sem þá hefur vantað. Þetta er veruleg ógn þar sem meðalaldur sérfræðinga á lyflækningasviði er hár og nýliðun mjög lítil. Það er sömuleiðis ógn fyrir samfelldni meðferðar hversu hátt hlutfall sérfræðinga er í hlutastöðu á sviðinu og oft í háu stöðuhlutfalli á eigin stofu.

Þó sviðinu takist að halda í horfinu hvað snertir mönnun hjúkrunarfræðinga þá er það ástand líka mjög brothætt. Í viðtölum kom fram að mikill tími deildarstjóra flestra deilda fer í að reyna að kalla inn aukavaktir til starfa og minni tími gefst til uppbyggingarstarfs. Hár meðalaldur sjúkraliða er áhyggjuefni svo og lítil nýliðun þeirra.

Önnur alvarleg ógn er bágborið húsnæði, húsnæði sem gerir vel menntuðu og úrræðagóðu starfsfólki ekki kleift að veita þá hágæðaheilbrigðisþjónustu sem þekking, menntun og færni gefur forsendur til að gera. Ófullnægjandi starfsumhverfi hefur leitt til mjög lítillar hollustu við LSH.

Tafla 5. Niðurstöður varðandi hollustu úr starfumhverfiskönnun 2013

	Hollusta
Blóðlækningadeild	3,83
Gigtar- og almenn lyflækningadeild	3,5
Hjartadeild	3,43
Hjartagátt	3,17
Krabbameinslækningadeild	2,88
Lungnadeild	3,17
Lyf- og húðlækningadeild	2,56
Meltingar- og nýrnadeild	3,22
Smitsjúkdómadeild	3,18
Taugalækningadeild	3,04

## Skýringar:

Rautt	Aðgerðarbil	<3,7
		3,7 -
Gult	Starfhæft bil	4,19
Grænt	Styrkleikabil	>4,19

Við bætist að húsnæðið tekur ekki mið af þeirri þekkingu sem er til staðar, en almennt er viðurkennt að mun líklegra sé að þeim sjúklingum sem liggja á einbýli farnist betur en þeim sem liggja á fjölbýli. Kemur það meðal annars til af því að hægt er veita nánast alla meðferð á lyflækningadeild á stofunni og miklu minna þarf að flytja sjúklinginn.

Önnur alvarleg ógn vegna bágborins húsnæðis er slyshætta sem fylgir því sakir þrengsla. Ekki er hægt að koma við nauðsynlegum búnaði til umönnunar sjúklinga nema með miklum tilfæringum. Þessi aðstaða skapar einnig mjög neikvæða ímynd af öllu sjúkrahúsinu og þar með lyflækningasviði. Viðmælendur töldu líklegt að það væri hluti af því að erfitt væri að fá nýtt heilbrigðisstarfsfólk til starfa, einkum lækna.

Þriðja alvarlega ógn sviðsins er nokkuð flókið og óskilvirkt skráningakerfi heilsufarsupplýsinga. Rafræn sjúkraskrá er safn margra hugbúnaðarkerfa sem ekki eru öll samþætt. Alvarlegt dæmi um það eru lyfjafyrirmælakerfin en hægt er að gefa fyrirmæli um lyfjagjöf í fjórum mismunandi hugbúnaðarkerfum og engin þeirra eru samþætt. Þar við bætist að enn eru skráð fyrirmæli á pappír á bráðamóttöku. Það gefur auga leiða að slíkur skortur á samhæfingu upplýsinga er varða lyfjagjafir geta leitt til lyfjaatvika sem geta verið sjúklingum hættuleg.

## Tækifæri

Mikil sóknarfæri fyrir lyflækningasviðið felast í nýrri starfsaðstöðu með nýju húsnæði þar sem tekið verður á þeim ógnunum sem taldar hafa verið upp hér að framan. Mikil fagleg þekking er til staðar á sviðinu. Það sést meðal annars af mikilli birtingu vísindagreina í viðurkenndum fag tímaritum. Slík þekking mannauðs sem hefur góða starfsaðstöðu býður upp á umhverfi sem hefur allar forsendur til að laða að nýja velmenntaða starfsmenn á framabraut til starfa á sviðinu.

Heilsugátt auðveldar heilbrigðisstarfsmönnum daglega vinnu sína. Hugbúnaðurinn hefur verið þróaður í samvinnu við starfsfólk, meðal annars starfsfólk sviðsins, og hefur það verklag mælst mjög vel fyrir og fær góð meðmæli allra viðmælenda. Mikil tækifæri felast í frekari þróun hugbúnaðarins. Á lungnadeild er verið að gera tilraun með samþættingu lyfjafyrirmæla þannig að þegar verið er að gefa lyfjafyrirmæli fyrir sjúkling kemur öll lyfjasaga hans fram og upplýsingar um hvaða lyf viðkomandi tekur. Miklir möguleikar felast í frekari þróun þessa verklags og innleiðingu þess á allar deildir. Slíkt væri gríðarlegt öryggisatriði jafnt fyrir sjúklinga sem starfsfólk.

Niðurstöður úr starfsemisumhverfiskönnun 2013 sýna mikla hollustu starfsfólks í garð hvers annars. Í

Því felast mikil tækifæri fyrir einstakar deildir og sviðið í heild. Breytt mönnunarmynstur gefur tækifæri til endurskipulagningar starfseminnar með verkefnadreifingu (e. *task sharing*) í huga. Slíkt fyrirkomulag hefur þegar orðið á sumum deildum með góðri samvinnu mismunandi fagstétta en tækifæri sviðsins felast í frekari þróun á því verklagi.

Tafla 6. Mat á samstarfsmönnum úr starfsumhverfiskönnun 2013.

	Samstarfsfélagar
Blóðlækningadeild	4,6
	4,17
Hjartadeild	4,32
Hjartagátt	4,65
Krabbameinslækningadeild	4,31
Lungnadeild	3,85
Lyf- og húðlækningadeild	3,81
Meltingar- og nýrnadeild	4,17
Smitsjúkdómadeild	3,92
Taugalækningadeild	3,97

## Mat Embættis landlæknis

### Húsnæði

Það er ófullnægjandi fyrir starfsemi deildanna. Húsnæðið getur verið hamlandi fyrir starfsemi og býður upp á duldar slysaáhrif. Loks er starfsaðstaða starfsfólks erfið og á stundum óviðunandi.

### Starfsemi og þjónusta

Rúmum á deildum hefur verið fækkað of mikið miðað við álag á sviðið en kanna þarf hver hin raunverulega þörf er. Allt of fá einbýli eru á nær öllum deildum og salernis- og hreinlætisaðstöðu er víða mjög ábótavant sem getur skapað hættu fyrir sjúklinga.

### Mönnun

Alvarlegur skortur hefur verið á deildarlæknum og verður jafnvel enn eftir að ráðningu fleiri deildarlækna haustið 2014. Það er allt of mikið álag á sérfræðilæknum sem skapar mikla hættu á kulnun og brotthvarfi úr starfi. Það eru of fáir hjúkrunarfræðingar til að mæta vaxandi hjúkrunarþyngd.

### Deildarbragur

Samvinna heilbrigðisstétta er víðast hvar góð og sums staða framúrskarandi. Hins vegar er lítil hollusta við LSH vegna bágrar starfsaðstöðu.

### Skráning

Rafræn sjúkraskrá er hægivirk, bæði hugbúnaður en e.t.v. fyrst og fremst vélbúnaður. Vankantar á Sögukerfinu gera það þungt í vöfum fyrir starfsfólk. Lyfjafyrirmælakerfi eru mörg og ekki samhæfð sem veldur skorti á yfirsýn yfir lyfjagjöf og getur skapað hættu fyrir sjúklinga.



## Gæði og öryggi

Starfsfólk er vel meðvitað um mikilvægi góðrar öryggismenningar og vandaðs verklags. Ekki vinnst nægjanlegur tími fyrir gæða- og umbótastarf í vinnutíma starfsfólks.

## Atvikaskráning sjúklinga

Vanskráning í kerfið er áberandi að undanskildum byltum/föllum sem víðast hvar eru vel skráð. Starfsfólk er vel meðvitað um tilvist hins rafræna atvikaskráningakerfis. Starfsfólk vill gjarnan skrá og ræða úrvinnslu og umbætur í kjölfarið en of sjaldan gefst tími til þess.

### Ábendingar Embættis landlæknis

---

- Hefja nauðsynlegar viðbyggingar og endurnýjun á húsnæði svo unnt sé að veita þá meðferð sem þekking og færni stendur til.
- Tryggja nauðsynlega mönnun fyrir starfsemi sviðsins.
- Gera lyflækningasvið að aðlaðandi vinnustað fyrir deildarlækna og kandiðata.
- Gera fullt starfshlutfall sérfræðilækna á sviðinu aðlaðandi.
- Bæta starfsaðstöðu á deildum strax.
- Samhæfa betur hugbúnaðarkerfi rafrænnar sjúkraskrár, sérstaklega hvað varðar lyfjafyrirmæli.
- Gera umbótastarf að daglegum þætti í vinnu starfsfólks
- Taka upp reglulega starfsmannafundi um atvik og úrvinnslu þeirra.



## FYLGISKJAL 2 – Samantekt úr viðtölum við starfsfólk

Tekin voru viðtöl við 13 starfsmenn með ólíkan bakgrunn og mismikla starfsreynslu, það er deildarlækna, gæðastjóra, hjúkrunarfræðinga, kandidate, mannauðsráðgjafa, sérfræðinga í hjúkrun, sérfræðinga í læknisfræði og sjúkraliða. Um trúnaðarsamtöl var að ræða og engir eru nafngreindir. Til þess að ekki sé hægt sé að rekja svörin var gerð samantekt úr þeim. Spurningar vörðuðu starfsanda, samskipti, samstarf, verkaskiptingu, mönnun, gæði og öryggi þjónustu, skráningu, atvikaskráningu, starfsaðlögun, starfsaðstöðu, húsnæði og aðbúnað.

### Helstu niðurstöður

Í heild kom fram að LSH byggi yfir miklum mannauði; sterku fagfólki sem ávallt væri tilbúið að gera sitt besta við erfiðar aðstæður. Sviðið væri mjög stórt og í raun samsett úr fjórum sviðum með samtals níu yfirmenn áður og því væri stjórnunarspönn gífurlega mikil, framkvæmdastjóri mjög upptekinn og bæta þyrfti upplýsingaflæði. Fram kom ánægja með breytingar sem gerðar voru á stjórn sviðsins s.l. haust, er aðstoðarframkvæmdastjóri kom til starfa. Almenn ánægja var með að yfirmenn væru ekki báðir úr sömu stétt, því þannig skapaðist betri umræðugrundvöllur. Einnig var rætt um breytingar sem orðið hafa að undanförunu á LSH í þá átt að meira væri hlustað á hugmyndir starfsfólks og áhersla lögð á að fylgjast með líðan starfsmanna. Nefnt var að nú væri allt á uppleið og mikilvægt að sú þróun héldi áfram.

Fram kom að álag á starfsfólk er mjög mikið og ekki er lengur um að ræða álagstoppa heldur er stöðugt álag. Starfsumhverfið væri oft erfitt, húsnæði og aðstöðu væri víða ábótavant en spítalinn væri samt góður vinnustaður. Sumir lýstu yfir áhyggjum af því að yngra starfsfólkið væri ekki tilbúið til að vinna eins mikið og eldra starfsfólkið og slíkt gæti skapað vandræði, fyrr en síðar.

Sumir sögðu að gott væri að vinna á LSH og að þau væru stolt af því að starfa þar og spítalinn væri mjög góður vinnustaður en aðrir sögðu að LSH væri ekki eftirsóknarverður vinnustaður.

Talað var um að starfsmenn störfuðu við mjög erfiðar kringumstæður, í ómögulegu húsnæði sem væri of lítið og auk þess væri skert aðgengi að upplýsingum. Einnig kom fram að hætta væri á að ekki næðist nógu mikil samfella því mikil starfsmannavelta væri á sumum deildum. Einnig væri ákveðin hætta á kulnun í starfi og svokölluðum spekileka (e. *brain drain*).

### Gæði og öryggi þjónustu

Margir tóku fram að sjúklingahópur sem fær þjónustu á LSH hefur breyst á undanförunum árum og flestir sjúklinganna eru mjög veikir meðan á innlögn stendur og þurfa mikla aðstöð. Margir fjölveikir aldraðir sjúklinga með langvinna sjúkdóma leggjast inn á sviðið og því er mjög erfitt um vik að hafa starfsemi á mörgum stöðum og flytja þarf sjúklinga milli eininga sem er mjög óheppilegt. Einnig kom fram að margir sjúklingar biðu eftir úrræðum annars staðar en ekki væri hægt að fá hjúkrunarrými nema búið væri að fullreyna öll úrræði. Oft er það ekki fullreynt og þá þarf að sækja um öll úrræði sem vitað er fyrirfram að muni ekki duga en er tímafrekt. Einnig voru nefnd dæmi um að sjúklingum á mjög dýrum lyfjum hefði verið neitað um rými á hjúkrunarheimili vegna kostnaðar.

Starfsfólk reynir að gera sitt besta en vildi vissulega oft gera betur og stundum þarf að hlaupa hratt. Almennt má segja að gæði þjónustu séu góð en margt væri þó hægt að bæta. Margir sögðu að lítil tími væri aflögu til að vinna gæða- og umbótaverkefni, þrátt fyrir áhuga, þar sem nær allur

tíminn færi í sinna sjúklingum. Nefnd voru dæmi um umbótastarf sem fylgja átti eftir með fræðslu og fundum en það gekk ekki eftir sökum mannekle. Sumt starfsfólk sagðist einungis sækja fræðslu á frídögum sínum. Misjafnt er eftir deildum hversu mikið er unnið með gæðastjóra sviðsins. Á sumum deildum eru reglulega rætt um öryggismál. Nefnt var sérstaklega hvað það væri mikið öryggi fólgið í því að geta kallað út GÁT teymið sem kemur yfirleitt mjög fljótt.

Ýmsar hugmyndir komu fram um breytt skipulag sem talið var geta orðið til bóta, svo sem varðandi bókun á dag- og göngudeildum.

Ef erfitt reynist að finna legurými er þrautarlendingin oft sú að leggja sjúklinga á deild 21 - A á Hringbraut sem er kvennadeild. Það var talið geta ógnað öryggi sjúklinga þar sem sérþekking þeirrar deildar snýr jafnan að öðrum vandamálum.

### Þættir sem geta ógnað gæðum þjónustu og öryggi sjúklinga

- **Mikið álag**, t.d. sögðust sumir vinna mun meira en eins manns starf og slíkt býður hættunni heim.
- **Of fá rúm**, nefnt var að það vantaði allt að 40 rúm á sviðið. Ástandið lagaðist töluvert fyrst eftir að Vífilsstaðir opnuðu en í dag er svo komið að skortur er á rúmum alls staðar.
- **Fjölbýli**, sérstaklega ef um er að ræða sjúklinga í óstöðugu ástandi sem þurfa mikið eftirlit, en slíkt getur truflað samsjúklinga og ógnað gæðum meðferðar.
- **Áreiti og hávaði í tækjum og vélum** (e. *alarm fatigue*) sem getur leitt til þess að slökkt/lækkað sé í tækjum/vélum.
- **Ýmislegt í starfsumhverfi**, t.d. þrengsli, mikið af fylgihlutum og erfitt að koma að tækjum.
- **Ekki nógu gott skipulag** varðandi röðun sjúklinga á dag- og göngudeildum sem leiðir af sér óþarfa bið og mikinn flýti starfsfólks.
- **Gangainnlagnir** vegna of fárra rúma en starfsfólk er uggandi yfir þeim. Algengt að sjúklingar séu á ganginum, í setustofum, í kennslustofum og fundaherbergjum sem er mjög bagalegt. Mjög erfitt getur verið að sinna sjúklingum við þær aðstæður, því þar vantar tæki og aðstöðu sem nauðsynleg eru til meðferðar og umönnunar.
- **Of fá einbýli**, en fyrir kemur að ekki er fyrir hendi einbýli fyrir deyjandi sjúklinga. Einnig er oft mikið af aðstandendum sem fylgir mjög veiku fólki og þá skortir einbýli.
- **Of fá raunveruleg einangrunarherbergi**, en þörf á einangrunaraðstöðu hefur aukist á undanförunum árum, svo sem í tengslum við ESBL, MÓSA og nóróveirur.
- **Reglur um einangrun** eru ekki nógu skýrar alls staðar. Stundum er hætt við einangrun sem var komið á samkvæmt skilmerkjum sýkingavarnadeildar og slíkt veldur óöryggi, bæði hjá sjúklingum og starfsfólki.
- **Skortur á tækjum, svo sem monitorum** en skortur á þeim er nánast daglegt brauð. Það leiðir til þess að sjúklingar sem þyrftu að vera í monitor eru það ekki. Þetta veldur samskiptahnökkrum við innlagnir og gerir eftirlit með sjúklingum ekki eins öruggt. Einnig getur það t.d. leitt til þess að taka þarf lífsmörk á 10-15 mín fresti og það getur verið mjög erfitt á nóttunni. Þá getur það leitt til þess að deildarlæknir þarf sífellt að koma við á viðkomandi deild til þess að kanna ástand sjúklinga. Þá vantar víða digital morfíndælur en sums staðar eru svo gamlar dælur að erfitt er að halda réttum takti og halda þarf dælunum saman með límbandi.

- **Ódýrar vörur**, misjafnar að gæðum, erukeyptar í sparnaðarskyni, svo sem umbúðir og æðaleggir. Nefnt var að starfsfólk yrði samdauna þessum stofnanabrag, ákveðin brengluð viðmið gætu myndast við að spara úr hófi fram og það gæti bitnað á gæðum þjónustu og öryggi sjúklinga.
- **Mönnunarátlanir eru ekki miðaðar við sjúklingafjölda**, heldur miðast þær við „leyfð rúm“, t.d. er miðað við að engir liggi á gangi.
- **Húsnæði** er víða ábótavant og þarfnast nauðsynlegs viðhalds. Dæmi var nefnt um að senda þurfi sjúklinga erlendis í PET scan af því að ekki er húsnæði til staðar sem getur hýst PET scan tæki.
- **Tvískipt starfsemi** (Hringbraut og Fossvogur) er augljóst áhættuatriði.
- **Ekki góð skráning**, sérstaklega um helgar, sem getur dregið úr samfellu meðferðar.
- **Hjartagátt** lokuð frá föstudegi til mánudagsmorguns sem er faglega óverjandi.
- **Notkun skutlu fyrir sjúklinga**, en mjög erfitt er t.d. fyrir sjúklinga í úthreinsun að taka hana.
- **Meltingarfæraspeglun** er einungis gerð á Hringbraut og ef senda þarf sjúkling í sjúkrabíl þá er hringt frá Hringbraut og sagt „nú má senda sjúklinginn“ og þá er hringt á sjúkrabíl og hann kemur kannski eftir 40 - 60 mín. Þannig að skipulag raskast.
- **Of hraðar útskriftir** og ekki nógu vel undirbúnar. Einnig þyftu leiðbeiningar fyrir sjúklinga að vera skriflegar en töluvert er um að sjúklingar hringi eftir útskriftir þar sem þeir hafa ekki fengið nógu skýrar upplýsingar. Mikil vinna er fólgin í því að útvega heimahjúkrun og félagslega heimaþjónustu.
- **Skortur á hjúkrunarrýmum.**

### Þættir sem geta ógnað gæðum þjónustu og öryggi starfsfólks

- **Loftræsting er ekki viðunandi** alls staðar, t.d. við blöndun lyfja.
- **Þrengsli**, t.d. snúrur og annað sem geta valdið byltuhættu.

### Gæðahandbók

Starfsfólki veitist oft erfitt að finna góðar leiðbeiningar fyrir starf sitt. Stuttar og hnitmiðaðar leiðbeiningar vantar en leiðbeiningar eru oft langar og ítarlegar og hætt er við að starfsmenn lesi þær ekki. Margir sögðu að vandaðar verklagsreglur væru fyrir hendi í gæðahandbók en erfitt um vik að finna þær og einnig að oft væri ekki farið eftir þeim þótt þær væru fyrir hendi. Mjög margir kvörtuðu undan því hversu erfitt væri að finna skjöl í gæðahandbókinni þar sem leitarvél hennar væri afleit. Einnig var nefnt að leitarvélina á heimasíðu spítalans væri nánast ónothæf.

Á sumum deildum opnast þó gæðahandbókin beint á viðkomandi deild til að bæta aðgengi. Reynt er að byggja öll gæðaskjöl á gagnreyndri þekkingu og fannst starfsfólki mikilvægt að þekking væri skráð í gæðahandbók en væri ekki bara fyrir hendi hjá einstaka starfsmanni. Stundum er verklag gefið út án þess að setja það í gæðahandbókina sem er mjög bagalegt. Einnig kom fram að stundum vilja ákveðnir aðilar hafa sitt eigið verklag en ekki staðlað verklag sem gildir fyrir alla. Sérstaklega kom fram að ýmsar klínískar leiðbeiningar væru fyrir hendi sem væru mjög vandaðar en vandfundnar.

Mjög fá gæðaskjöl í gæðahandbókinni snúa að starfi lækna en mun fleiri að hjúkrunarfræðingum.

Deildarlæknar hafa sína „bláu bók“ sem er almennt um lyflækningasviðið en það vantar hins vegar mikið af verkferlum og ekki er almenn fylgni við eða notkun á verklagsreglum. Deildarlæknar og kandiðatar líta þá gjarnan í „Uptodate“ til þess að fylgjast með. Fram kom að sjúkraliðar leita almennt ekki í gæðahandbók. Á sumum deildum eru bæklingar eða deildarhandbækur sem starfsfólk var mjög ánægt með. Sérstaklega var nefnt að skortur væri á reglum um hvernig bregðast ætti við óboðnum gestum.

## Skráning

Misjafnar skoðanir komu fram viðvíkjandi Sögukerfinu, sumir eru ánægðir með það en aðrir ekki og nefndir voru nokkrir hnökrar sem komið hafa fram. Sérstaklega var nefnt hversu hægvirkt kerfið er og talið að það eitt gæti seinkaði stofugangi um allt að hálf tíma. Einnig töldu margir að kunnátta starfsfólks á Sögukerfið væri mjög mismunandi. Skráning var þó talin nokkuð góð en stundum vantar þó samantekt og skriflega meðferðaráætlun sem getur skapað erfiðleika. Sögukerfið er oft uppfært síðari hluta dags þegar mikið er um innlagnir sem er mjög bagalegt, því þá dettur kerfið út í e.t.v. 4- 5 klst. Heilsugáttin var talin góð þótt hún ætti gríðarlega langt í land með að vera gott vinnutæki.

Þá kom fram að sums staðar vantar tölvur og vélbúnaður er víða ekki nógu góður, bæði gamall og hægvirkur. Verið er að fækka fartölvum en margir vildu gjarnan hafa spjaldtölvu til að geta notað þegar þeir eru inni hjá sjúklingum. Sýndartölvur eru á mörgum stöðum og virka ágætlega.

Fram kom að sjúkraliðar þyrftu oft meiri upplýsingar til að geta annast sjúklinga betur, en þeir hafa lesaðgang að Sögukerfinu. Einnig búa þeir oft yfir mikilvægum upplýsingum um sjúklingana, sem þeir geta komið til hjúkrunarfræðinga en sjúkraliðar skrá almennt ekki í Sögu, nema lífsmörk.

## Atvikaskráning

Opin umræða er um atvikaskráningu og slík skráning er víðast hvar talin sjálfsgöð. Víða á deildum er reglubundin umræða um atvik og sums staðar er fundað með gæðastjóra sviðsins vegna þessa. Sumir nefndu að bregðast þyrfti á heildrænan hátt við atvikum, t.d. ef um ákveðið mynstur er að ræða.

Ljóst er að það gerast fleiri atvik en eru skráð en ekki er alltaf tími til skráningar sem oft er sett aftast í forgangsröðunina og gleymist því í lok vinnudags. Sumum fannst umræða um atvikaskráningu ekki nógu vel kynnt og að atvikaskráningarkerfið væri í raun og veru vannýtt auðlind. Mest er um að skráðar séu byltur/föll og ofbeldisatvik. Oftast eru það hjúkrunarfræðingar sem skrá atvik, sjaldnar læknar og sjúkraliðar skrá almennt ekki atvik

Nefnt var hversu misjöfn úrvinnsla atvika væri, stundum væri hún til mikils sóma og farið væri yfir verkferla og umbætur gerðar ef þörf þætti á því. En stundum væri hún mjög óskilvirk eða ósamhæfð og leiddi til „skammartölvupósta“ sem viðhéldi þeim síð að þurfa ætíð að finna sökudólg (e. *shame and blame culture*).

## Mannauðsmál

Fram kemur að sumum finnst ekki nógu mikil áhersla lögð á mannauðsmál, sagt er að það komi bara maður í manns stað og ekki sé reynt að halda í starfsfólk sem hefur í hyggju að hætta. Mikil starfsmannavelta á sumum deildum er ekki heppileg. Einnig var nefnt að ekki væri hægt að hygla

starfsfólki sem væri metnaðarfullt og tilbúið að leggja ýmislegt á sig. Þá var nefnt að lítið svigrúm væri til rannsókna og umbótastarfa.

## Læknamönnun

Mannekla meðal lækna hefur skapað mikla erfiðleika og stöðugur skortur á læknum veldur víða áhyggjum og álagi. Mönnunarþörfin hefur verið illa skilgreind og einatt er mannað eftir því sem hægt er að fá af læknum en ekki eftir raunverulegri þörf. Æskilegt var talið að skilgreina raunverulega mönnunarþörf, t.d. að skilgreina hvað hvert teymi gæti sinnt mörgum sjúklingum og grípa til ráðstafana væri farið yfir þau mörk.

Til betri vegar horfir varðandi læknamönnun í haust (2014) en þá mun kennsluteyminum fjölga úr sjö í 13. Mönnunin verður þó einungis grundvallarmönnun sem veitir ekki mikið svigrúm til veikinda, fjarvista eða forfalla og ekki heldur til að deildarlæknar og kándídatar geti tekið ákveðinn tíma á öðrum einingum, t.d. á svæfingu. Fram kom að þrátt fyrir að betri tímar væru framundan þá væri enn langt í land og sumir álitu að ástandið næði því einungis að verða þokkalegt í haust. Þá kom fram að mikið hefði mætt á deildarlæknum og kándídötum að undanfögnu en að sérfræðingar væru ekki síður brothætt stétt og álagið hefði verið allt of mikið á þá, einkum á hina eldri.

## Sérfræðilæknar

Á sumum deildum eru mjög margir sérfræðilæknar í hlutastöðum og getur það haft ýmsa erfiðleika í för með sér, t.d. varðandi skipulag og gerð vinnuskýrslna, auk þess að skapa hættu á misræmi í samfellu meðferðar. Sú staða hefur einatt komið upp að sérfræðilækna vantar í kennsluteymi. Slíkt getur haft í för með sér að deildarlæknar beri of mikla ábyrgð, útskriftum getur seinkað og beðið er með stórar ákvarðanatökur sem deildarlæknar telja sig ekki færa um að taka. Sérfræðingar eru undir miklu álagi og mikil þreyta í þeim og þess vegna reyna ungir læknar oft að hlífa þeim við upphringingum. Fram kom að það gæti verið mjög misjafnt hversu vel sérfræðingar tækju því þegar hringt væri í þá og að flestum kándídötum fannst þeir þurfa „manna sig upp“ til þess að hringja. Sérstaklega var þó tekið fram að yfirleitt væri ekki vandamál að hringja í sérfræðinga til að leita ráða og þeir hvettu frekar til þess en hitt. Einnig voru dæmi um að sérfræðingar á bakvakt hringdu í kándídata til að vita hvernig gengi, hvernig þeim liði o.þ.h.

Áhyggjur komu fram af kulnun í starfi meðal sérfræðinga vegna of mikils álags og þreytu og þess að þeir þurfa einatt að sinna störfum sem deildarlæknar/kándídatar hafa sinnt. Sum teymi eru eingöngu mönnuð af sérfræðingum, stundum er jafnvel einn sérfræðingur í teymi. Á þennan hátt hefur tekist að halda sjó en þetta hefur leitt til þess að álag og þreyta hefur einkennt störf sérfræðilækna og margir þeirra orðnir gríðarlega þreyttir á þessu fyrirkomulagi. Vaktabyrði sérfræðinga er umtalsverð og vinnuálagið með þeim hætti að oft tekst ekki að klára verk dagsins og sérfræðingar eru stundum jafnvel að skrifa dagála í gegnum Ljórann eftir að þeir eru komnir heim.

Á einni deild er fyrirkomlagið þannig að sérfræðingur er ekki með stofurekstur þann tíma sem hann er með kennsluteymi. Á öðrum deildum fer sérfræðingur úr kennsluteymi þegar hann er með stofurekstur og annar hleypur í skarðið ef mönnun leyfir.

## Deildarlæknar

Mikil mannekla hefur verið meðal deildarlækna og reynt hefur verið að leysa málið með því að manna einungis sjö kennsluteymi sviðsins af 13 með deildarlæknum. Í Fossvogi eru aldrei

deildarlæknar á vakt heldur einungis kandídatar með mismikla reynslu, sem geta hringt í deildarlækni á vakt á Hringbraut ef á þarf að halda. Kulnun í starfi er vaxandi vandamál meðal deildarlækna sem ber að taka alvarlega. Deildarlæknar eru reglulega spurðir að því hvernig gangi og hvort eitthvað sé athugavert. Þeir hafa nánast aldrei tíma til þess að velta tilfellum ítarlega fyrir sér eða yfirleitt að gera eitthvað sem er tilbreyting frá endalausri rútínuvinnu sem einkennir störf þeirra.

## Kandídatar

Reynt er að koma til móts við óskir kandídata um staðsetningu og litið er á þá sem raunverulegan hluta af vinnuafli á staðnum. Kandídatar eru þó oft einir á báti, stundum eins og munaðarlausir á endalausum vöktum. Fram kom sú skoðun að mikil ábyrgð væri sett á kandídata sem væru einir í húsi í Fossvogi. Þá kom fram að ekkert eftirlit eða aðhald ábyrgðs læknis stofnunar væri með kandídotum á deildunum, þetta væri nánast bara tími sem þeir þyrftu að afplána og enginn fylgdist með því hvaða færni eða hæfni þeir öfluðu sér. Stuðningur sérfræðinga við kandídata var talinn mjög mismikill eftir einstaklingum og sumir þeirra voru lítt til taks, það var þó fremur talin undantekning en regla. Kandídatar þurfa að vera gríðarlega vel skipulagðir og fljótir að vinna ef allt á að ganga upp og þykkan skráp þarf til þess að vinna við þær kringumstæður sem verið hafa til staðar undanfarin ár.

## Hjúkrunarfræðingar

Fram kom að mönnun er misjöfn eftir deildum og mjög vanmannað er á sumum þeirra og ástand því erfitt vegna þess. Mönnun hefur þó víða verið bætt og mun sums staðar verða enn betri í haust, t.d. verður hjúkrunarfræðingum fjölgað á einhverjum deildum og sums staðar hefur starfsfólki á næturvakt verið fjölgað til að skapa meira öryggi. Á nokkrum deildum hafa verið mikil veikindi auk manneklu og drjúgur tími farið í það, sérstaklega um helgar, að reyna að fá starfsfólk til vinnu. Starfsfólk er orðið þreytt á því að hringt sé í það þegar það er í leyfi og er farið að bera á vaxandi kulnun í starfi. Nefnt var að til þyrfti að vera svokölluð þjónustusveit hjúkrunarfræðinga sem gæti hlaupið í skarðið þegar þörf krefði. Slíkt var til staðar í eina tíð en er ekki lengur.

Mönnunaráætlanir miðast við leyfðan rúmafjölda en eins og tölur um rúmanýtingu bera með sér eru of fá legurými á sviðinu. Það leiðir til þess að yfirleitt eru fleiri sjúklingar en rúmafjöldi segir til um og mönnunaráætlun gerir ráð fyrir. Slík getur ógnað öryggi og gæðum. Þá var nefnt að innbyggð villa væri í mönnunaráætlunum því ekki væri gert ráð fyrir fjarveru starfsmanna svo sem vegna lögbundinna leyfa eða veikinda. Einnig kom fram að sjúklingar sem legðust inn þyrftu mikla hjúkrun og brýnt að mönnun tæki mið af því. Rafaela sjúklingaflokkun er gerð á hverjum degi og þar kemur mikil hjúkrunarþyngd fram en mönnun er oft ekki í samræmi við hana. Starfsfólk taldi þó að flokkunin legði ákveðinn grunn að því að fá aukið fjármagn eða aukna mönnun.

Fram kom óánægja með að þeir hjúkrunarfræðingar sem lokið hafa meistarnámi fá oft ekki að gera neitt annað en þeir gerðu þegar þeir voru bara með BS próf. Undantekning frá þessu eru klínískir sérfræðingar í hjúkrun.

## Sjúkraliðar

Nefnt var að það vantaði fleiri sjúkraliða til að hægt væri að gera það sem þeir vildu geta gert fyrir sjúklingana. Einnig kom fram að ákveðin streita væri milli sjúkraliða og hjúkrunarfræðinga og nefnt var að hjúkrunarfræðingar kæmu lítið nálægt sjúklingunum en væru meira að vinna við skráningu,



skriffinnsku og fundahöld og að mikill hluti tíma þeirra fari í þetta. Þá kom fram meðal hjúkrunarfræðinga að þeir hefðu oft samviskubit yfir að geta ekki hjálpað sjúkraliðum meira við aðhlyningu. Einnig kom fram að sjúkraliðar sitja ekki teymisfundi og væru því í raun ekki hluti af teyimum.

### Starfsandi

Starfsandi hefur lagast að margra mati og er góður í flestum tilfellum en sveiflast þó nokkuð. Sumir nefndu að starfsandinn væri frábær og að þeir hlökkuðu alltaf til að koma í vinnuna. Flestum fannst þeir eiga gott samstarf við næstu yfirmenn sem þó var einstaklingsbundið. Sums staðar hafa verið gerðar ýmsar breytingar sem starfsfólk er misánægt með og sem geta haft áhrif á gæði þjónustu. Fram kom að deildir LSH eru afskaplega mismunandi, sumar eftirsóknarverður starfsvettvangur, en aðrar ekki. Sums staðar hefur verið rætt opinskátt um það sem var aðfinnsluvert og reynt að leita lausna. Margir nefndu að starfsandi væri verri undir miklu álagi og einnig var talað um að sums staðar væri ákveðin stéttaskipting.

### Samskipti og samstarf

Samskipti og samstarf var að margra mati talið afar mismunandi en í heild gengur samstarf mismunandi stétta vel. Þó voru nefndir ýmsir hnökrar og helst var nefnt að við mikið álag og ónóga mönnun gætu komið upp samskiptavandamál. Sumir stjórnendur voru sagðir frábærir og umhyggjusamir í garð starfsfólks en tækju samt á erfiðum málum.

### Verkaskipting

Vegna erfiðra aðstæðna, meðal annars hvað varðar mönnun lækna, hefur víða verið tekin upp svokölluð verkefnadreifing (e. *task sharing*) og verkefni hafa flust til milli starfsfólks, við mismikla ánægju. Margir nefndu þó að slík verkefnadreifing opnaði ýmsa nýja möguleika. Í langflestum tilfellum er reynt að hjálpast að við að leysa mál við erfiðar aðstæður en sumum finnst ábyrgð starfsfólks hafa aukist við þetta fyrirkomulag. Ýmsir nefndu að skýr verkaskipting þyrfti að vera fyrir hendi því annars væri hætt á ósætti um hver ætti að vinna tiltekin verk. Einnig væri hætt á misskilningi og jafnvel gætu tiltekin verk gleymst. Sérstaklega voru dæmi tekin um blóðræktanir og hjartalínurit og sums staðar hafa verið settar reglur þar að lútandi. Einnig var nefnt að suma starfsmenn þyrfti sífellt að minna á að gera ákveðin verk sem væri þreytandi og betra skipulag gæti bætt úr því. Víða eru starfslýsingar fyrir hendi en sérstaklega var tekið fram að hvergi væri að finna neitt niðurskrifað um vinnuskyldur kandiðata.

Sjúklingar innan ákveðinna sérgreina liggja víða um LSH sem skapar ákveðin vandamál og erfiðara er um vik að tryggja sérhæfða lækni- og hjúkrunarmeðferð. Viðkomandi starfsfólk reynir þó eftir mætti að veita upplýsingar og ráðgjöf til þeirra sem annast sjúklinga.

Á sumum dag- og göngudeildum eru sjúklingar bókaðir beint inn til hjúkrunarfræðinga sem þurfa þá að axla mikla ábyrgð.

### Starfsaðlögun

Starfsaðlögun var yfirleitt talin góð, sérstaklega meðal hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða, aðlögunartími rúmur og vel staðið að aðlögunarferli. Það var talið skipta miklu að nota reynsluríkt fólk við aðlögun nýrra starfsmanna en sumir töldu að yngsta og reynsluminnsta fólk væri valið til þess og var ósátt við það. Aðlögun deildarlækna má bæta en hún er ekki umfangsmikil.

Handleiðsla er ágæt fyrir deildarlækna en eftirfylgni og eftirlit með störfum kandiðata, er stórlega ábótavant og getur jafnvel ógnað öryggi. Það má benda á að Læknafélag Íslands hefur ítekað bent LSH á að það þurfi að tryggja tilhlýðilega aðlögun lækna í upphafi starfs.

### Starfsaðstaða

Starfsaðstaðan á deildunum er mjög mismunandi, allt frá því að vera ágæt yfir í það að vera slæm en húsnæði LSH er almennt afskaplega þröngt. Á sumum dag- og göngudeildum er biðaðstaða vart viðunandi og oft skortir aðstöðu til að sinna sjúklingum, þannig að stundum fær fólk lyf á ganginum sem er mjög slæmt, t.d. ef ofnæmisviðbrögð koma fram. Margir töluðu um óhagræði þess að starfsemi færi bæði fram á Hringbraut og í Fossvogi, jafnt fyrir sjúklinga og starfsfólk. Starfsaðstaða hefur þó víða verið bætt, t.d. hvað varðar lyfjaherbergi. Ákveðin hjálpartæki eru til staðar víða, svo sem lyftarar, rápmottur og skynjarar.

Búið að setja upp vinnuástöðu á hverri deild fyrir lækna en það var afleitt þegar það var ekki. Þá hafa verið settir góðir búningaklefar í Fossvogi fyrir deildarlækna og kandiðata en slík aðstaða á Hringbraut er afskaplega léleg (ekki kynjaskipt). Þegar kandiðat er á vaktinni þá tilheyrir hann í raun og veru engri deild og hefur því ekki neina sérstaka aðstöðu.

Ágætis starfsaðstaða er hjá flestum sérfræðilæknum en starfsaðstaða fyrir deildarlækna er afskaplega takmarkörkuð að margra mati. Sums staðar er vinnuástöðu skipt í tvennt, annars vegnar fyrir hjúkrunarfræðinga og hins vegar fyrir lækna, þannig að skipulagið gefur ekki tilefni til að mikillar teymisvinnu í raun.

### Húsnæði og aðbúnaður

Margir nefndu að sjúklingar sem fengju þjónustu á LSH væru sífellt veikari sem hefði í för með sér auknar kröfur um gott húsnæði, ekki hvað síst einbýli sem skortur er á víða. Legutíminn hefur styst og mikil umsetning sjúklinga er til staðar. Salernisaðstaða fyrir sjúklinga er mjög þröng víða.

Skoðunarherbergi eru vandfundin en víða eru aðstandendaherbergi til þess að ræða við sjúklinga og aðstandendur. Á sumum deildum eru bæði kynin á sömu stofu. Sums staðar eru ekki EKG-tæki á deildum, þótt mikið sé tekið af hjartalínuritum, heldur hjá vaktmönnum. Sum EKG-tæki eru bæði gömul og léleg. Mikið ónæði og áreiti er í opnum rýmum sem er á ýmsum dag- og göngudeildum.

Sumar deildir voru sagðar fallegar, hreinar og snyrtilegar. Áréttað var hve erfitt væri að meginstarfsemi færi fram í tveimur húsum. Nefnt var að opnun Vífilsstaða hefði bætt úr fráflæðisvanda.

### Mat Embættis landlæknis

Starfsfólk nefndi ýmis atriði sem það taldi geta ógnað gæðum þjónustu og öryggi sjúklinga, svo sem mikið álag, of fá rúm, of mörg fjölbýli, of fá einbýli, gangainnlagnir, skortur á tækjum, mannekla, ófullnægjandi húsnæði og starfsaðstaða, tvískipt starfsemi (Hringbraut og Fossvogur) of hraðar útskriftir og skort á hjúkrunarrymum. Mjög mikilvægt er að gefa þessum atriðum gaum. Neikvætt er hversu mörgum fannst gæðahandbók sviðsins óaðgengileg, þótt jákvætt sé að mörg vönduð gæðaskjöl séu í henni. Mjög misjafnt er hversu ánægt starfsfólk er með Sögukerfið og æskilegt væri að skoða rót þess. Óæskilegt er að uppfærsla á kerfinu fari fram á annatíma. Víða

virðist tölvukostur ekki nógu góður og tölvur því seinvirkar, sem er mjög bagalegt. Jákvætt er að umræða um atvikaskráningu er víða opin, en bæta þyrfti úrvinnsluþátt atvika.

Jákvætt er að í heild kom fram að LSH byggir yfir miklum mannauði; sterku fagfólki sem ávallt væri tilbúið að gera sitt besta við erfiðar aðstæður. Þá er jákvætt að starfsandi er almennt talinn hafa lagast og að samskipti eru í flestum tilfellum talin góð. Ennfremur er mjög jákvætt hversu mikið starfsfólk hefur lagt sig fram um að hjálpast að í erfiðleikum, svo sem með verkefnadreifingu og með notkun lausnarmiðaðrar nálgunar.

Mannekla, þreyta, álag og kulnun í starfi er hins vegar áhyggjuefni, ekki hvað síst meðal lækna, en einnig hjá hjúkrunarfræðingum og sjúkraliðum. Mjög umhugsunarvert er að í viðtölum kom fram að ekkert eftirlit eða aðhald sé með kandiötum á deildunum og mjög brýnt að bæta úr því.

Þá er umhugsunarvert að mönnunaráætlanir miðast við leyfðan rúmafjölda en legurými eru of fá á sviðinu. Það leiðir til þess að yfirleitt eru fleiri sjúklingar en rúmafjöldi segir til um og mönnunaráætlun gerir ráð fyrir, sem er mjög bagalegt. Ljóst er að inniliggjandi sjúklingar eru einatt mjög veikir og mönnun þarf að taka mið af því. Brýnt er að nýta niðurstöður Rafaela sjúklingakerfisins við gerð mönnunaráætlana.

Jákvætt er hversu góð starfsaðlögun hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða er, en greinilega má bæta starfsaðlögunum lækna. Jákvætt er að víða hefur starfsaðstaða verið bætt, en húsnæði er víða ábótavant og nauðsynlegt að gera þarf á því verulega bragarbót ef vel á að vera. Áberandi var hversu margir nefndu óhagræði af því að meginstarfsemi LSH fari fram í tveimur húsum.

### Ábendingar Embættis landlæknis

---

- Rýna í og bregðast við þeim þáttum sem starfsfólk telur að ógnað geti gæðum þjónustu og öryggi sjúklinga, svo sem:
  - **Mikið álag.**
  - **Of fá rúm.**
  - **Fjölbýli.**
  - **Áreiti og hávaði í tækjum og vélum.**
  - **Ýmislegt í starfsumhverfi**, t.d. þrengsli og mikið af fylgihlutum.
  - **Ekki nógu gott skipulag.**
  - **Gangainnlagnir.**
  - **Of fá einbýli.**
  - **Of fá raunveruleg einangrunarherbergi.**
  - **Reglur um einangrun** eru ekki nógu skýrar alls staðar.
  - **Skortur á tækjum**, svo sem monitorum.
  - **Ódýrar vörur**, misjafnar að gæðum.
  - **Mönnunaráætlanir eru ekki miðaðar við raunverulegan sjúklingafjölda** heldur við „leyfð rúm“, t.d. miðað við að engir liggi á gangi.
  - **Húsnæði** víða ábótavant og þarfnast nauðsynlegs viðhalds.
  - **Tvískipt starfsemi** (Hringbraut og Fossvogur).
  - **Ekki góð skráning**, sérstaklega um helgar, sem getur dregið úr samfellu meðferðar.

- **Hjartagátt lokuð** frá föstudegi til mánudagsmorguns.
- **Notkun skutlu fyrir sjúklinga**, en mjög erfitt er t.d. fyrir sjúklinga í úthreinsun að taka hana.
- **Meltingarfæraspeglun** er einungis gerð á Hringbraut.
- **Of hraðar útskriftir** og ekki nógu vel undirbúnar.
- **Skortur á hjúkrunarrýmum.**
- Rýna í og bregðast við þeim þáttum sem starfsfólk telur að ógnað geti öryggis sínu:
  - **Loftræsting er ekki viðunandi** alls staðar, t.d. við blöndun lyfja.
  - **Þrengsli**, sem geta valdið byltuhættu.
- Vera vakandi yfir einkennum kulnunar í starfi hjá starfsfólki og bregðast við á viðeigandi hátt.
- Bæta starfsaðlögun lækna.
- Auka eftirlit og eftirfylgni með störfum kandiáta.