

AFRAPPORTERING: TASKFORCE FOR FAGLIG KVALITET PÅ PLEJEHJEM

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen
December 2025



Afrapportering:
Taskforce for faglig kvalitet på
plejehjem

Udarbejdet af:
Københavns Kommune, Sundheds-
og Omsorgsforvaltningen

Udgivelsesår:
2025

INDHOLD

RESUMÉ	03
BAGGRUND	12
SPOR 1: 360-GRADERS ANALYSE AF DEN FAGLIGE KVALITET	19
Opsamling	20
Datagennemgang	22
Journalgennemgang	34
SPOR 2: UVILDIG VURDERING AF DEN FAGLIGE KVALITET	45
Opsamling	46
SPOR 3: UVILDIG GENNEMGANG AF BORGERJOURNALER	52
Opsamling	53
SPOR 4: GENNEMGANG AF WHISTLEBLOWERSAGER	63
Opsamling	64
SPOR 5: LÆRINGSPUNKTER TIL FORVALTNINGENS KVALITETSARBEJDE	82
BILAG	88

RESUMÉ



RESUMÉ

BAGGRUND

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen (herefter SUF eller forvaltningen) har nedsat en taskforce efter at have modtaget den afsluttende rapport om plejehjemmet Bispebjergghjemmet fra Københavns Kommunes whistleblowerenhed under Borgerrådgiveren. På baggrund af en gennemgang af en række borgerjournaler finder whistleblowerenheden det bekræftet, at der var borgere på Bispebjergghjemmet i 2022, "som ikke i alle tilfælde modtog den pleje og omsorg, som de havde behov for".

I denne rapport sammenfattes resultater og hovedpointer fra 'Taskforce for faglig kvalitet på plejehjem'. Arbejdet tager afsæt i whistleblowerenhedens konklusioner og i den faglige og organisatoriske indsats, der allerede var igangsat på plejehjemmet.

FORMÅL, SPOR OG DATAGRUNDLAG

Taskforcens opgave er at:

- sikre gennemsigtighed vedr. den faglige kvalitet på Bispebjergghjemmet i 2022 og i dag
- belyse den faglige kvalitet i de borgerforløb, der indgik i whistleblowersagen fra 2022
- gennemgå andre whistleblowersager, som omhandler faglig kvalitet
- uddrage læring, som kan styrke det fremadrettede kvalitetsarbejde og forebygge, at borgere ikke får den nødvendige pleje og omsorg.

Taskforcens arbejde omfatter ikke forhold, der knytter sig til *processen* omkring whistleblowerenhedens rapport om Bispebjergghjemmet eller forvaltningens *samarbejde og kommunikation* med Borgerrådgiverens whistleblowerenhed. Dette adresseres i anden sammenhæng.

RESUMÉ

Taskforcens arbejde og denne rapport er organiseret i fem spor. De første tre spor belyser kvaliteten på Bispebjerghjemmet, spor 4 samler op på whistleblower-sager i forvaltningen, mens spor 5 samler op på lærings- og forbedringsmuligheder:

1. En 360-graders analyse af kvaliteten på Bispebjerghjemmet i 2025 baseret på gennemgang af data og borgerjournaler fra 2025 (udført af taskforcen)
2. Et eksternt, uvildigt tilsyn på Bispebjerghjemmet (udført af tilsynsmyndigheden Ældretilsyn Øst¹ i oktober 2025)
3. En ekstern, uvildig gennemgang af de 25 borgerjournaler på Bispebjerghjemmet fra 2022, som indgår i whistleblower-sagen (udført af konsulentfirmaet PS!mprove under Dansk Selskab for Patientsikkerhed)
4. En systematisk gennemgang af whistleblower-sager om faglig kvalitet i perioden december 2021 til oktober 2025 (udført af taskforcen)
5. Læringspunkter til kvalitetsarbejdet fra de øvrige spor (udført af taskforcen).

Dataindsamlingen for spor 1, 2 og 4 er afsluttet senest med udgangen af oktober 2025. Spor 3 blev igangsat med politisk godkendelse den 13. november. Data- og analysearbejdet for dette spor er foretaget ultimo november til primo december 2025.

OM TASKFORCEN

Taskforcen er sammensat med analytiske, omsorgsfaglige, sundhedsfaglige og organisatoriske kompetencer. Arbejdet har været forankret i SUF's Center for Økonomi og Kvalitet, men taskforcen har trukket på kompetencer fra hele forvaltningen. I organiseringen har der været fokus på, at deltagende ledere og medarbejdere ikke tidligere har været involveret i de sager, der ligger til grund for kritikken fra Borgerrådgiverens whistleblowerenhed.

OM BISPEBJERGHJEMMET

Bispebjerghjemmet er et selvejende plejehjem beliggende i Københavns NV med plads til 90 beboere. I efteråret 2022 havde forvaltningen et særligt fokus på Bispebjerghjemmet som følge af ophøret af daværende bevillingsmodel for specialmidler og en tilhørende budgetreduktion. Forvaltningen gennemførte en afdækning af, hvordan de ændrede ressourcer påvirkede kvaliteten i plejen. Dette pegede på en række faglige og organisatoriske udfordringer. På den baggrund iværksatte forvaltningen flere indsatser på plejehjemmet, herunder kompetenceudvikling, styrket dokumentationspraksis, faglig og organisatorisk understøttelse samt opkvalificering af medarbejdere. Forvaltningen havde således en opmærksomhed på Bispebjerghjemmet uafhængigt af whistleblowerenhedens henvendelse til forvaltningen den 26. januar 2023.

Note 1: Ældretilsynet er pr. 1. juli 2025 nedsat ved lov og skal bl.a. føre tilsyn med kvalitet i helhedsplejen i plejeenhederne.

RESUMÉ

SAMLET VURDERING AF KVALITETEN PÅ BISPEBJERGHJEMMET I 2025

Den eksterne tilsynsmyndighed Ældretilsyn Øst har i oktober 2025 vurderet, at Bispebjergghjemmet samlet set har "God kvalitet", hvilket er den bedste ud af tre kategorier.

Der er ifølge tilsynet ingen væsentlige udfordringer med kvaliteten i helhedsplejen, og alle kvalitetsmarkører inden for hvert af Ældrelovens temaer er opfyldt. Tilsynet beskriver Bispebjergghjemmet som "en organisation med en systematisk og metodisk tilgang til helhedsplejen og et tydeligt fokus på kompetenceudvikling og videndeling og foreslår enkelte fremadrettede fokusområder".

Den seneste tilfredshedsundersøgelse viser, at beboernes oplevelse af at bo på Bispebjergghjemmet ligger på niveau med kommunens øvrige plejehjem. Taskforcens gennemgang af data viser derudover på medarbejdersiden:

- at sygefraværet i første halvår 2025 var lavere end gennemsnittet i SUF
- at personaleomsætningen er høj
- at andelen af ufaglærte medarbejdere udgør 25 %, hvilket er væsentligt over forvaltningens gennemsnit.

Dette indikerer – alt andet lige – at den faglige kapacitet på Bispebjergghjemmet fortsat bør være et opmærksomhedspunkt.

Sundhedsfaglige indikatorer som antallet af indlæggelser og antal urinvejsinfektioner ligger overordnet på niveau med kommunens øvrige plejehjem.

Taskforcen har gennemført en systematisk gennemgang af borgerjournaler for beboere på Bispebjergghjemmet i 2025. Gennemgangen viser, at dokumentationen overordnet understøtter en god og sammenhængende pleje, men at der er forbedringsmuligheder – se næste side.

RESUMÉ

Forbedringspotentialer i kvaliteten på Bispebjerghjemmet i 2025

Selvom kvaliteten på Bispebjerghjemmet i 2025 samlet set vurderes som god, peger taskforcens gennemgang af det samlede datagrundlag på områder, hvor der fortsat er behov for fokuseret indsats for sikre stabil og god kvalitet.

Stabilitet i drift, ledelse og medarbejdergruppe

Perioder med ledelsesskift, en fortsat høj andel af ufaglærte medarbejdere og en høj personaleomsætning kan udfordre kontinuiteten omkring beboerne og den daglige opgaveløsning. Ældretilsynet peger aktuelt på forbedringsmuligheder i forhold til kontinuitet i plejen og svartider ved nødkald, hvilket plejehjemmet arbejder fokuseret med pt.

Systematik i dokumentationen og sundhedsfaglig opfølgning

Det sundhedsfaglige tilsyn af Styrelsen for Patientsikkerhed pegede i 2023 på, at der var behov for en mere konsekvent dokumentationspraksis og en tydeligere systematik i den sundhedsfaglige opfølgning. Forvaltningens egen journalgennemgang viser, at den sundheds- og omsorgsfaglige dokumentation i 2025 samlet set fremstår tilfredsstillende, men at der fortsat er enkelte mangler og udviklingsbehov.

RESUMÉ

Udvikling i kvaliteten på Bispebjerghjemmet i perioden 2022-2025

Bispebjerghjemmet har i 2022-2025 haft perioder med organisatorisk ustabilitet med bl.a. flere ledelsesskift, en høj personaleomsætning og en høj andel ufaglærte medarbejdere.

De kommunale og statslige tilsyn fra perioden afspejler en progression i resultater med fortløbende opmærksomhedspunkter inden for bl.a. borgerinddragelse, kontinuitet blandt medarbejdere, hygiejne, måltidsområdet og nødkald.

Samlet peger datagrundlaget på, at rammerne på Bispebjerghjemmet er mere stabile i 2025 end i 2022. Bispebjerghjemmet har i 2025 ansat en ny forstander og foretaget en udskiftning på flere nøgleposter. Sygefraværet er lavere end i forvaltningen som helhed, mens personaleomsætningen fortsat ligger over gennemsnittet. Den nuværende ledelse har fortsat et løbende fokus på at understøtte en robust faglig kultur og infrastruktur på plejehjemmet.

På den baggrund er det taskforcens vurdering, at der er igangsat relevante og nødvendige initiativer til forbedring af kvaliteten. Kontinuitet på nøgleposter og en fortsat opfølgning på igangsatte initiativer vurderes at være centralt for at fastholde denne udvikling.

RESUMÉ

Kvalitet i konkrete borgerforløb på BispebjergHjemmet (2022 og 2025)

Whistleblowerenheden konkluderede, at der var borgere på BispebjergHjemmet i 2022, som ikke i alle tilfælde modtog den pleje og omsorg, som de havde behov for.

Taskforcens arbejde inkluderer en undersøgelse ved en uvildig, ekstern leverandør af de 25 borgerjournaler, som blev udleveret til Whistleblowerenheden i forbindelse med sagen. Undersøgelsen er gennemført af PS!mprove (herefter betegnet PS!), som er en konsulentvirksomhed under Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Dansk Selskab for Patientsikkerhed er en uvildig og almennyttig organisation, der uafhængigt af myndigheder, faglige- og erhvervsinteresser gennemfører analyser og udviklingsprojekter med fokus på at fremme patientsikkerhed og kvalitet i sundhedsvæsenet.

PS! har fået udleveret de samme 25 borgerjournaler, som whistleblowerenheden havde adgang til i forbindelse med sagen på BispebjergHjemmet. I whistleblowerenhedens konklusionsrapport citeres der konkret fra 15 af de 25 borgerjournaler.

PS! har på den baggrund gennemført tre adskilte analyser:

1. En analyse af de 15 borgerjournaler, som whistleblowerenheden citerer i sin konklusionsrapport, med fokus på de konkrete hændelsesforløb omtalt i rapporten.
2. En samlet vurdering af den faglige kvalitet i alle 25 borgerforløb.
3. En vurdering af dokumentationskvaliteten i alle 25 borgerjournaler.

Den uvildige journalgennemgang af de 25 borgerjournaler konkluderer, at de hændelsesforløb fra 2022, der indgår i WB-rapporten, er enkeltstående i 11 af 15 journaler, og at der er handlet fagligt korrekt og rettidigt i disse 11 forløb. I fire af de 15 borgerjournaler vurderes det, at der i hændelser nævnt i WB-rapporten ikke er handlet rettidigt, og at enkelte problemtyper gentager sig. Her peges der på læringspotentiale. Rapporten konkluderer, at den generelle faglige kvalitet i borgerforløbene overordnet var god og levede op til lovgivning og kommunens faglige standarder.

RESUMÉ

RESULTAT AF GENNEMGANG AF WHISTLEBLOWERSAGER (DECEMBER 2021 - OKTOBER 2025)

Taskforcen har gennemført en systematisk gennemgang af whistleblowersager fra perioden december 2021 til oktober 2025. Arbejdet bygger på åbningsbreve og konklusionsrapporter fra den nye Whistleblowerordning samt handleplaner, kvalitetsdata og interviews med relevante områdechefer. Formålet er at belyse, om der andre steder i forvaltningen har været forhold af betydning for den sundheds- og omsorgsfaglige kvalitet. Gennemgangen giver et samlet billede af, hvilke forhold indberetningerne har omhandlet, hvordan der er fulgt op lokalt, hvordan de planlagte indsatser har bidraget til kvaliteten, og om der er behov for yderligere initiativer.

Gennemgangen viser, at der i perioden på knapt fire år har været 27 whistleblowersager relateret til Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Heraf vurderes 10 sager potentielt at være direkte og/eller indirekte relateret til den sundheds- og omsorgsfaglige kvalitet. De 10 sager på 10 forskellige enheder skal ses i relation til, at forvaltningen har ca. 10.000 medarbejdere. Otte sager er afsluttet hos whistleblowerenheden, mens to er igangværende. For en af de afsluttede sager har whistleblowerenheden ikke udarbejdet en konklusionsrapport, da whistleblowerenheden efter dialog med forvaltningen fandt indberetningen afkræftet.

Samlet vurderer forvaltningen, at der for alle enheder er iværksat relevante opfølgende initiativer enten før eller i umiddelbar forlængelse af whistleblowersagerne for at belyse og løfte kvaliteten på enhederne.

På tværs af de 10 enheder ses en overvejende positiv udvikling:

- Stabil ledelse på størstedelen af enhederne
- Forbedret arbejdsmiljø, selvom personaleomsætning og sygefravær fortsat ligger over gennemsnittet på enkelte enheder
- Trivsel under gennemsnittet på enkelte enheder
- Positiv udvikling på kommunale tilsyn
- Borgeroplevet kvalitet ligger for syv enheder på niveau med gennemsnittet, mens tre ligger under.

Samlet vurderes det, at de igangsatte indsatser er relevante og tilstrækkelige, når de implementeres fuldt ud. For en enkelt enhed, vurderer forvaltningen det nødvendigt at gennemføre den meget omfattende indsats, som er igangsat og planlagt på enheden. Yderligere har forvaltningen besluttet en intensivering af indsatser vedr. ledelse på enheden.

RESUMÉ

LÆRINGSPUNKTER TIL FORVALTNINGENS KVALITETSARBEJDE

Indsigter fra analysen af BispebjergHjemmet og den systematiske gennemgang af whistleblowersager peger i retning af et udviklingsbehov i forvaltningens arbejde med faglig kvalitet på ældreområdet.

Læringspunkterne vedrører alene faglig kvalitet inden for følgende overskrifter:

- Datadrevet opsporing af kvalitetsudfordringer
- Styrket faglig infrastruktur på enhederne
- Viden fra klager og whistleblowersager
- Styrket dokumentationspraksis
- Mere systematisk opfølgning på utilsigtede hændelser
- Mere systematisk opfølgning med handleplaner, herunder i forbindelse med whistleblowersager
- Overensstemmelse mellem faglige krav i nationale retningslinjer og forvaltningens vejledninger.

For uddybning af de enkelte læringspunkter se kapitlet om spor 5.

BAGGRUND



BAGGRUND

KONKLUSIONER FRA WHISTLEBLOWERENHEDENS RAPPORT VEDR. BISPEBJERGHJEMMET

Borgerrådgiverens whistleblowerenhed har udarbejdet en rapport vedrørende plejehjemmet Bispebjergghjemmet.

Rapporten indeholder blandt andet uddrag af borgerjournaler, og Borgerrådgiveren finder det bekræftet, at der var borgere, som ikke i alle tilfælde har modtaget den pleje og omsorg, som de havde behov for.

OM BISPEBJERGHJEMMET

Bispebjergghjemmet er beliggende i København NV. Det er et selvejende plejehjem med driftsoverenskomst med Københavns Kommune.

Plejehjemmet blev bygget i 1970 og gennemgik i 2009 en større renovering. Aktuelt har plejehjemmet plads til 90 beboere. Plejehjemmet har udelukkende somatiske plejeboligpladser.

Ledelsesgruppen består af en forstander, tre afdelingsledere samt en køkken- og serviceleder. Plejehjemmet har aktuelt et årligt budget på 44 mio. kr.

Alle boliger på plejehjemmet er toværelsesboliger. Beboerne er fordelt på seks etager, som alle har fælles opholdsstue med køkken, hvor der kan anrettes mad. Derudover har plejehjemmet et træningslokale, en café og en kolonihave.

BAGGRUND

IVÆRKSATTE HANDLINGER PÅ BISPEBJERGHJEMMET I PERIODEN 2022-2025

Her beskrives de indsatser, som forvaltningen har iværksat for at understøtte BispebjergHjemmet både før, under og efter modtagelsen af whistleblowerenhedens åbningsbrev den 26. januar 2023.

I perioden op til whistleblowerenhedens åbningsbrev havde forvaltningen et særligt fokus på BispebjergHjemmet. I efteråret 2022 stod enheden over for en væsentlig budgetreduktion som følge af ophør af bevillingsmodellen for specialmidler. Forvaltningen igangsatte derfor en afdækning af, om ændrede ressourcer kunne påvirke kvaliteten af den pleje og omsorg, som beboerne på plejehjemmet modtog. I afdækningsarbejdet indgik observationsstudier af de borgere, der havde udløst ekstraordinære midler til plejehjemmet.

I afdækningen fik forvaltningen øje på følgende udfordringer med kvaliteten:

- håndtering af hjælp og støtte til borgeres social- og plejefaglige behov
- organisering og tilrettelæggelse af plejen og fordeling af personaleressourcer
- bekymring for de ansattes arbejdsmiljø og borgernes trivsel, da personaleressourcerne blev reduceret på grund af reduktionen i tildelingen af specialmidler.

I perioden 2023-2025 blev der derfor iværksat en tæt, faglig understøttelse med en række indsatser:

- Organisatorisk understøttelse og understøttelse af kvalitetsarbejdet
- Lederunderstøttelse
- Kompetenceudvikling af medarbejdere
- Styrkelse af dokumentationspraksis
- Supervisionsforløb via Arbejdsmiljø København
- Måltrettet understøttelse af samarbejdet med pårørende
- Sundhedsfaglig opkvalificering i medicin håndtering for alle medarbejdere
- Konstituering og efterfølgende ansættelse af ny forstander som led i stabiliseringen af enheden.

Efter modtagelse af åbningsbrevet fra whistleblowerenheden gennemførte forvaltningen en journalgennemgang af de borgere, som sagen handler om.

BAGGRUND

TASKFORCENS FORMÅL OG ORGANISERING

I forlængelse af, at Sundheds- og Omsorgsforvaltningen (SUF) den 4. august 2025 modtog rapporten fra Borgerrådgiverens whistleblowerenhed med kritik af forholdene på Bispebjerghjemmet, bad Sundheds- og Omsorgsborgmesteren om en gennemgang af kvaliteten på plejehjemmet i dag og i 2022. Til at løse opgaven nedsatte forvaltningen en intern taskforce, som skulle løse opgaven herunder sikre, at de eksterne og uvildige undersøgelser blev gennemført.

Formålet med taskforcen er:

- at skabe gennemsigtighed om den faglige kvalitet på Bispebjerghjemmet både historisk og i den aktuelle praksis
- at tilvejebringe en samlet redegørelse for den faglige kvalitet i de omtalte sager fra 2022 og frem – med fokus på både de konkrete hændelser dengang og den nuværende status for de berørte borgere
- at gennemgå whistleblowersager vedrørende faglig kvalitet i SUF for at identificere, om der er andre sager, der kræver særlig opmærksomhed
- at identificere læringspunkter på tværs af taskforcens spor, og identificere centrale tværgående temaer og forbedringsområder, der kan styrke forvaltningens fremadrettede kvalitetsarbejde.

Taskforcen er forankret i forvaltningens Center for Økonomi og Kvalitet og kan trække på kompetencer fra hele forvaltningen, herunder sundhedsfaglige kompetencer .

I organiseringen omkring taskforcen har der været fokus på, at deltagende ledere og medarbejdere ikke tidligere har været involveret i sagerne.

På de næste slides beskrives taskforcens fem spor samt den tilgang og det grundlag, der har været styrende for arbejdet.

TASKFORCENS FEM SPOR

Taskforcens arbejde er organiseret i fem spor (se herunder), som udgør grundlaget for denne afrapportering.

Figur 1: Oversigt over taskforcens fem spor



Dataindsamlingen for spor 1, 2 og 4 er afsluttet senest med udgangen af oktober 2025. Spor 3 blev igangsat med politisk godkendelse den 13. november. Data- og analysearbejdet for dette spor er foretaget ultimo november til primo december 2025.

TILGANG OG GRUNDLAG FOR ARBEJDET

Dette afsnit giver et overblik over, hvordan undersøgelserne i de fem spor er gennemført, og hvilket grundlag vurderingerne bygger på.

Spor 1: 360-graders analyse af den faglige kvalitet på plejehjemmet (fokus på 2025)

Spor 1 giver et overordnet billede af kvaliteten på Bispebjerghjemmet med fokus på 2025. Arbejdet består af en *datagennemgang* og en *journalgennemgang*.

Datagennemgangen bygger på forvaltningens brugerundersøgelser, klager, ledelses- og personaledata (fx sygefravær og personaleomsætning, økonomiplysninger) samt data fra kommunale og statslige tilsyn og sundhedsfaglige indikatorer (fx indlæggelser). Datagennemgangen har fokus på situationen i 2025. I det omfang det er muligt, er der også fokus på udviklingen siden 2022. Gennemgangen belyser dermed borgernes oplevelse af kvalitet, plejefaglige og sundhedsfaglige forhold samt organisatoriske forhold, der påvirker kvaliteten på plejehjemmet i dag.



Journalgennemgangen omfatter 20 borgerjournaler. Otte journaler er fra borgere, der indgik i whistleblowerrapporten fra 2022 og som stadig bor på plejehjemmet i 2025. De sidste 12 borgerjournaler er udvalgt ved lodtrækning blandt andre beboere fra Bispebjerghjemmet i 2025. Gennemgangen vurderer først kvaliteten i plejen i dag, herunder om borgerne modtager den nødvendige og planlagte pleje og omsorg. Derudover vurderes det, om der er fundet eksempler på kritiske eller alvorlige hændelser. Endelig vurderes kvaliteten af den sundheds- og sygeplejefaglige dokumentation, herunder om borgernes behov, planlagte og udførte indsatser, medicin håndtering og faglige opfølgning er dokumenteret på en måde, der lever op til gældende retningslinjer og understøtter en sammenhængende pleje.

Spor 2 - Uvildig vurdering af kvaliteten på Bispebjerghjemmet (fokus på 2025)

Forvaltningen har rettet henvendelse til Ældretilsynet med henblik på at få en uvildig vurdering af den faglige kvalitet på Bispebjerghjemmet i 2025. Det nye, uvildige ældretilsyn har derfor gennemført et reaktivt tilsyn på plejehjemmet. Tilsynet bygger på interview med beboere, pårørende, medarbejdere og ledelsen og vurderer kvaliteten ud fra ældrelovens tre værdier: Selvbestemmelse, tillid til medarbejdere og borgernær ledelse samt samspil med pårørende og civilsamfund.

TILGANG OG GRUNDLAG FOR ARBEJDET

Spor 3: Uvildig gennemgang af 25 borgerjournaler udleveret til whistleblowerenheden (2022-fokus)

Spor 3 er en ekstern, uvildig undersøgelse af de 25 borgerjournaler, som indgår i whistleblowerenhedens rapport. Undersøgelsen er udført af konsulentfirmaet PS!improve (herefter PS!) under Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

PS! har gennemført en systematisk journalgennemgang og vurderet, om der i de pågældende forløb er handlet fagligt korrekt og rettidigt i forhold til borgernes tilstand, behov og eventuelle kritiske episoder. Undersøgelsen belyser derudover, om kvaliteten i de udvalgte forløb samlet set levede op til gældende lovgivning og kommunens faglige standarder på tidspunktet, og vurderer kvaliteten af den pleje-, omsorgs- og sygeplejefaglige dokumentation.



Spor 4 - Kortlægning af whistleblowersager

Spor 4 er en systematisk gennemgang af whistleblowersager, som omhandler sundheds- og omsorgsfaglig kvalitet på borgernære enheder i hele forvaltningen – ikke kun på Bispebjergghjemmet. Gennemgangen dækker både afsluttede og igangværende sager. For hver sag indsamles fakta om sagen og forvaltningens faglige håndtering, så det kan vurderes, om der eventuelle kvalitetsproblemer er blevet håndteret tilstrækkeligt.

Spor 5 - Læringspunkter til forvaltningen fremtidige kvalitetsarbejde

Spor 5 samler op på de læringspunkter, der udspringer af taskforcens arbejde og peger på udviklingsbehov i forvaltningens arbejde med faglig kvalitet på ældreområdet. Her fremgår en række temaer og forbedringsområder med betydning for hele ældreområdet, som kan indgå i det videre arbejde med at styrke kvaliteten i pleje- og omsorgsindsatsen.

SPOR 1: 360-GRADERS ANALYSE AF DEN FAGLIGE KVALITET

SPOR 1: OPSAMLING

SAMLET VURDERING

Formålet med spor 1 er at give et samlet billede af kvaliteten på BispebjergHjemmet i 2025. Sporet indeholder både en gennemgang af tilgængelige data fra 2022-2025 og en gennemgang af 20 journaler fra beboere, som bor på BispebjergHjemmet i 2025. Otte af disse beboeres journaler indgik også i whistleblowersagen i 2022, da de også dengang boede på BispebjergHjemmet og var omfattet af whistleblowerenhedens undersøgelse.

Tværgående resultater

Taskforcens dataanalyse viser, at BispebjergHjemmet siden 2022 har haft perioder med organisatorisk ustabilitet, herunder flere ledelsesskift, en høj personaleomsætning og en høj andel ufaglærte medarbejdere. De kommunale og statslige tilsyn fra perioden afspejler en progression i resultater med nogle fortløbende opmærksomhedspunkter. Der bør fortsat være fokus på en relativt høj personaleomsætning og en høj andel ufaglærte medarbejdere.

På tværs af kilderne er en række forhold, som har betydning for kvaliteten i den daglige praksis og for opgaveløsningen omkring beboerne:

Stabiliteten på plejehjemmet har været påvirket af flere ledelsesskift og høj personaleomsætning

Data viser en periode bagud i tid med organisatorisk ustabilitet, hvor personaleomsætningen har ligget over forvaltningens gennemsnit, og ledelsen er skiftet flere gange siden 2022. Personaleomsætningen er stadig høj, og det kan have betydning for kontinuitet, overdragelse af viden og forankring af arbejds gange.

Borgeroplevet kvalitet er stabil med enkelte opmærksomhedspunkter i kommunikationen
Undersøgelser af beboernes tilfredshed og et gennemsyn af klager viser samlet et tilfredshedsniveau cirka på niveau med forvaltningens øvrige plejehjem, og peger på enkelte opmærksomhedspunkter i kommunikationen og dialogen mellem beboere, pårørende og medarbejdere.



SPOR 1: OPSAMLING

Tilsynsresultater og sundhedsfaglige indikatorer skiller sig ikke væsentligt ud fra forvaltningens øvrige plejehjem

Ældretilsynet vurderede i et tilsyn i oktober 2025, at Bispebjergghjemmet har "god kvalitet", som er den bedste ud af tre kategorier (uddybes i spor 2).

De i alt seks faglige tilsyn, som Bispebjergghjemmet har modtaget i perioden 2022-2025, afspejler en progression i resultater med nogle opmærksomhedspunkter inden for bl.a. borgerinddragelse, kontinuitet blandt medarbejdere, hygiejne, måltidsområdet og nødkald.

Data for indlæggelser og urinvejsinfektioner skiller sig ikke væsentligt ud fra forvaltningens øvrige plejehjem. Antallet af indberettede utilsigtede hændelser på Bispebjergghjemmet ligger i perioden på et lavere niveau end forvaltningen samlet set og skal fortolkes i sammenhæng med forskelle i rapporteringspraksis.

Sammenhæng og klarhed i opgaveløsningen kan styrkes gennem styrket dokumentation
Journalgennemgangen viser, at dokumentationen i 2025 samlet set er tilfredsstillende. Der ses dog enkelte mangler i dokumentationen vedr. systematik, evaluering og registrering. Disse forhold kan medføre uklarhed om planlagte indsatser og opfølgning og dermed påvirke kontinuiteten i plejen. De identificerede mangler i journalerne vurderes ikke at have haft direkte indflydelse på patientsikkerheden.



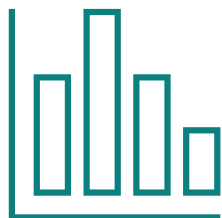
SPOR 1: DATAGENNEMGANG

DATAGENNGANG – DATAGRUNDLAG OG LÆSEVEJLEDNING

På de følgende slides præsenteres datagrundlag og resultater for taskforcens gennemgang af tilgængelige data. Datagennemgangen har fokus på kvaliteten på BispebjergHjemmet i 2025 og - i det omfang det er muligt - på udviklingen siden 2022.

GENNEMGANG AF DATA

Datagennemgangen bygger på data fra forvaltningens brugerundersøgelser, oplysninger fra forvaltningens klagerregistreringssystem, forvaltningens ledelses- og personaledata (fx sygefravær og personaleomsætning, økonomioplysninger), sundhedsfaglige indikatorer (fx indlæggelser) samt rapporter fra kommunale tilsyn, statslige tilsyn og det nye, uvildige ældretilsyn.



Datagennemgangen er opdelt i fire hovedområder:

- Borgeroplevet kvalitet
- Ledelse og økonomi
- Organisatorisk kvalitet
- Sundhedsfaglig kvalitet og borgersikkerhed.

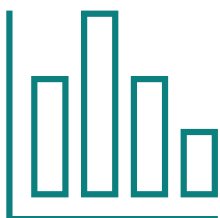
For at understøtte læsevenlighed er der indsat figurer, hvor datagrundlaget eller analysens pointer med fordel kan visualiseres.

BORGEROPLEVET KVALITET

BORGERNES OPLEVELSE

Den borgeroplevede kvalitet belyser, hvordan beboere og pårørende oplever plejen, hverdagslivet og samarbejdet med personalet. Det er centralt, fordi borgernes oplevelser giver indblik i trivsel, tryghed og relationer – forhold som ikke nødvendigvis fremgår af de sundhedsfaglige indikatorer, men som har stor betydning for den samlede kvalitet.

Afsnittet bygger på resultater fra forvaltningens årlige brugerundersøgelse (BRUS) blandt beboerne (udføres af analysebureauet Epinion). Derudover bygger afsnittet på registrerede klager i forvaltningens klageregistreringssystem i perioden 2022–2025.



Brugerundersøgelse (BRUS)

De spørgsmål, som forvaltningen normalt anvender i tværgående analyser af beboernes oplevelser, har fem svarkategorier, som opgøres på en skala fra 1-5, hvor 5 er det bedste. Resultaterne viser, at beboernes samlede tilfredshed med at bo på Bispebjerghjemmet ligger på et stabilt niveau og overvejende svarer til gennemsnittet for kommunens øvrige plejehjem i hele perioden. I 2023 sås et mindre fald i den samlede tilfredshed, men i 2024 ligger den samlede tilfredshed på 3,9 svarende til forvaltningens gennemsnit. Den omsorgsfaglige kvalitet – som omfatter i hvilken grad beboerne oplever, at medarbejderne forstår og imødekommer deres behov – ligger både i 2023 og 2024 på 3,5, hvilket er lidt under gennemsnittet på 3,7 for alle kommunens plejehjem.

Klager vedr. Bispebjerghjemmet

Klager giver et supplerende indblik i beboere og pårørendes oplevelse af kvalitet og samarbejde. Klager kan imidlertid ikke i sig selv anvendes som en direkte indikator for kvaliteten på et plejehjem uden en nærmere vurdering af indhold og kontekst. I perioden 1. januar 2022 til 31. oktober 2025 er der otte formelle, registrerede klager i forvaltningens klageregistreringssystem over forhold på Bispebjerghjemmet. Klagerne varierer i tyngde og indhold og omhandler blandt andet kommunikation og inddragelse, oplevelser af manglende information eller dialog, medicinbehandling, praktisk hjælp og hygiejne samt oplevelser af manglende støtte fra ledelsen. Klagerne er behandlet og besvaret, og der er iværksat fagligt relevante indsatser på baggrund af en konkret vurdering i den enkelte sag.

LEDELSE OG ØKONOMI

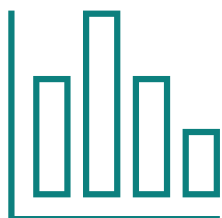
LEDELSE OG ØKONOMI

Ledelse og økonomi udgør væsentlige rammebetingelser for at sikre stabil drift og kontinuitet i plejen. Ledelsesmæssig stabilitet har betydning for arbejdsmiljø, trivsel og faglig opfølgning, mens overholdelse af de økonomiske rammer giver en indikation på stabiliteten i driften.

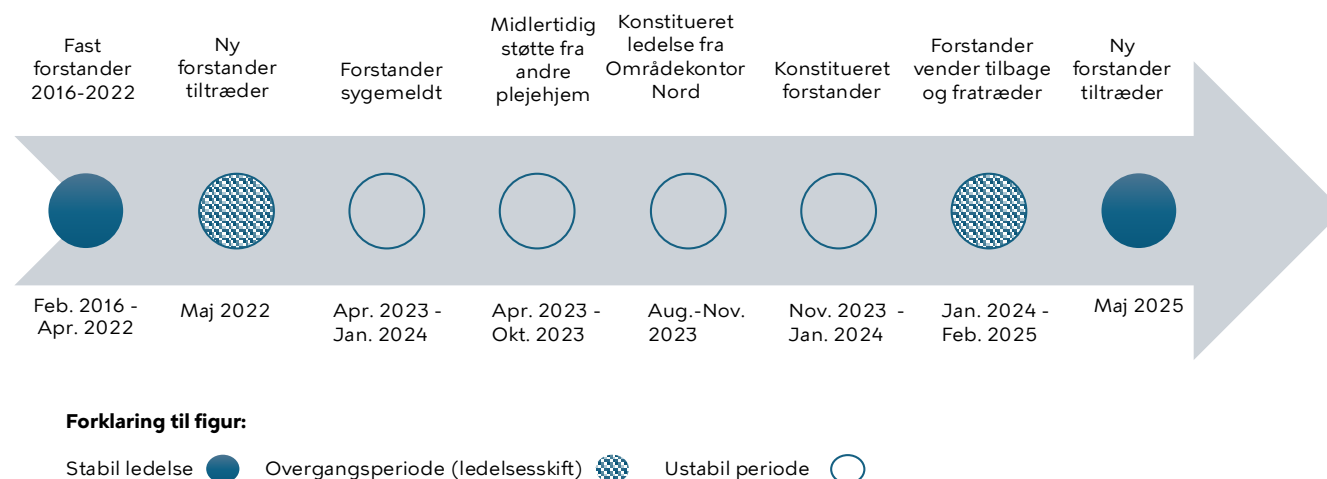
Afsnittet bygger på oplysninger om ledelsesskift og organisatoriske forhold på Bispebjerghjemmet i perioden 2022-2025 samt forvaltningens budget- og regnskabsdata for samme periode.

Ledelse

I perioden 2022-2025 har Bispebjerghjemmet haft flere ledelsesskift og perioder med konstitueret ledelse, hvilket har påvirket den organisatoriske ro og de overordnede rammer for driften. I maj 2025 tiltrådte en ny forstander, hvilket forventes at bidrage positivt til øget stabilitet og styrket faglig infrastruktur i den kommende periode. Se figur herunder, som viser tidslinjen for ledelsesmæssige skift på Bispebjerghjemmet.



Figur 1: Tidslinje for ledelsesmæssige skift på Bispebjerghjemmet (2022-2025)



LEDELSE OG ØKONOMI

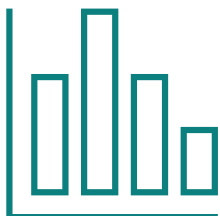
Økonomi

Bispebjergghjemmets finansiering fra specialmidler blev i perioden 2022–2025 væsentlig reduceret som følge af forvaltningens generelle omlægning af de såkaldte "specialmidler".

Specialmidlerne var en økonomisk pulje med midler, der kunne tildeles til plejehjem med borgere med særligt komplekse eller omfattende plejebenhov. Omlægningen skete som konsekvens af en generel omlægning af puljen for alle plejehjem, hvor specialmidlerne samlet set blev på plejhjemsområdet med en anden fordeling mellem plejehjem.

I 2022 modtog Bispebjergghjemmet 5,4 mio. kr. i specialmidler, men fra 2023 reduceredes beløbet til under 1 mio. kr., og bortfaldet blev kun delvist udlignet af et mindre budgetløft. Samlet set indebar omlægningen en betydelig budgetreduktion i 2023 for Bispebjergghjemmet. På trods af de reducerede økonomiske rammer har Bispebjergghjemmet haft relativt små afvigelser mellem budget og regnskab i perioden 2023–2025 typisk inden for 1–2 pct. af budgettet suppleret af enkelte mindre målrettede tilførsler, blandt andet til stigende fødevareudgifter.

I hele perioden (2022–2025) har forvaltningen været opmærksom på både den ledelsesmæssige situation på Bispebjergghjemmet og de ændrede økonomiske rammer, og er iværksat forskellige understøttende tiltag for at fastholde økonomisk og driftsmæssig stabilitet på plejehjemmet.

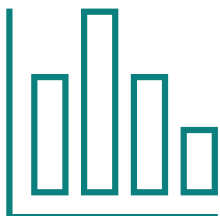


ORGANISATORISK KVALITET

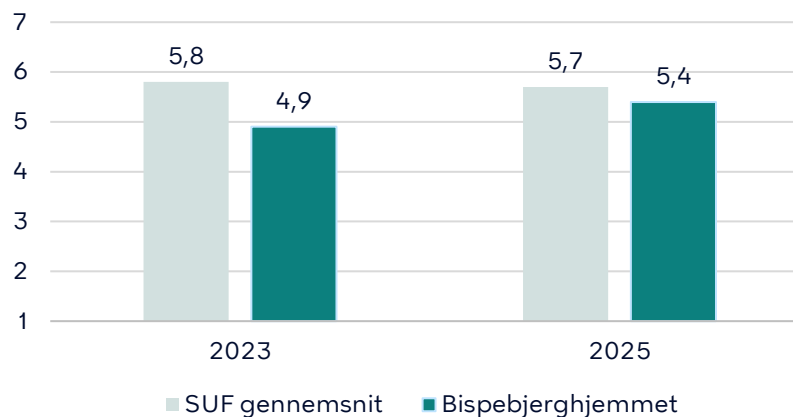
MEDARBEJDERNES TRIVSEL OG ORGANISATORISKE FORHOLD

Organisatorisk kvalitet belyser de rammer, der har betydning for, hvordan plejen kan leveres i praksis. Faktorer som sygefravær, personaleomsætning og andel af ufaglærte medarbejdere har betydning for kontinuitet og faglig kapacitet, mens medarbejdertrivsel giver en indikation af arbejdsmiljøet. Afsnittet bygger på forvaltningens ledelses- og personaledata for perioden 2022–2025, herunder indikatorer for sygefravær, personaleomsætning, andel ufaglærte medarbejdere og medarbejdertrivsel.

Medarbejdertilfredsheden er i 2025 på 5,4 på en skala fra 1 til 7, hvilket er lidt under forvaltningens gennemsnit på 5,7. Ved målingen i 2023 var medarbejdertilfredsheden på BispebjergHjemmet 4,9, mens gennemsnittet i forvaltningen var 5,8. Det indikerer en positiv udvikling i medarbejdertilfredsheden på BispebjergHjemmet.



Figur 2: Medarbejdertilfredshed 2023 og 2025

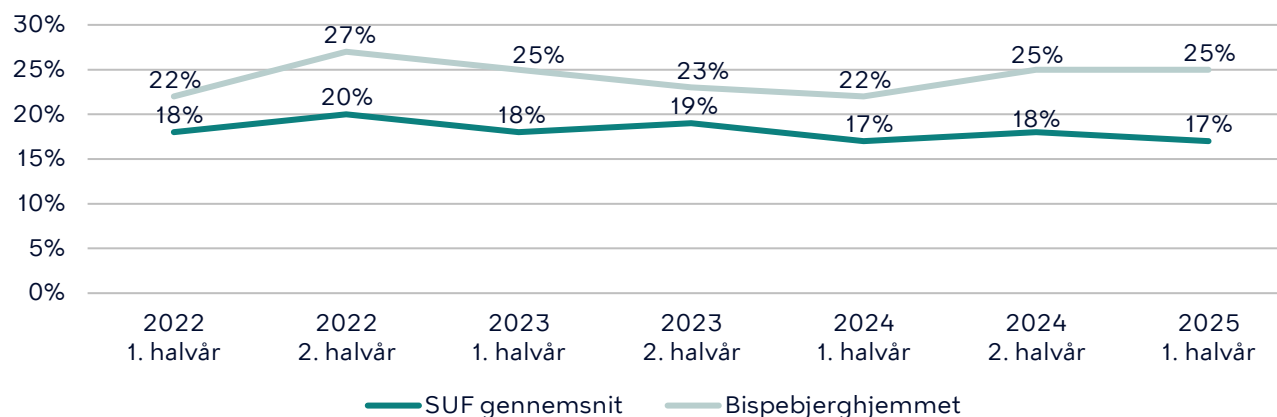


Kilde: Trivselsundersøgelse 2023 og 2025, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.
Spørgsmål: 'Er du tilfreds med dit job som helhed, alt taget i betragtning?'

ORGANISATORISK KVALITET

Andelen af ufaglærte medarbejdere på Bispebjerghjemmet udgør 25 %, hvilket er væsentligt over gennemsnittet på 17 % på tværs af kommunens plejehjem. Niveauet har været stabilt over tid, hvilket – alt andet lige – indikerer, at den faglige kapacitet på Bispebjerghjemmet fortsat bør være et opmærksomhedspunkt. Se figur herunder.

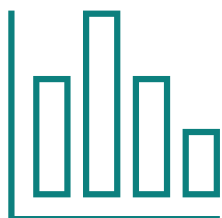
Figur 3: Udvikling i andel ufaglærte medarbejdere 2022-2025



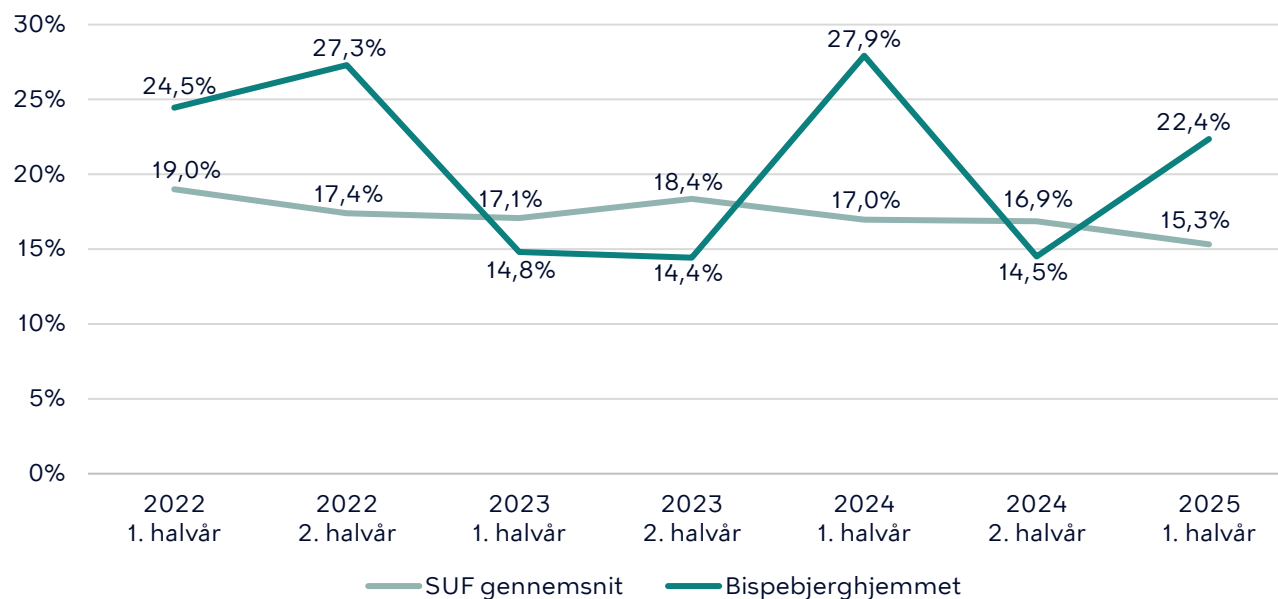
Note: Andelen viser den procentvise andel af medarbejdere uden en sundheds- eller plejefaglig uddannelse blandt det samlede plejepersonale i den pågældende halvårsperiode. Kun enhedernes egne tilknyttede medarbejdere indgår. Eksterne vikarer samt vikarer fra forvaltningens centrale vikarkorps indgår ikke. Disse vikarer er alle uddannede, og ville dermed trække andelen af ufaglærte på enhederne ned, hvis det var muligt at inkludere dem i opgørelsen.

ORGANISATORISK KVALITET

Personaleomsætningen er stadig høj i 2025. I første halvår af 2025 er omsætningen 22,4 %, hvilket er markant over gennemsnittet for kommunens plejehjem på 15,3 %. Niveauet har svinget betydeligt siden 2022 med den højeste omsætning i 2024 og den laveste i 2023. Det afspejler, at der har været en vis ustabilitet i medarbejdergruppen og ledelsen. Se figur herunder.



Figur 4: Udvikling i personaleomsætning 2022-2025

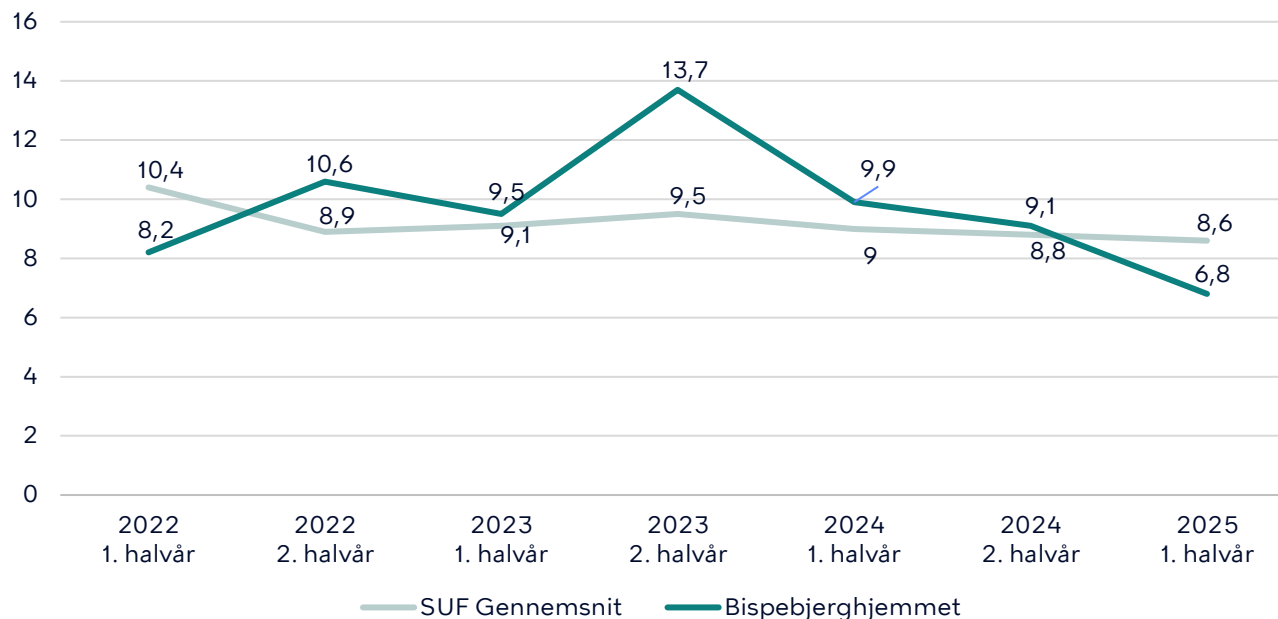


Note: Personaleomsætningen opgøres som antallet medarbejdere, der har forladt plejehjemmet i den pågældende halvårsperiode, udregnet som en andel af det samlede antal ansatte.

ORGANISATORISK KVALITET

Sygefraværet er i første halvår af 2025 på 6,8 dage pr. medarbejderårsværk. Det er lavere end gennemsnittet for kommunens plejehjem, som ligger på 8,6 dage. Det markerer en positiv udvikling efter et højere fravær i især 2023. Se figur herunder.

Figur 5: Udviklingen i antal fraværsdage pr. årsværk 2022-2025



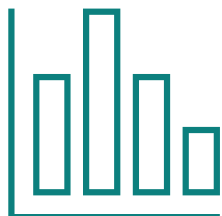
Note: Sygefraværet opgøres som gennemsnitligt antal fraværsdage pr. årsværk i den pågældende halvårsperiode. Tallene kan derfor ikke sammenlignes direkte med årlige opgørelser.

SUNDHEDSFAGLIG KVALITET OG BORGERSIKKERHED

DEN SUNDHEDSFAGLIGE INDSATS I PLEJEN

Afsnittet belyser den sundhedsfaglige kvalitet og borgersikkerheden på Bispebjerghjemmet. Afsnittet bygger på tilsynsrapporter fra kommunale tilsyn efter serviceloven udført af den eksterne samarbejdspartner BDO, statslige tilsyn gennemført af Styrelsen for Patientsikkerhed, det nye, uvildige ældretilsyn samt forvaltningens sundheds- og omsorgsfaglige indikatorer for perioden 2022-2025.

De faglige tilsyn giver et samlet billede af, hvordan pleje, omsorg og ledelse fungerer i praksis, og om indsatsen lever op til lovgivningens krav. De sundhedsfaglige indikatorer belyser mere specifikke sundhedsfaglige forhold, som fx i hvilket omfang beboerne bliver indlagt. Derudover indgår data, som siger noget om plejehjemmets evne til læring og forebyggelse af utilsigtede hændelser i den sundhedsfaglige indsats.



Faglige tilsyn

Taskforcens gennemgang af de seks foreliggende tilsynsrapporter fra perioden 2022-2025 viser, at Bispebjerghjemmet overordnet lever op til krav og standarder i de faglige tilsyn. Der ses en positiv udvikling over årene, hvor organiseringen af det interne kvalitetsarbejde gradvist styrkes.

Tilsynene arbejder ud fra en lærende tilgang, hvor identificerede opmærksomhedspunkter ikke nødvendigvis afspejler alvorlig kritik, men peger på områder med udviklings- og forbedringspotentiale. Tilsynene har haft nogle opmærksomhedspunkter, som Bispebjerghjemmet har arbejdet med, bl.a. inden for borgerinddragelse, kontinuitet blandt medarbejdere, hygiejne, måltidsområdet og nødkald, hvor enkelte beboere i 2022 og 2025 ikke har oplevet tilstrækkelig hurtig responstid. Ledelsen har fulgt op konkret på disse beboeres oplevelser og i rapporten fra det nye, uvildige Ældretilsyn fremgik en dialog om den tekniske løsning, som der følges op på.

I 2025 beskriver tilsynet en mere formaliseret organisering med nøglepersoner og faste mødefora, som adresserer flere af de udfordringer, der tidligere er identificeret. Samtidig peger tilsynene på, at der fortsat er behov for ledelsesmæssig opmærksomhed på kontinuitet i plejen, implementering af nye krav i ældreloven og balancen mellem rehabilitering og omsorg. Samlet viser tilsynene således både forbedringer og områder, hvor kvaliteten fortsat skal udvikles.

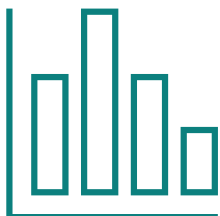
SUNDHEDSFAGLIG KVALITET OG BORGERSIKKERHED

Indlæggelser og urinvejsinfektioner

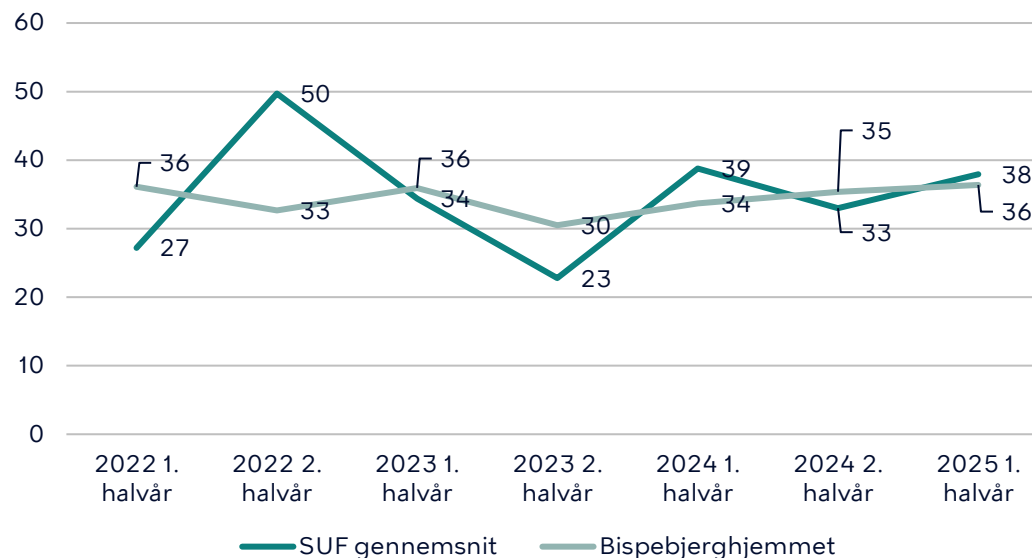
Det er relevant at supplere mere generelle kilder, som fx tilsyn med smallere og mere specifikke, sundhedsfaglige indikatorer for fx indlæggelser og urinvejsinfektioner (UVI).

Hyppige indlæggelser og UVI blandt beboerne kan i nogle tilfælde forebygges gennem god hygiejne, tæt observation og tidlig indsats. Et lavt niveau kan derfor afspejle en stærk forebyggende praksis. Indikatorerne giver dermed et indblik i, hvordan plejehjemmet arbejder med forebyggelse, trivsel og faglig forsvarlig behandling.

Antallet af UVI og indlæggelser blandt Bispebjergghjemmets beboere ligger på linje med kommunens øvrige plejehjem. Se figur over antal indlæggelser herunder.



**Figur 6: Antal indlæggelser pr. 100 beboere
2022-2025**



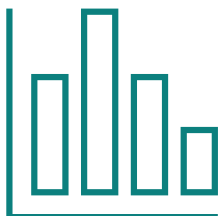
SUNDHEDSFAGLIG KVALITET OG BORGERSIKKERHED

Utsigtede hændelser

En utilsigtet hændelse (UTH) er en hændelse, som opstår i forbindelse med sundhedsfaglig virksomhed, som har medført eller kunne have medført skade for borgeren og som kan bidrage til læring. Formålet med at registrere og indberette UTH'er er at understøtte læring og forebygge at de samme UTH'er sker fremover.

Antallet af rapporterede UTH'er på Bispebjergghjemmet har været faldende fra 2022 til 2024. I 2025 er der rapporteret 67 UTH'er frem til 31. oktober. Det faldende antal adskiller sig fra udviklingen i forvaltningen som helhed, hvor antallet har været stigende.

Den generelle stigning kan skyldes, at flere enheder benytter samlerapportering. Det er en forenklet rapporteringsform for hændelser, der har haft begrænset eller ingen konsekvens for beboeren. Bispebjergghjemmet har kun samlerapporteret i nogle måneder af 2025, hvilket muligvis kan bidrage til forklaring af, hvorfor antallet ikke er stigende der.



SPOR 1: JOURNALGENNEMGANG

JOURNALGENNEMGANG – DATAGRUNDLAG OG METODE

Som en del af taskforcens arbejde i spor 1 med at vurdere den faglige kvalitet på Bispebjerghjemmet, har forvaltningens sundhedsfaglige auditører gennemført en systematisk gennemgang af 20 borgerjournaler for beboere på Bispebjerghjemmet i 2025. Der er typisk en klar sammenhæng mellem høj faglig kvalitet i den udførte pleje og kvaliteten af dokumentationen. Derfor giver journalgennemgangen et vigtigt indblik i, om den faglige praksis er understøttet af en fyldestgørende og korrekt dokumentation. Dette afsnit beskriver, hvordan journalgennemgangen er gennemført og hvilket grundlag vurderingerne hviler på.

FORMÅL

Journalgennemgangen har til formål at vurdere:

- om den dokumenterede indsats over for beboerne er i overensstemmelse med gældende lovgivning og kommunens faglige standarder
- kvaliteten af den pleje-, omsorgs- og sygeplejefaglige dokumentation i borgerjournalerne.

Figuren viser de forskellige trin i journalgennemgangen.

Figur 7: Fremgangsmåde for gennemgang af journaler for 20 beboere i 2025



JOURNALGENNEMGANG – MULIGHEDER OG BEGRÆNSNINGER I METODEN

Her beskrives dokumentationens betydning for kvaliteten i plejen og hvilken viden en journalgennemgang giver som metode.

Overordnet formål med dokumentation

- Den sundhedsfaglige dokumentation skal sikre, at beboeren får korrekt pleje, omsorg og behandling ud fra sin samlede situation.
- Dokumentation er afsæt for planlægning, udførelse og evaluering af korrekt pleje, omsorg og behandling til beboeren og skaber sammenhæng i indsatsen mellem fagpersoner.
- Observationer dokumenteres for at kunne følge ændringer i beboerens tilstand, vurdere effekten af indsatser og sikre, at der handles rettidigt, hvis beboerens behov ændrer sig.
- Kvaliteten af dokumentationen er derfor en vigtig indikator for kvaliteten af den pleje, som leveres – jo mere præcis, rettidig og systematisk dokumentationen er, desto bedre mulighed er der for at levere en sikker og sammenhængende indsats til beboeren.

Journalgennemgang som metode

- Journalgennemgang er en systematisk metode til at vurdere kvaliteten af den pleje-, omsorgs- og sygeplejefaglige dokumentation som grundlag for faglig vurdering og patientsikkerhed.
- Journalgennemgangen er et værktøj til at se, om journalerne giver et passende og tilstrækkeligt billede af beboerens behov, indsatser og faglige opfølgning. Den giver samtidig indikationer på kvaliteten af den pleje, der er leveret.
- Gennemgangen vurderer det dokumenterede grundlag – herunder om væsentlige ændringer, afvigelser og opfølgninger fremgår.
- Vurderingerne i journalgennemgangen er alene baseret på det, som står i journalerne. En fuld vurdering af kvaliteten i plejen kan kun ske, hvis journalmateriale kombineres med fx observation af de konkrete plejesituationer, hvor stemningen, dialogen mellem medarbejder og beboer, berøringer mv. kan tages i betragtning.

JOURNALGENNEMGANG - DATAGRUNDLAG OG METODE

FREMGANGSMÅDE OG METODE

Forvaltningens sundhedsfaglige auditører har som led i undersøgelsen gennemgået i alt 20 borgerjournaler fra beboere, som i 2025 bor på BispebjergHjemmet:

- 8 journaler vedrører beboere, hvis journaler indgik i whistleblowersagen fra 2022 og som stadig bor på plejehjemmet i 2025.
- 12 journaler er tilfældigt udtrukket blandt de øvrige beboere på plejehjemmet. Alle beboere blev tildelt et nummer, hvorefter der skete en tilfældig lodtrækning af 12 numre.

Journalgennemgangen omfatter perioden 1. januar til 30. juni 2025. Perioden efter 1. juli er ikke inkluderet, da dokumentationspraksis er ændret med Ældreloven.

For hver journal er der lavet et nedslagspunkt den 15. i fortløbende måneder i perioden. Dvs. for journal 1 er nedslagspunktet den 15. januar 2025, for journal 2 er nedslagspunktet den 15. februar 2025 og så fremdeles. Ud fra det pågældende nedslagspunkt gennemgås journalen 30 dage før nedslagspunktet og 30 dage efter.

Hver journal er gennemgået af to sundhedsfaglige auditører for at sikre størst mulig reliabilitet i vurderingerne. Journalgennemgangen er indledt med en "kalibreringsøvelse", hvor alle auditører gennemgik de første to journaler for at afstemme den faglige læsning og sikre ensartet datahentning.



JOURNALGENNEMGANG – DATAGRUNDLAG OG METODE

Metode: Vurdering af den enkelte borgerjournal i 2025

Hver journal er vurderet ud fra faste undersøgelsesspørgsmål. Der ses på, om dokumentationen beskriver beboerens helbred, pleje- og omsorgsbehov, planlagte indsatser, borgerinddragelse og medicin håndtering på en fyldestgørende måde. I journalgennemgangen er der ligeledes set efter, om der i borgerjournalerne er beskrevet alvorlige eller kritiske hændelser som følge af manglende handling på beboerens situation.

Hvert undersøgelsesspørgsmål i den enkelte journal er vurderet som "opfyldt", "delvist opfyldt" eller "ikke opfyldt":



Kategorien "opfyldt" dækker over situationer, hvor dokumentationen samlet set er tilstrækkelig, selvom enkelte oplysninger kan være placeret forkert eller har mindre mangler, som ikke påvirker den samlede kvalitet eller som ikke vurderes til at påvirke den borgernære indsats/patientsikkerhed.

Kategorien "delvist opfyldt" dækker over situationer, hvor dokumentationen er til stede, men ikke er fuldt dækkende eller ikke er placeret det korrekte sted i journalen, men som ikke vurderes at påvirke den samlede kvalitet, eller som ikke vurderes til at påvirke den borgernære indsats/patientsikkerhed.

Kategorien "ikke opfyldt" dækker over situationer, hvor dokumentationen i mindre grad er til stede eller er til stede med fejl og mangler, der kan få betydning for kvalitet eller som vurderes til at kunne have betydning for den borgernære indsats og patientsikkerhed.

JOURNALGENNEMGANG – DATAGRUNDLAG OG METODE

De kvantitative vurderinger af de enkelte journaler er efterfølgende suppleret med en faglig vurdering af, hvilken betydning eventuelle mangler kan have haft for borgerens pleje, omsorg og behandling.

Vurderingen bygger på auditørernes sundhedsfaglige viden og indgående kendskab til kommunal journalføringspraksis samt gældende nationale og kommunale retningslinjer.

Metode: Samlet opgørelse på tværs af de 20 borgerjournaler i 2025

Resultaterne er opgjort på tværs af journalerne for at vise, på hvilke områder dokumentationen og den pleje, omsorg og behandling, der er dokumenteret, lever op til kommunens standarder, og hvor der er behov for forbedring. Det kan bidrage til retning i det fortløbende arbejde med kvalitet i dokumentation på BispebjergHjemmet. Desuden foretages en samlet vurdering af, om dokumentationen som helhed – på tværs af de gennemgåede journaler – opfylder kravene inden for pleje, omsorg og sygepleje og eventuelle risici for borgersikkerheden belyses.

Dokumentationen betragtes samlet set som tilstrækkelig, hvis mindst 70 % af journalerne vurderes som "opfyldt" på et område. Hvis mere end 30 % vurderes som "ikke opfyldt", peger det på systematiske udfordringer i dokumentationspraksis, som kan have betydning for kvaliteten af den omsorg, pleje og behandling, som borgerne modtager.

Når medarbejderne dokumenterer i det elektroniske omsorgssystem CURA, skal de dokumentere indhold i forskellige faner og felter i systemet. Medarbejderne skal vide både *hvornår*, der skal dokumenteres *hvor*, der skal dokumenteres og *hvad*, der skal dokumenteres.

Dokumentation kan altså være korrekt, men placeret et forkert sted, eller den kan være placeret korrekt og være mangelfuld. Derfor indgår der i vurderingen en individuel faglig vurdering af, hvilken risiko der kan have være forbundet med manglende eller fejlplaceret dokumentation. Dokumentation betragtes derfor som tilstrækkelig, når mellem 70-100% af kravene er opfyldt.



RESULTATER

Resultat: Samlet vurdering af journalerne fra de 20 beboere i 2025

For de dele af journalerne som er gennemgået, viser journalgennemgangen af de 20 beboeres journaler, at der ikke er fundet tegn på, at beboerne mangler eller har manglet nødvendig pleje eller omsorg.

Der er heller ikke fundet beskrivelser i de undersøgte journaler, som minder om beskrivelserne fra whistleblowersagen fra 2022.

Der er i nogen grad identificeret mangler i dokumentationen. Manglerne vurderes ikke at have haft direkte konsekvenser for beboernes pleje, men de kan skabe uklarhed i opgaveløsningen og udgøre en potentiel risiko for patientsikkerheden.

Gennemgangen af journalerne viser, at dokumentationen i overvejende grad afspejler, at beboerne og deres behov er i centrum for plejen. Det kommer blandt andet til udtryk i besøgsplaner, hvor beboernes ressourcer inddrages, og hvor pleje og omsorg beskrives som udført i overensstemmelse med beboernes ønsker.

Der ses dog enkelte mangler i henvisninger til overdragede sygeplejeindsatser, enkeltindsatser og forflytningsplaner. Disse mangler kan i nogle tilfælde gøre det uklart, hvordan opgaverne skal udføres hos beboeren og kan påvirke sammenhængen i plejen.

På trods af enkelte mangler vurderes dokumentationen på tværs af de 20 gennemgåede journaler samlet set som tilfredsstillende.



RESULTATER

Resultat: Status i 2025 på de otte borgere fra whistleblowersagen i 2022

For de otte beboere, hvis journaler indgår både i journalgennemgangen anno 2025 og i whistleblowersagen fra 2022, er der – ligesom i de øvrige 12 journaler – ikke fundet tegn på manglende nødvendig pleje eller omsorg. Der er dog i de otte journaler flere mangler i dokumentationen end for de øvrige 12 journaler.

Journalgennemgangen omfatter en afgrænset periode, og det kan derfor ikke udelukkes, at der kan være relevante oplysninger i andre dele af journalen uden for den gennemgåede periode. På grund af journalgennemgangens metode og fokus på en afgrænset periode er det heller ikke muligt at vurdere, hvorfor dokumentationskvaliteten varierer mellem de otte borgere og de øvrige journaler.



I de otte journaler lever dokumentationen i nogen grad op til gældende retningslinjer og kommunens faglige standarder, mens dokumentationen for de øvrige 12 borgere i overvejende grad lever op til kravene. Manglerne i de otte journaler vedrører de samme områder som i den samlede journalgennemgang – særligt henvisninger til overdragede sygeplejeindsatser, enkeltindsatser og forflytningsplaner.

Risikoen for patientsikkerheden vurderes fortsat at være begrænset, da der ikke i gennemgangen er set kritiske eller alvorlige hændelser som følge af manglende handling på borgerens situation.

RESULTATER

RESULTAT: BETYDNING FOR PATIENTSIKKERHEDEN I 2025

Journalgennemgangen viser, at der i den gennemgåede periode ikke er identificeret kritiske eller alvorlige hændelser som dem, der er beskrevet i whistleblowersagen.

De mangler, der er identificeret i journalgennemgangen, såsom evaluering og løbende dokumentation af borgerens tilstand, vurderes at have haft mindre betydning for patientsikkerheden.

Trods mangler i journalens dokumentation er der ikke fundet direkte indikation på, at disse mangler har medført betydning for borgernes behandling. Det kan ikke udelukkes, at nogle oplysninger er blevet videreformidlet mundtligt.

Manglerne ift. registrering af administration af ikke-dispenserbar medicin kan skabe usikkerhed om, hvorvidt borgeren har modtaget den ordinerede medicin. Det betyder dog ikke nødvendigvis, at medicinen ikke er givet til borgeren. Dokumentation i journalerne indikerer ikke, at borgerne ikke har modtaget deres medicin, da der hverken er dokumenterede afvigelser i medicinadministrationen eller tegn på forværret tilstand hos borgerne, som kunne indikere en sammenhæng med manglende medicinindtag.

Den sygeplejefaglige dokumentation vurderes samlet set som god, men det anbefales at styrke dokumentationen inden for de beskrevne områder for at forebygge potentielle risici for patientsikkerheden.



RESULTATER

RESULTAT: KVALITETEN AF DOKUMENTATIONEN I 2025

Den samlede vurdering er, at dokumentationen samlet set understøtter behovet for pleje, omsorg og behandling, men at der på enkelte områder er behov for større systematik og tydeligere beskrivelser.

Af de 20 gennemgåede journaler lever 19 helt eller delvist op til kommunens faglige standarder, hvilket giver gode forudsætninger for at yde god pleje og omsorg. Én journal lever ikke op til kravene for den pleje- og omsorgsfaglige dokumentation, men opfylder delvist kravene for den sygeplejefaglige dokumentation. Dette kan i denne ene journal svække sammenhængen i plejen af beboeren og øge risikoen for fejl eller forsinket reaktion, når beboerens tilstand ændrer sig. I den gennemgåede dokumentation er der ikke fundet konkrete episoder eller hændelser, hvor borgeren har manglet nødvendig omsorg eller pleje. Der er efter journalgennemgangen fulgt op på journalen, så den nu fremstår mere fyldestgørende og sammenhængende og derved fremadrettet bedre vil understøtte god pleje, omsorg og behandling. I det følgende uddybes vurderingen af dokumentationen særskilt for hhv. 1) pleje-/omsorgsfaglig og 2) sygeplejefaglig dokumentation.



Resultat: Pleje - og omsorgsfaglig dokumentation i 2025

Pleje- og omsorgsopgaverne er som hovedregel velbeskrevne, personcentrerede og individuelt tilpassede med en tydelig faglig sammenhæng på tværs af journalen.

Dokumentationen vurderes som god i størstedelen af journalerne:

- 12 journaler vurderes *opfyldt*
- 7 journaler vurderes *delvist opfyldt*
- 1 journal vurderes *ikke opfyldt*.

Der er dog forbedringspotentialer ift.:

- Henvisninger til overdragede sygeplejeindsatser
- Forflytningsplaner
- Dokumentation af, hvordan enkelte indsatser skal udføres.

Manglerne handler primært om, at relevante oplysninger ikke altid er dokumenteret det korrekte sted i journalen. Det kan gøre dokumentationen mindre overskuelig, men ikke nødvendigvis fagligt utilstrækkelig.

RESULTATER

Resultat: Sygeplejefaglig dokumentation i 2025

Der er overvejende god kvalitet i beskrivelserne af sygeplejetilstande, helbredsoplysninger og planlagte indsatser. Dokumentationen vurderes generelt som fagligt dækkende.

- 13 journaler vurderes *opfyldt*
- 7 journaler *delvist opfyldt*
- 0 journaler vurderes *ikke opfyldt*.

På enkelte områder er der behov for forbedring, særligt ift.:



- Systematisk evaluering af indsatser
- Løbende dokumentation af ændringer i beboernes tilstand
- Registrering af ikke-dispenserbar medicin
- Dokumentation af planlagte målinger.

Når registreringen af medicin ikke er fuldstændig, kan det skabe usikkerhed om, hvorvidt beboeren har modtaget sin ordinerede medicin. Der er dog ikke fundet tegn på, at medicinen ikke er givet.

SPOR 2: UVILDIG VURDERING AF DEN FAGLIGE KVALITET PÅ BISPEBJERGHJEMMET



SPOR 2: OPSAMLING

UVILDIGT TILSYN EFTER ÆLDRELOVEN

Ældretilsynet har den 21. oktober 2025 gennemført et reaktivt tilsyn på Bispebjergghjemmet. Ældretilsynet har vurderet kvaliteten på Bispebjergghjemmet ud fra Ældrelovens tre bærende værdier, som tilsammen udgør rammen for god helhedspleje på plejehjem.

Vurderingen er baseret på interview med ledelse, medarbejdere, beboere og pårørende og tager udgangspunkt i lovens tre bærende temaer og tilhørende kvalitetsmarkører.

Ældretilsynets vurdering

Samlet vurderer Ældretilsynet, at Bispebjergghjemmet fremstår med god kvalitet og vurderer, at der ikke er væsentlige udfordringer med kvaliteten i helhedsplejen.

Ældretilsynet ser en systematisk og metodisk tilgang til helhedsplejen, og alle kvalitetsmarkører inden for hver af Ældrelovens tre temaer er opfyldt.

Ældretilsynet vurderer, at Bispebjergghjemmet med fordel kan have fokus på at arbejde videre med at understøtte kvaliteten i helhedsplejen indenfor kontinuitet i opgaveløsningen, besvarelse af nødkald og den fortsatte implementering af elementerne i den nye Ældrelov.

Ældretilsynets skriftlige tilbagemelding på tilsynet findes i bilag 1 og beskrives lidt mere uddybende på de kommende slides.



OM TILSYNET

TILSYNETS GENNEMFØRELSE

Ældretilsynet har den 21. oktober 2025 gennemført et tilsyn på BispebjergHjemmet efter Ældreloven.

Tilsynet har gennemført interview med tre borgere og tre pårørende. Derudover har tilsynet gennemført interview med i alt 17 medarbejdere og ledere på BispebjergHjemmet. Det omfatter forstanderen og tre afdelingsledere samt en sundhedsfaglig konsulent. Derudover har tilsynet talt med tre sygeplejersker, seks social- og sundhedsassistenter, tre social- og sundhedshjælpere og én aktivitetsmedarbejder.

De tre temaer i vurderingskonceptet

Ældretilsynet fører tilsyn med kvaliteten i helhedsplejen og har vurderet kvaliteten ud fra Ældrelovens tre bærende værdier, som tilsammen udgør rammen for god helhedspleje på plejehjem:



Den ældres selvbestemmelse

Tilsynet har taget udgangspunkt i, at selvbestemmelse afspejles ved borgerens løbende indflydelse på den hjælp og støtte, som borgeren modtager i det daglige. Selvbestemmelse skal ske i overensstemmelse med borgerens aktuelle livssituation fra start til slut i et forløb.

Tillid til medarbejderne og den borgernære ledelse

Tilsynet har vurderet, hvordan faglige beslutninger foregår i mødet mellem borgeren og de udførende medarbejdere. Borgernær ledelse indebærer ifølge vurderingsmodellen bl.a., at ledelsen er tilgængelig, sikrer faglig sparring i det daglige og giver medarbejderne ansvar og medbestemmelse i tilrettelæggelse og udførelse af hjælpen.

Et tæt samspil med pårørende, lokale fællesskaber og civilsamfund

Tilsynet tager udgangspunkt i, at en helhedsorienteret indsats har blik for, at pårørende er en vigtig del af borgerens liv, og at et godt samspil indebærer et gensidigt og ligeværdigt samarbejde. Pårørende kan være en vigtig samarbejdspartner i den daglige hjælp og støtte, og lokale fællesskaber og civilsamfund kan have betydning for borgerens deltagelse i meningsfulde aktiviteter.

ÆLDRETILSYNETS VURDERING

ÆLDRETILSYNETS SAMLEDE VURDERING

Samlet vurderer Ældretilsynet, at Bispebjergghjemmet fremstår med god kvalitet, som er den bedste vurdering ud af tre mulige. Tilsynet vurderer, at der ingen væsentlige udfordringer er med kvaliteten i helhedsplejen.

Ældretilsynet ser en systematisk og metodisk tilgang til helhedsplejen, og alle kvalitetsmarkører inden for hvert af de tre temaer er opfyldt. For oversigt over kvalitetsmarkører se skriftlig tilbagemelding fra Ældretilsynet i bilag 1.

Ældretilsynet oplever en organisation, der arbejder med kontinuerlig kompetenceudvikling og hvor den systematiske mødestruktur understøtter videndeling på tværs. Enheden har fokus på indsatser og aktiviteter, der medtænker beboernes behov og hensyn. Den stedlige aktivitetsmedarbejder har en central funktion i at understøtte aktiviteter målrettet individuelle hensyn og behov. I indsatserne arbejdes der med udgangspunkt i anvendelse af tværfaglige relevante metoder.

Ældretilsynet vurderer, at Bispebjergghjemmet med fordel kan have fokus på at arbejde videre med at understøtte kvaliteten i helhedsplejen indenfor kontinuitet i opgaveløsningen, besvarelse af nødkald og den fortsatte implementering af elementerne i den nye Ældrelov.



ÆLDRETILSYNETS VURDERING

På de kommende slides fremgår Ældretilsynets vurdering inden for hver af Ældrelovens tre temaer.

TEMA 1 – DEN ÆLDRES SELVBESTEMMELSE

Ældretilsynet vurderer, at plejeenheden har god kvalitet i forhold til temaet *Den ældres selvbestemmelse*. Alle markører i temaet er opfyldt.

Ældretilsynet genkender en ledelse med fokus på, at helhedsplejen tilpasses den enkelte beboers ønsker og behov. Medarbejderne beskriver systematiske og metodiske arbejdsgange med tidlig opsporing, triageringsmøder og tværfaglige borgerkonferencer med udgangspunkt i borgerens situation, ønsker og behov. Plejeenheden prioriterer, at aktivitetsmedarbejderen har individuelle samtaler med alle beboere for at tilpasse aktiviteter til den enkeltes ønsker og behov.

Ældretilsynet oplever, at beboerne har mulighed for selvbestemmelse i deres hverdag. Beboerne oplyser at blive mødt med respekt, værdighed og i en god tone.

I interview orienteres Ældretilsynet om, at der kan gå lang tid for besvarelse af nødkald. Ældretilsynet og plejeenheden har dialog om forbedringspotentiale i at sikre, at nødkald besvares indenfor den givne ramme herunder fokus på den tekniske løsning, der anvendes.

Pårørende oplever en hverdag med kontinuitet i helhedsplejen og hvor beboernes ønsker og behov imødekommes. Pårørende giver udtryk for, at der har været mange vikarer hen over sommeren. Enheden ser muligheder i en mere proaktiv ferieplanlægning og vil medtænke dette i organisationens planlægning og struktur med fokus på prioritering af kendt personale.



ÆLDRETILSYNETS VURDERING

TEMA 2 - TILLID TIL MEDARBEJDERE OG DEN BORGERNÆRE LEDELSE

Ældretilsynet vurderer, at plejeenheden har god kvalitet i forhold til temaet *Tillid til medarbejdere og den borgernære ledelse*. Alle markører i temaet er opfyldt.

Ledelsen har fokus på, at medarbejderne har de nødvendige kompetencer i forhold til at varetage helhedsplejen, herunder en kontinuerlig kompetenceudvikling i forhold til implementering af nye tiltag og indsatser. Enheden arbejder systematisk med kompetenceprofiler for at understøtte kvaliteten i den tværfaglige helhedspleje og for at sikre god ressourceudnyttelse.

Organisationen har valgt at optimere kvalitetsarbejdet i enheden via ansættelse af kvalitets- og udviklingssygeplejerske. Ledelsen prioriterer deltagelse i faglige fora - på tværs af faggrupper og vagttag. Medarbejderne samarbejder på tværs af enhedens afdelinger. I interview udtrykker beboerne og pårørende tillid til plejeenhedens medarbejdere og ledelse.

Ældretilsynet ser, at enheden med fordel kan arbejde videre med implementeringen af de konkrete tiltag og elementer i den nye Ældrelov



ÆLDRETILSYNETS VURDERING

TEMA 3 - SAMSPIL MED PÅRØRENDE, LOKALE FÆLLESSKABER OG CIVILSAMFUND

Ældretilsynet vurderer, at plejeenheden har god kvalitet i forhold til temaet *Et tæt samspil med pårørende, lokale fællesskaber og civilsamfund*. Alle markører i temaet er opfyldt.

Enheden har fokus på et tæt samarbejde med pårørende, lokale fællesskaber og civilsamfund. Der er f.eks. ansat en aktivitetsmedarbejder, som identificerer potentiale for meningsfulde aktiviteter for den enkelte beboer.

I forhold til aktiviteter lægges der i enheden særlig vægt på musikken til at aktivere hukommelse, styrke relationer og være fysisk aktiv.



Ældretilsynet noterer, at pårørende inddrages som en ressource for beboerne i samarbejdet omkring borgerne herunder ved indflytningssamtaler. Det understøttes af udsagn fra medarbejderne. Under interview giver beboerne udtryk for tilfredshed med variationen af lokale aktiviteter og inddragelse af eksterne aktører i civilsamfundet.

Ældretilsynet og plejeenheden har i den afsluttende mundtlige tilbagemelding dialog omkring muligheder for at udvide samspillet med lokale fællesskaber og civilsamfund. I dialogen drøftes forskellige perspektiver og enheden nævner, at der fremadrettet er et ønske om, at blive et samlingssted for lokalsamfundet, hvor der inviteres til folkekøkken og åbent hus for beboere i lokalområdet sammen med enhedens beboere.

SPOR 3: UVILDIG GENNEMGANG AF BORGERJOURNALER FRA 2022 UDLEVERET TIL WHISTLEBLOWERENHEDEN



SPOR 3: OPSAMLING

Uvildig gennemgang af borgerjournaler fra 2022

Taskforcen har bestilt en ekstern, uvildig gennemgang af de 25 borgerjournaler fra 2022, som blev udleveret til whistleblowerenheden ifm. whistleblowerensagen på Bispebjerg Hospital. Gennemgangen er gennemført af PS!mprove (herefter betegnet PS!), som er en konsulentvirksomhed under Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed er en uvildig og almenyttig organisation, der uafhængigt af myndigheder, faglige- og erhvervsinteresser gennemfører analyser og udviklingsprojekter med fokus på at fremme patientsikkerhed og kvalitet i sundhedsvæsenet. PS! har siden etableringen arbejdet med at opbygge viden om og sprede erfaringer med patientsikkerhed og kvalitetsforbedringer.



Undersøgelsen har til formål at:

1. Vurdere de hændelsesforløb i borgerjournalerne, som i whistleblowerenhedens gennemgang udløser kritik af den faglige kvalitet i 2022. Dette mhp. at belyse, om der er handlet fagligt korrekt og rettidigt ift. de konkrete hændelser og uddrage læring. Der er tale om 15 af de i alt 25 borgersager udleveret til whistleblowerenheden.
2. Belyse pba. journalerne, om den generelle kvalitet i borgerforløbene, udleveret til borgerrådgiveren, lever op til den gældende lovgivning, kommunens faglige standarder i 2022 og borgernes behov for pleje og omsorg.
3. Vurdere kvaliteten af den pleje- og omsorgsfaglige samt sygeplejefaglige dokumentation i borgerjournalerne i 2022.

Genstanden for analysen i formål 2 og 3 er de i alt 25 borgersager, som blev udleveret til whistleblowerenheden.

Undersøgelsen er gennemført som en systematisk gennemgang af 25 borgerjournaler fra 2022, hvor PS! bl.a. har anvendt viden fra lovgivning, faglige instrukser og retningslinjer fra undersøgelsestidspunktet.

Kommissoriet for opgaven og den fulde rapport fra PS! kan ses i hhv. bilag 2 og 3.

SPOR 3: OPSAMLING

Samlet vurdering af kvaliteten i 2022

I den uvildige journalgennemgang vurderer PS!, at kvaliteten i pleje, omsorg, sygepleje og dokumentation på Bispebjerghjemmet samlet set er god. Ifølge PS! svarer kvalitetsniveauet til det, der ses på tilsvarende plejehjem.

Vurdering af den generelle kvalitet i pleje og omsorg i 2022

På tværs af de 25 gennemgåede borgerjournaler fremhæver PS!, at borgerne har komplekse og sammensatte behov – både hos den enkelte borger og på tværs af borgergruppen. Pleje- og omsorgsindsatserne fremstår overordnet fagligt relevante og detaljeret beskrevet, og borgernes behov vurderes generelt at være imødekommet.

Samtidig peger PS! på, at kompleksiteten i nogle forløb stiller store krav til koordinering og opfølgning, særligt når borgernes behov ændrer sig over tid. PS! identificerer i den forbindelse enkelte konkrete forløb, hvor opfølgningen fremstår mindre systematisk. I disse forløb er det ikke altid tydeligt dokumenteret, hvordan der følges op på planer, vægttab, ændringer i helbredstilstande eller håndtering af manglende samtykke til fx faldscreening. PS! vurderer, at en styrket systematik i opfølgningen i sådanne tilfælde kan understøtte kontinuiteten i plejen.

Vurdering af hændelser i 2022 fremhævet af whistleblowerenheden

Vurderingen af hændelser fremhævet af whistleblowerenheden bygger på 63 citater fra 15 af de 25 udleverede borgerjournaler, som indgår i whistleblowerenhedens konklusionsrapport og vedrører alle hændelser fra 2022.

For at foretage disse vurderinger har PS! gennemgået journalmaterialet omkring de enkelte hændelser for at inddrage den samlede kontekst for pleje og omsorg. PS! vurderer, at citaterne i 11 af de 15 journaler afspejler enkeltstående hændelser, hvor der er handlet fagligt korrekt og rettidigt. I fire forløb vurderer PS!, at der ikke er handlet rettidigt, og peger her på et potentiale for læring.



SPOR 3: OPSAMLING

Vurdering af kvaliteten af dokumentationen i 2022

Endelig vurderer PS!, at dokumentationen samlet set lever op til gældende lovgivning.

Journalerne indeholder relevante oplysninger og understøtter overordnet pleje og omsorg af god faglig kvalitet. PS! konstaterer dog, at der i dele af materialet er variation i, hvor konsekvent sammenhængen mellem planer, observationer og indsatser fremgår.

PS! vurderer imidlertid samlet, at dokumentationen giver et tilstrækkeligt grundlag for faglige vurderinger og indsatser.

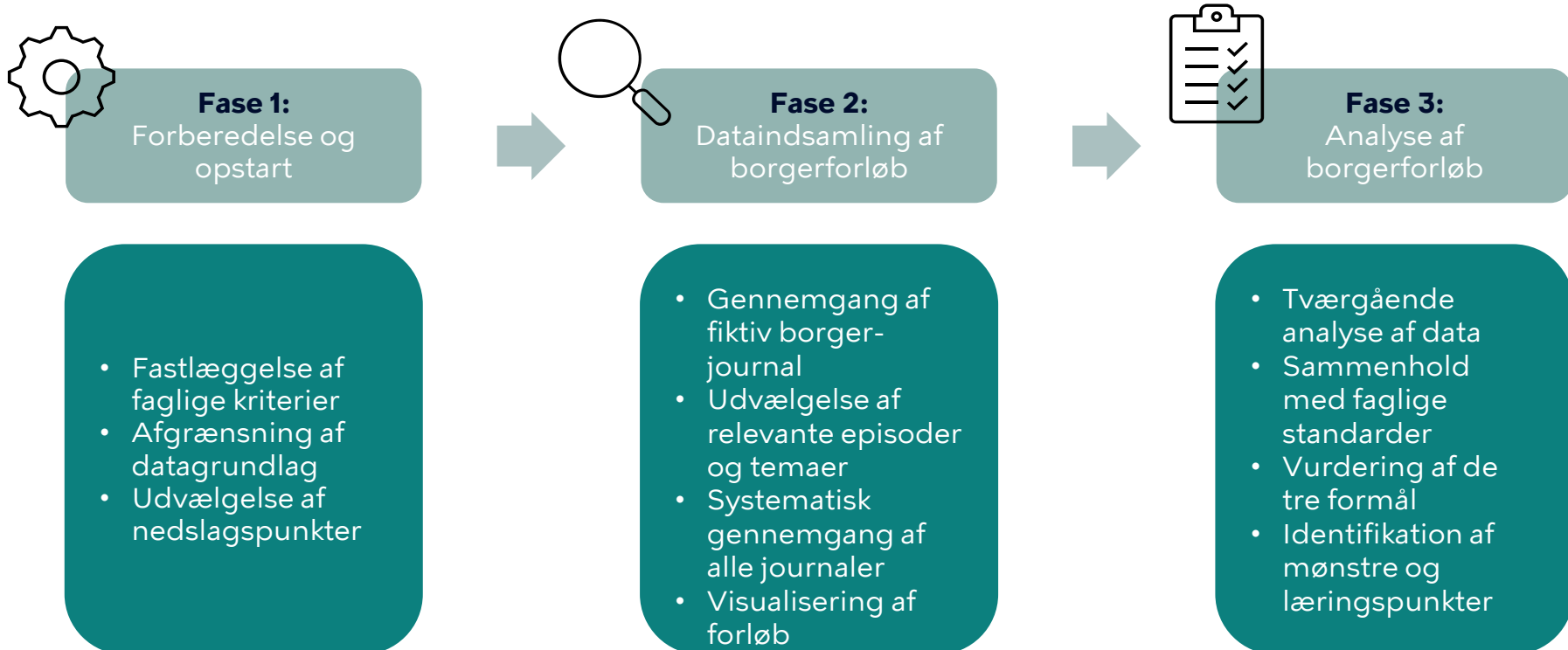


METODEBESKRIVELSE

Faser og datagrundlag i den uvildige undersøgelse

PS! har gennemført undersøgelsen i tre faser (se figur nedenfor). Undersøgelsen bygger på gennemgang af de 25 borgerjournaler fra 2022, som blev udleveret til whistleblowerenheden ifm. sagen på Bispebjerg Hospital. 15 af disse borgerjournaler indgår i konklusionsrapporten i form af citater. De 25 borgerjournaler omhandler borgere, hvis forløb har givet anledning til udmøntning af specialmidler, og det må derfor antages, at der er tale om borgere med komplekse og sammensatte behov. Alle 25 borgerjournaler indgår i PS!'s vurdering af den generelle kvalitet i pleje, omsorg og dokumentation. Materialet består af dokumentation fra borgerjournaler i form af observationer, indsatser, planer og medicin samt dokumentation relateret til borgere med demens og andre faglige nedslagspunkter. Metoden udfoldes nærmere på de næste slides.

Figur 8: Fasemodel for den uvildige undersøgelse



METODEBESKRIVELSE

Fase 1: Forberedelse og opstart

PS! fik udleveret SUF's relevante vejledninger og instrukser, så analysen kunne tage udgangspunkt i gældende faglige krav fra 2022. PS! definerede og fik udleveret det nødvendige datagrundlag, herunder lister over borgerforløb og de hændelser, som whistleblowerenheden havde citeret i sin rapport.

Til vurderingen af de citerede hændelsesforløb arbejdede PS! med udgangspunkt i de konkrete datoer for citaterne. Til vurderingen af den sundheds- og omsorgsfaglige kvalitet samt kvaliteten i dokumentationen foretog PS! nedslag i borgerforløbene med afsæt i udvalgte faglige problemstillinger på tværs af sygeplejefaglige problemområder, hvor der stilles særlige krav til systematik, opfølgning og sammenhæng i pleje og dokumentation.

For at sikre en ensartet anvendelse af metoden gennemførte PS! en indledende gennemgang, hvor SUF's konsulenter introducerede PS! til, hvordan journalerne er opsat i journalsystemet Cura i København.

Fase 2: Dataindsamling af borgerforløb

PS! gennemgik herefter borgerjournalerne i detaljer. For de citerede hændelsesforløb blev dokumentationen omkring hver hændelse læst i perioden før og efter episoden for at vurdere, om der var handlet fagligt korrekt og rettidigt.

For de øvrige borgere blev journalerne gennemgået med fokus på centrale forhold i pleje, omsorg og sygepleje, herunder ændringer i borgerens tilstand, iværksatte indsatser og eventuelle risikofaktorer. Forløbene for borgere med demens blev analyseret særligt grundigt, da dokumentationen viste, at denne gruppe ofte havde komplekse behov. Gennemgangen blev struktureret, så mønstre og sammenhænge i forløbene blev tydelige, og så områder med god kvalitet og områder med læringspotentiale kunne identificeres.

De indsamlede oplysninger blev samlet og systematiseret, så de dannede grundlag for den efterfølgende analysefase.



METODEBESKRIVELSE

Fase 3: Analyse af borgerforløb

I fase 3 gennemgik PS! det indsamlede materiale for at vurdere kvaliteten i borgerforløbene.

Journalerne blev læst på tværs af tid og indhold for at få et helhedsblik på pleje-, omsorgs- og sygeplejeindsatserne. For de hændelser, som whistleblowerenheden havde udpeget, vurderede PS!, om der var handlet fagligt korrekt og rettidigt. For de øvrige borgere fokuserede PS! på mønstre og tendenser i plejen, herunder hvordan ændringer i borgernes tilstand blev opdaget og fulgt op, og hvordan indsatser og planer hang sammen. Derudover blev den samlede dokumentation vurderet op imod gældende lovgivning og faglige krav for pleje-, omsorgs- og sygeplejefaglig dokumentation.



På den baggrund identificerede PS! både områder, hvor kvaliteten var god, og områder med læringspotentiale – særligt i relation til systematik, opfølgning og sammenhæng på tværs af borgerforløb.

RESULTATER – VURDERING AF HÆNDELSER (2022)

Resultater af den uvildige gennemgang – opdelt på de tre formål

Resultaterne af den uvildige gennemgang præsenteres i det følgende med udgangspunkt i undersøgelsens tre formål.

Formål 1: Vurdering af hændelser fra 2022 som udløser kritik i Whistleblowerenhedens rapport

Det første formål er at vurdere de hændelser fra 2022, som i Whistleblowerenhedens gennemgang udløser kritik af den faglige kvalitet i 2022.

PS! har gennemgået hændelserne i borgernes journaler og undersøgt via journalerne, hvordan personalet handlede før, under og efter hændelserne for at vurdere, om pleje og omsorg blev udført fagligt korrekt og rettidigt. I analysen har PS! taget udgangspunkt i samtlige 63 citater, som Whistleblowerenheden har gengivet i sin konklusionsrapport. De 63 citater stammer fra i alt 15 ud af de 25 borgerjournaler, som Whistleblowerenheden har fået udleveret.

PS! skriver i afrapporteringen, at de 63 citater stammer fra uddrag af længere observationsnotater og er derfor løsrevne fra den fulde journalsammenhæng. PS! understreger, at sådanne citater skal vurderes med stor forsigtighed, da de ikke viser hele konteksten for pleje og omsorg, og at de kun udgør et udsnit af dokumentationen, som også rummer mange beskrivelser af tryghed, trivsel og positive hverdagsoplevelser.

Samlet vurdering af hændelser fra 2022

PS! vurderer, at der er handlet fagligt korrekt og rettidigt i 11 ud af 15 journaler, hvori der var trukket hændelsesforløb frem. I 11 ud af de 15 forløb fremgår det således, at personalet har reageret relevant på ændringer i borgerens tilstand, og at plejen hænger sammen på en måde, der lever op til gældende faglige standarder.

I fire forløb identificerer PS! episoder, hvor der ikke er handlet rettidigt, eller hvor der mangler opfølgning i en periode. PS! understreger samtidig, at hændelserne skal forstås som en del af et samlet forløb og ikke kun som enkeltstående episoder. Læringspotentialerne knytter sig især til systematik, opfølgning og kontinuitet i plejen.



RESULTATER – VURDERING AF HÆNDELSER (2022)

Hændelsesforløb, som er håndteret fagligt korrekt og rettidigt i 2022

I de 11 forløb, hvor PS! vurderer håndteringen i 2022 som faglig korrekt og rettidig, har personalet reageret passende på ændringer i borgernes behov.

Det gælder fx ved:

- Ændringer i funktionsniveau
- Ernæringsproblemer
- Begyndende sår
- Akutte episoder



I disse forløb viser journalerne, at personalet både observerer, handler og eskalerer efter behov, og at dokumentationen understøtter de handlinger, der er udført.

Hændelsesforløb med læringspotentiale i 2022

I fire forløb peger PS! på situationer, hvor der ikke er handlet rettidigt eller tilstrækkelig systematisk.

Det drejer sig bl.a. om forløb med:

- Manglende eller sen opfølgning ved ernæringsproblematikker
- Længere perioder uden dokumenteret plejeindsats, selvom borgeren havde behov
- Gentagne episoder med uro, vandring eller modstand hos borgere med demens, hvor planlægningen og tilrettelæggelsen af plejen ikke i tilstrækkelig grad har sikret forudsigelighed og sammenhæng på tværs af indsatser.

PS! vurderer, at disse fund peger på muligheder for forbedring, særligt når det gælder kontinuerlig opfølgning, klar koordinering og sammenhæng i plejen på tværs af faggrupper.

RESULTATER – GENEREL KVALITET I PLEJE OG OMSORG (2022)

Formål 2 – Vurdering af den generelle kvalitet i pleje og omsorg i 2022

Formål 2 omhandler den generelle kvalitet i pleje og omsorg på tværs af de 25 borgerjournaler, der indgår i undersøgelsen.

PS! har gennemgået alle 25 borgerjournaler og vurderet den generelle kvalitet i pleje og omsorg på tværs af forløb. Journalerne er læst på tværs af tid og indhold med fokus på faglig kvalitet, sammenhæng og opfølgning, og vurderingen bygger på gennemgående mønstre frem for enkeltstående hændelser.

Samlet vurdering af den generelle kvalitet i 2022

PS! vurderer, at den generelle faglige kvalitet i borgerforløbene i 2022 levede op til den gældende lovgivning og kommunens faglige standarder. PS! vurderer, at borgernes behov for pleje og omsorg generelt blev imødekommet – eksempelvis ved at sikre daglige plejeopgaver som planlagt. Enkeltstående episoder som fx en lækage på en ble vurderes ikke som tegn på dårlig kvalitet, medmindre det sker systematisk. Det har PS! ikke fundet tegn på. Undersøgelsen viser samtidig, at borgerne i 2022 havde komplekse og omfattende behov, som kræver stor koordinering og fleksibilitet i arbejdet. Der er eksempler på, at Bispebjerg hjemmet har et højere ambitionsniveau end nationale retningslinjer, fx i forhold til ernæringscreening, som man ikke har kunnet imødekomme.

PS! bemærker, at borgerne ofte har flere problemstillinger samtidig, hvilket kræver tæt planlægning, koordinering og samarbejde på tværs af fagligheder. Besøgsplanerne – dvs. det overordnede overblik over borgerens pleje og behov – har generelt et højt ambitionsniveau. PS! vurderer også, at der mangler tydelig dokumentation, der binder de forskellige dele af plejen sammen. Det betyder, at den røde tråd på tværs af fx planer, observationer og konkrete indsatser ikke altid fremgår tydeligt i dokumentationen. PS! peger på, at det kan udfordre kvaliteten i særligt komplekse forløb, hvor borgerens behov udvikler sig hurtigt og kræver koordineret opfølgning.

PS! identificerer i sin rapport en række tværgående sygeplejefaglige temaer i borgerforløbene fra 2022, som er nærmere beskrevet i den fulde rapport.



RESULTATER – KVALITETEN AF DOKUMENTATIONEN (2022)

Formål 3: Vurdering af kvaliteten af dokumentationen i borgerjournalerne i 2022

Formål 3 er at vurdere kvaliteten af dokumentationen i de 25 borgerjournaler fra 2022.

PS! har undersøgt, om dokumentationen giver et tydeligt og samlet billede af borgerens tilstand og behov, og om observationer, indsatser og planer hænger sammen og følger de faglige krav.

Samlet vurdering af kvaliteten af dokumentationen i 2022

PS! vurderer, at dokumentationen i borgerjournalerne samlet set er af god kvalitet og generelt lever op til gældende faglige retningslinjer og krav.



Journalerne indeholder relevante oplysninger, og de beskrevne indsatser fremstår fagligt begrundede og skrevet i et anerkendende sprog med respekt for borgere og pårørende. Samlet set giver dokumentationen et anvendeligt grundlag for at forstå borgernes situation og de faglige indsatser på tværs af sundheds- og omsorgsydelser.

Samtidig peger PS! på forhold, hvor dokumentationspraksis med fordel kan styrkes, særligt i mere komplekse forløb.

Opdatering af dokumentation sker ikke altid rettidigt eller systematisk, og målformuleringer lever ikke konsekvent op til kravene om at være konkrete og målbare. Der ses desuden variation i omfanget af dokumentation på tværs af forløb, uden at det på baggrund af materialet kan vurderes, om dette skyldes forskelle i lokale arbejdsgange eller dokumentationspraksis.

SPOR 4: GENNEMGANG AF WHISTLEBLOWERSAGER



SPOR 4: OPSAMLING

OPSAMLING AF GENNEMGANG AF WHISTLEBLOWERSAGER

Taskforcen har gennemgået whistleblowersager (wb-sager) vedrørende den sundheds- og omsorgsfaglige kvalitet på driftsenhederne i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen med henblik på at identificere eventuelt kritisable forhold.

I gennemgangen gives dels en status på kvaliteten på de berørte enheder, dels en vurdering af behovet for yderligere opfølgende initiativer. Perioden, der undersøges, dækker den nuværende whistleblowerordning fra december 2021 til oktober 2025.

I gennemgangen er der fundet 10 ud af 27 wb-sager, der kan have direkte og/eller indirekte relation til den sundheds- og omsorgsfaglige kvalitet. Identifikationen af de 10 sager er en analytisk afgrænsning og indebærer ikke i sig selv, at der er konstateret konsekvenser for borgerne i de pågældende sager. En af de 10 sager er sagen om Bispebjergjhemmet.



Forvaltningen har modtaget åbningsbreve i sagerne fra Borgerrådgiverens whistleblowerenhed i perioden fra september 2022 til februar 2025. I sagerne har whistleblowerenheden fx vurderet forhold vedr. psykisk arbejdsmiljø, ledelse, omsorgsfaglig kvalitet, sundhedsfaglig kvalitet og personaledekning.

På alle 10 enheder har forvaltningen iværksat relevante opfølgende initiativer og undersøgelser enten før eller i umiddelbar forlængelse af wb-sagerne – dette på trods af, at ikke alle sagerne gav anledning til kritik hos whistleblowerenheden. Taskforcens gennemgang af wb-sagerne har været en anledning til at genbesøge og revurdere denne opfølgning. Overordnet viser gennemgangen, at der på tværs af de 10 enheder generelt er sket en positiv udvikling i forhold til både arbejdsmiljø og sundheds- og omsorgsfaglig kvalitet. Data peger på, at der på flere af enhederne fortsat er forbedringspotentialer, som fx adresseres i de handleplaner, der er udarbejdet.

Taskforcens proces har vist, at de allerede igangsatte initiativer på enhederne fortsat er relevante og tilstrækkelige. For en enkelt enhed med en igangværende sag, vurderes det særligt vigtigt, at den omfattende indsats, som er igangsat, bliver gennemført. Yderligere har forvaltningen besluttet en intensivering af indsatser vedr. ledelse på enheden.

BAGGRUND OG FORMÅL

BAGGRUND, FORMÅL OG DATAGRUNDLAG

Whistleblowerenheden finder det bekræftet, at der i 2022 var beboere på BispebjergHjemmet, som ikke i alle tilfælde modtog den pleje og omsorg, de havde behov for. Derfor er det centralt at genbesøge, om lignende udfordringer har været rejst på andre enheder ifm. whistleblowersager. Taskforcen har således foretaget en gennemgang af whistleblowersager med fokus på den sundheds- og omsorgsfaglige kvalitet på forvaltningens driftsenheder.

Gennemgangen af whistleblowersager har til formål at afdække:

1. om der kan identificeres kritisable forhold i relation til den sundheds- og omsorgsfaglige kvalitet i whistleblowersagerne
2. status ift. genopretning ved eventuelle kvalitetsmæssige problemer identificeret i whistleblowersagerne
3. om der er behov for yderligere opfølgende initiativer i de enkelte identificerede sager i forlængelse af pkt. 2.



BAGGRUND

Om whistleblowersager og samarbejdet med whistleblowerenheden

Borgerrådgiverens whistleblowerenhed i Københavns Kommune har til opgave at modtage, undersøge og håndtere indberetninger om alvorlige forhold inden for kommunen, fx lovovertrædelser, korruption, svindel, brud på tavshedspligt, svigt og andre uacceptable forhold.

Enheden sikrer, at whistleblowere kan indrapportere sager anonymt og har til formål at fremme en kultur af åbenhed og ansvarlighed, hvor alvorlige problemer kan adresseres på en struktureret og sikker måde.

Når en sag indgives, sender whistleblowerenheden et åbningsbrev til den relevante forvaltning med en beskrivelse af indberetningen og forholdene, som whistleblowerenheden skal kunne af- eller bekræfte.

Forvaltningen indsamler herefter relevant materiale og udarbejder en redegørelse, som vedlægges det materiale, der er anvendt til at undersøge sagen – ofte er der en dialog mellem forvaltningen og whistleblowerenheden om dette materiale. Dette sker i en meget snæver kreds for at sikre den nødvendige fortrolighed. Herefter udarbejder whistleblowerenheden en konklusionsrapport.

Hvis forvaltningen ifm. egen undersøgelse finder problemstillinger på den konkrete enhed, vil forvaltningen igangsætte relevant opfølgning. Eventuelle forbedringstiltag og understøttelse af enheden vil derfor ofte blive foretaget simultant med forvaltningens afdækning af de forhold, som fremgår af åbningsbrevet fra whistleblowerenheden.



METODE FOR GENNEMGANG AF ANDRE WHISTLEBLOWER-SAGER

På de næste slides præsenteres metode og fremgangsmåde for gennemgangen af whistleblowersagerne.

Fortrolighed og sammensætning af arbejdsgruppe

For at sikre fortrolighed er gennemgangen foretaget af en lille arbejdsgruppe med omsorgsfaglige, sundhedsfaglige og organisatoriske kompetencer.

Arbejdsgruppen har haft en smal ledelsesgruppe tilknyttet (herefter benævnt 'tilkoblet ledelse'), som løbende har kunnet understøtte arbejdsgruppen ifm. tvivlsspørgsmål. I det følgende omtales arbejdsgruppe og 'tilkoblet ledelse' blot som 'taskforcen'.

Grundet hensynet til fortrolighed ifm. behandlingen af whistleblowersager afrapporteres gennemgangen her i anonymiseret form.

Datagrundlag

Perioden der undersøges, dækker den nuværende whistleblowerordning fra december 2021 til oktober 2025.

Datagrundlaget består af åbningsbreve og konklusionsrapporter fra whistleblowerenheden, skriftlige materialer om opfølgning på de implicerede enheder som fx handleplaner, interview med områdechef med ansvar for enheden samt data om den generelle kvalitet på enheden.

Gennemgangen giver et samlet overblik over indholdet i de relevante whistleblowersager, den lokale opfølgning og status i dag.

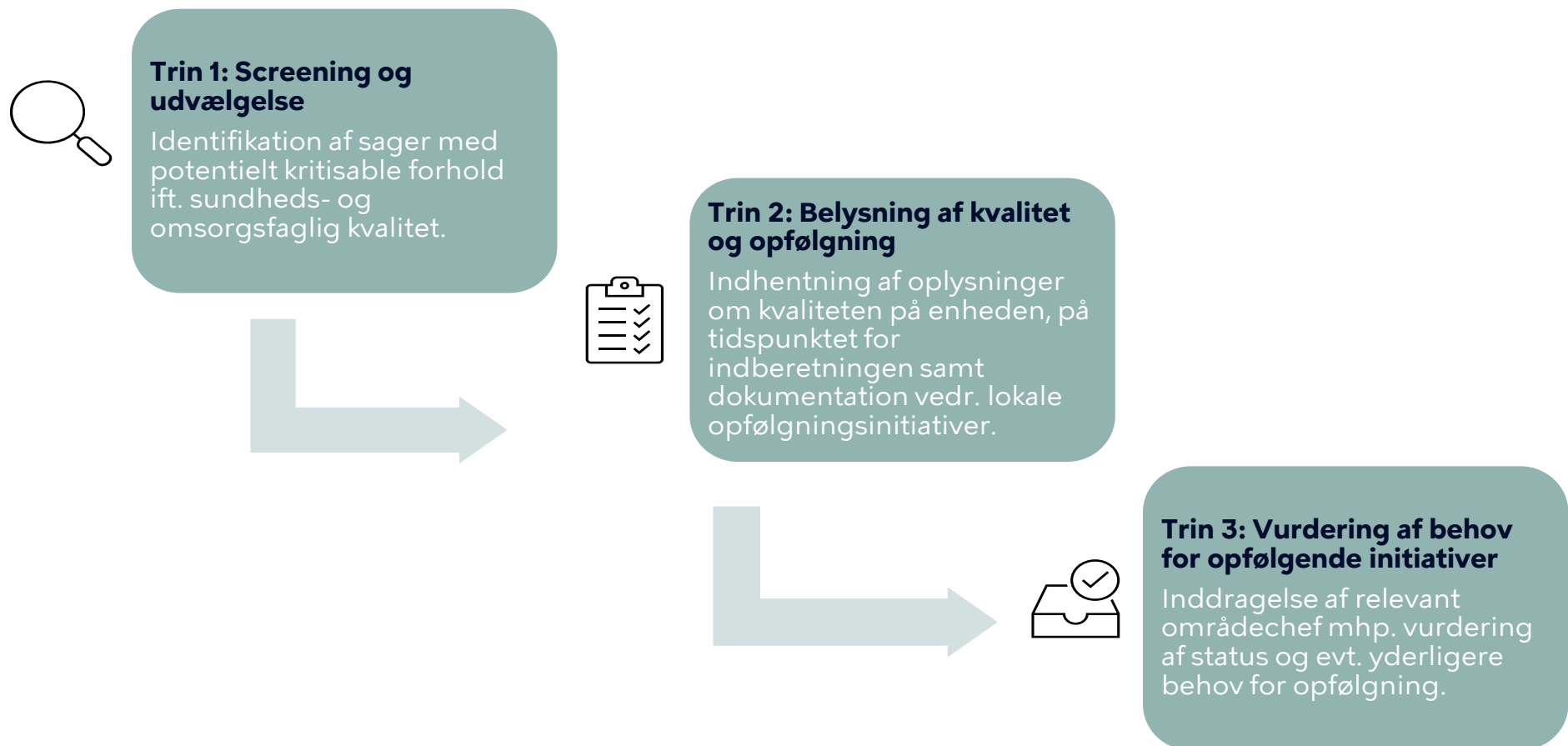


METODE FOR GENNEMGANG AF ANDRE WHISTLEBLOWER-SAGER

FREM GANGSMÅDE

Gennemgangen er tilrettelagt som en trinvis proces for at opnå en ensartet og systematisk vurdering af whistleblowersagerne (se figur). De enkelte elementer uddybes på de kommende slides.

Figur 9: Proces for gennemgangen af whistleblowersagerne



METODE FOR GENNEMGANG AF ANDRE WHISTLEBLOWER-SAGER

FREMANGSMÅDE

Trin 1: Screening og udvælgelse

Taskforcen har gennemgået åbningsbreve og konklusionsrapporter fra whistleblowerenheden mhp. at udvælge sager, som kunne indeholde potentielt kritisable forhold vedr. den sundheds- og omsorgsfaglige kvalitet. For hver sag er det vurderet, om sagen er:

Direkte relateret til sundheds- og omsorgsfaglig kvalitet: Sager i denne kategori vedrører arbejdsgange, hvor medarbejdere er i direkte kontakt med borgere ifm. sundheds- og omsorgsfaglige opgaver. Det kan fx dreje sig om, at en praksis ikke flugter med nationale eller lokale retningslinjer, behandlingsmetoder og beskrevne kvalitetsstandarder.

Indirekte relateret til sundheds- og omsorgsfaglig kvalitet: Sager i denne kategori vedrører forhold, som kan påvirke medarbejdere i en grad, så deres borgernære opgavevaretagelse kan påvirkes negativt. Det kan fx dreje sig om arbejdsmiljø, ledelsespraksis og økonomiske ressourcer. Fælles for sagerne i kategorien er, at der kan argumenteres for en risiko for, at den konkrete problemstilling kan have en afledt effekt på den sundheds- og omsorgsfaglige kvalitet.

Ikke relateret til sundheds- og omsorgsfaglig kvalitet: Sager i denne kategori vurderes ikke at have forbindelse til den sundheds- og omsorgsfaglige kvalitet. Det kan fx dreje sig om modtagelse af gaver, forhold vedr. ansættelser og håndtering af personoplysninger.

For at sikre ensartethed foretog arbejdsgruppen en fælles gennemgang af de første fem sager, som også blev drøftet med den tilkoblede ledelse. Gennemgangen har været styret af et vurderingsark, hvor vurderingerne af de enkelte sager blev dokumenteret.

Forsigtighedsprincip

Alle sager, som er vurderet potentielt relaterede til den sundheds- og omsorgsfaglige kvalitet er medtaget - herunder en sag, der endte uden konklusionsrapport eller kritik ved whistleblowerenheden: De sager, der blev vurderet direkte relateret til sundheds- og omsorgsfaglig kvalitet, gik direkte videre til trin 2 og 3. For en sikkerheds skyld blev også de sager, som blev vurderet indirekte relateret, medtaget.



METODE FOR GENNEMGANG AF ANDRE WHISTLEBLOWER-SAGER

Trin 2: Belysning af kvalitet og opfølgning

I dette trin har taskforcen belyst kvaliteten på de enheder, som whistleblowersagerne omhandler. Som led heri er anvendt data, som kan belyse kvaliteten på enheden, da indberetningen fandt sted samt den nuværende kvalitet.

Endvidere har taskforcen indhentet oplysninger om handlinger og indsatser, som er blevet initieret på de enkelte enheder som opfølgning på whistleblowersagerne. Det omfatter handleplaner og øvrig dokumentation for igangsatte indsatser.

Trin 3: Vurdering af behov for opfølgende initiativer

I det sidste trin har taskforcen inddraget den relevante områdechef for at opnå en vurdering af, i hvilken grad opfølgningen er lykket og om yderligere tiltag er nødvendige. Der blev gennemført interview, hvor områdechefen har givet en vurdering af status for implementeringen af indsatser og om der er fortsat forhold, som kræver opmærksomhed på enheden – herunder om der er behov for at korrigere indsatser eller tilføje nye.

Denne vurdering er efterfølgende kvalificeret af en anden områdechef vha. et vurderingsskema.



RESULTATER

Figur 10: Udvælgelse af sager i taskforcens gennemgang



WHISTLEBLOWERSAGER I PERIODEN

I perioden under den nye whistleblowerordning fra december 2021 til oktober 2025 har der været 44 henvendelser til whistleblowerenheden vedrørende Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

Af disse har Borgerrådgiveren vurderet, at 37 henvendelser er inden for ordningen.

Samlet set omfatter perioden 27 whistleblowersager, idet flere henvendelser er håndteret under én sag for den enhed, som henvendelserne handler om.

Taskforcen har således gennemgået 27 whistleblowersager med henblik på at udrede den enkelte sags relation til den sundheds- og omsorgsfaglige kvalitet.

Taskforcen har vurderet, at 10 ud af de 27 sager kan være direkte og/eller indirekte relateret til den sundheds- og omsorgsfaglige kvalitet. De 10 sager på 10 forskellige enheder er udgangspunktet for resultaterne på de kommende slides. Sagen fra BispebjergHjemmet er én ud af de 10 sager. Antallet af sager skal ses i relation til, at der samlet set er ansat ca. 10.000 medarbejdere i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

Ud af de 10 sager er to sager fortsat igangværende, hvorfor der endnu ikke foreligger en endelig konklusionsrapport fra whistleblowerenheden.

Se figur til venstre, som viser, hvordan de oprindelige henvendelser gradvist er blevet afgrænset til sager med relevans for sundheds- og omsorgsfaglig kvalitet.

RESULTATER

RESULTATER FOR AFSLUTTEDE SAGER OG FORVALTNINGENS HÅNDTERING AF DISSE

I de otte afsluttede sager har whistleblowerenheden undersøgt en række forskellige forhold. De er i tema og antal vist herunder. En sag kan omhandle flere forskellige forhold og samme forhold flere gange, fx ved flere problemstillinger om ledelse. Når en sag afsluttes, konkluderer whistleblowerenheden fx om de givne forhold kan *bekræftes/delvist bekræftes*, *hverken be- eller afkræftes* eller *ikke bekræftes*. For de afsluttede sager har taskforcen lagt whistleblowerenhedens konklusioner til grund og har således ikke i analysearbejdet foretaget egne vurderinger.

Tabel 1: Forhold der bekræftes/delvist bekræftes, hverken be- eller afkræftes eller ikke bekræftes i konklusionsrapporter.

Forhold	Bekræftet / delvist bekræftet	Hverken be- eller afkræftet	Ikke bekræftet
Psykisk arbejdsmiljø	6	1	1
Ledelse	3	–	4
Omsorgsfaglig kvalitet	3	–	5
Sundhedsfaglig kvalitet	2	–	2
Personaledækning	2	–	–
Faglige kompetencer	1	–	1
Dokumentation	–	1	–
Tilsyn	1	–	1
Økonomi	–	1	–
Utilsigtede hændelser	–	–	1
Personaleordninger	1	–	–

Note:

I konklusionsrapporter fra whistleblowerenheden anvendes forskellig terminologi. I tabel 1 indeholder kategorien "Bekræftet/delvist bekræftet": godtgjort, bekræftet, delvist bekræftet og synsynliggjort/delvis sandsynliggjort. "Ikke bekræftet" indeholder: ikke bekræftet, afkræftet, ikke godtgjort, ikke dokumenteret og ikke sandsynliggjort.

RESULTATER

På de kommende sider gennemgås temaerne i de otte afsluttede sager.

Psykisk arbejdsmiljø og ledelse

For seks enheder har whistleblowerenheden vurderet mulige forhold vedr. det psykiske arbejdsmiljø. Samlet er der otte forhold, heraf er de seks bekræftet/delvist bekræftet i whistleblowerenhedens konklusionsrapporter. Forholdene drejer sig fx om mobning og chikane på arbejdspladsen.

I arbejdsgruppens gennemgang ses der i flere sager en forbindelse mellem det psykiske arbejdsmiljø og enhedens ledelse på tidspunktet for indberetningen.



Whistleblowerenheden har for fire enheder vurderet syv mulige forhold vedr. ledelse. Tre af disse forhold bekræftes/delvist bekræftes. De bekræftede forhold vedr. uhensigtsmæssig ledelsesadfærd omhandler trusler om opsigelse af medarbejdere samt passivitet ifm. problemstillinger om medarbejdertrivsel og den sundheds- og omsorgsfaglige kvalitet.

Taskforcens afdækning har vist, at daværende ledelse på de specifikke enheder har bidraget til et udfordret arbejdsmiljø på forskellig vis. På nogle af enhederne er ledelsen i dag udskiftet, på andre enheder er udfordringer blevet håndteret gennem ændringer i ledelsesorganiseringen.

Forvaltningen har igangsat initiativer på enhederne mhp. at understøtte det psykiske arbejdsmiljø. Dette fx gennem samarbejde med Arbejdsmiljø København om styrkelse af den psykologiske tryghed og fælles retning for ledelsen. På én enhed har der været udlånt ledere og medarbejdere fra andre dele af forvaltningen mhp. at fremme arbejdet med bl.a. ledelse og medarbejdertrivsel.

RESULTATER

Omsorgsfaglig kvalitet

For fem enheder har whistleblowerenheden undersøgt mulige forhold vedr. den omsorgsfaglige kvalitet. Der er tale om samlet otte forhold, hvoraf tre forhold er bekræftet/delvist bekræftet i whistleblowerenhedens konklusionsrapporter.

De tre bekræftede/delvist bekræftede forhold er relateret til tre enheder. Forholdene drejer sig på forskellig vis om utilstrækkelig omsorgsfaglig kvalitet, fx borgere som ikke i alle tilfælde modtog den pleje og omsorg, som de havde behov for, og at ansatte ikke i alle tilfælde har overholdt fastsatte forskrifter og retningslinjer.

På alle enhederne har forvaltningen initieret forskellige indsatser, herunder journalgennemgang, auditering, supervision og observation samt interviews med beboere. Flere enheder har desuden haft fokus på dokumentationen med henblik på at øge kontinuitet og selvbestemmelse for borgerne. Endelig har flere enheder arbejdet systematisk med øget inddragelse af beboere og pårørende.



Sundhedsfaglig kvalitet

På fire enheder har whistleblowerenheden undersøgt fire mulige forhold vedr. den sundhedsfaglige kvalitet. Heraf er to forhold bekræftede/delvist bekræftede på to forskellige enheder. Det ene bekræftede forhold omhandler ikke-tilstrækkelig behandling ifm. infektion hos en enkelt borger. I whistleblowerenhedens konklusionsrapport fremgår det, at medicinfejlen er af mindre alvorlig karakter og uden betydning for patientsikkerheden. Det andet bekræftede forhold vedrører medicinfejl, hvor medicin ikke er givet. Det fremgår, at vigtig medicin er blevet glemt ved flere lejligheder og i hvert fald i relation til en enkelt borger, som får medicin på "skæve tidspunkter".

Alle fire enheder med undersøgte forhold vedr. sundhedsfaglig kvalitet har modtaget opfølgning fra forvaltningen. Der er fx arbejdet med at etablere eller styrke kvalitetsorganiseringen, herunder faste mødestrukturer mellem ledere og nøglekvalitetsmedarbejdere, systematiske journalaudit med fokus på dokumentation og sikker medicin håndtering samt løbende forbedringsarbejde og kvalitetsopfølgning.

RESULTATER

Personaledækning

For en enhed har whistleblowerenheden undersøgt to mulige forhold vedr. personaledækning. Begge forhold er blevet bekræftet/delvist bekræftet. Problemstillingerne omhandlede høj personaleomsætning hos ledelse samt højt fravær og høj personaleomsætning hos medarbejdere i en grad, der er vurderet til at påvirke omsorgen og plejen for beboerne.

Forvaltningen har arbejdet med at besætte ledige stillinger og reducere brugen af vikarer for at styrke kontinuiteten og den faglige kvalitet. Der er fortsat en aktiv handleplan med fokus på medarbejderkontinuitet.

Faglige kompetencer

Whistleblowerenheden har for to enheder undersøgt to mulige forhold vedr. faglige kompetencer hos medarbejderne. Heraf er ét forhold bekræftet/delvist bekræftet og vedrører manglende kompetence og faglighed hos medarbejdere, der agerer med ligegyldighed.

Selvom forholdet ikke bekræftes på den ene enhed, er der på stedet initieret en ny kvalitetsstruktur, dels mhp. at understøtte faglige ressourcegrupper (fx dokumentation, medicin, hygiejne), dels for at sikre det faglige fokus på hele enheden. På den anden enhed arbejdes der systematisk med plejefaglig kultur og indsats, bl.a. gennem ledelsesmæssige strukturer og kvalitetssygeplejerskens løbende kvalitetsopfølgning samt faglige møder og temadage.

Tilsyn

Whistleblowerenheden har for to enheder behandlet mulige forhold vedr. tilsyn. Ét forhold blev bekræftet/delvist bekræftet og vedrørte, at formålet med tilsynet blev modarbejdet ved at forberede tilsynet. Forvaltningen vurderede ifm. sagen, at forholdet havde en tæt sammenhæng til den daværende ledelse. Samarbejdet mellem den pågældende leder og forvaltningen stoppede umiddelbart før wb-sagen.



RESULTATER

Dokumentation

For én enhed har whistleblowerenheden undersøgt et muligt forhold vedrørende dokumentation. Forholdet blev hverken be- eller afkræftet. Det drejede sig om mangelfuld dokumentation i borgerjournaler.

I forbindelse med sagen gennemgik forvaltningen journalerne for de relevante borgere mhp. kvalitetssikring. En måned efter indberetningen udførte Styrelsen for Patientsikkerhed et reaktivt tilsyn og fandt, at den sundhedsfaglige dokumentation var tilfredsstillende.

Økonomi

I sagen om Bispebjergghjemmet har whistleblowerenheden vurderet et muligt forhold vedrørende økonomi. Forholdet blev hverken be- eller afkræftet og omhandler omfordeling af ydelser. Da bevillingsmodellen, som forholdet vedrørte er omlagt, er problemet ikke længere relevant.

Utilsigtede hændelser

For en enhed har whistleblowerenheden undersøgt et muligt forhold vedr. manglende rapportering af utilsigtede hændelser. Forholdet blev ikke bekræftet. Forvaltningen har gennemført en række indsatser mhp. at højne kvaliteten, herunder understøttelse af en mere systematisk opfølgning på UTH'er. Dette selvom forholdet ikke blev bekræftet.

Personaleordning

For en enhed har whistleblowerenheden undersøgt ét muligt forhold vedrørende en personaleordning (kaffekasse). Forholdet vurderes at have en klar relation til det psykiske arbejdsmiljø og ledelsen på enheden. Forvaltningen håndterede derfor forholdet med arbejdsmiljøindsatser.



RESULTATER

IGANGVÆRENDE SAGER

De to igangværende whistleblowersager behandles særskilt fra de afsluttede, da der endnu ikke foreligger en konklusion fra whistleblowerenheden. Forholdene i sagerne er derfor ikke endeligt vurderet som enten be- eller afkræftede af whistleblowerenheden.

Taskforcen har vurderet, at der inden for gennemgangens undersøgelsesperiode er to igangværende sager, som er relateret til den sundheds- og omsorgsfaglige kvalitet.

Forholdene i de igangværende sager er udledt af åbningsbrevene. Forvaltningen har for den ene sag modtaget to åbningsbreve henholdsvis i oktober 2024 og februar 2025. For den anden sag har forvaltningen modtaget åbningsbrevet i oktober 2024.

De udledte forhold omfatter blandt andet sundheds- og omsorgsfaglig kvalitet, arbejdsmiljø, ledelse, faglige kompetencer, personaledekning, økonomi og administrative arbejdsgange. Opgørelsen er ikke udtømmende, men afspejler de centrale temaer, der fremgår af åbningsbrevene.

Forvaltningen har ifm. med modtagelsen af åbningsbrevene igangsat undersøgelser og relevant kvalitetssikring på de to enheder, som de igangværende sager vedrører.

Under afrapporteringen har forvaltningen modtaget konklusionsrapporten i høringsudkast for den ene igangværende sag. Forvaltningen vurderer nu, hvorvidt de eksisterende indsatser på enheden bør justeres som følge af udkastet til konklusionsrapport.



RESULTATER

STATUS PÅ ENHEDER MED IGANGVÆRENDE SAGER

For enheden, hvor konklusionsrapporten er modtaget i høring, vurderer forvaltningen det nødvendigt at gennemføre den meget omfattende indsats, som er igangsat på enheden. Yderligere har forvaltningen besluttet en intensivering af indsatser vedr. ledelse på enheden.

For den anden enhed med en igangværende sag vurderer forvaltningen, at problemstillingerne er relateret til en enkelt afdeling. Forvaltningen fastholder de allerede igangsatte initiativer og det eksisterende fokus på enheden, som fortsat vurderes relevant.

Når whistleblowerenhedens konklusionsrapport foreligger, vil forvaltningen tage stilling til, om det er nødvendigt at justere i den eksisterende handleplan.



RESULTATER

STATUS PÅ ENHEDERNE I DAG

I det følgende fremgår taskforcens vurdering af de 10 enheders kvalitet i dag. I gennemgangen er der taget udgangspunkt i data fra tidspunktet for indberetningen for de individuelle whistleblowersager til perioden august 2024 til juli 2025. Data sammenholdes med gennemsnittet for lignende enheder i forvaltningen.

Overordnet udvikling

På tværs af de 10 enheder viser taskforcens undersøgelse, at der generelt er sket en positiv udvikling siden whistleblowerindberetningerne, og at der på enhederne er arbejdet med de forhold, som beskrives i rapporterne. Samlet set bør der på flere af enhederne fortsat være en skærpet opmærksomhed på arbejdsmiljøet, da data peger på fortsatte udfordringer på flere enheder.

Ledelsesmæssige forhold og kultur

På de fleste enheder ses i dag en stabil ledelsesmæssig situation. På de steder, hvor der er sket et forstander-/lederskifte, har dette generelt bidraget positivt til medarbejdertrivslen.

Arbejdsmiljø: Personaleomsætning, sygefravær og trivsel

Data viser, at der generelt er arbejdet med de udfordringer, som whistleblowersagerne har påpeget i forhold til arbejdsmiljø.

For flertallet af enhederne har personaleomsætning og sygefravær udviklet sig i en positiv retning. Dog ligger personaleomsætningen fortsat over gennemsnittet for forvaltningen på fem enheder, og sygefraværet ligger over gennemsnit for forvaltningen på fire enheder. Et lignende billede ses for medarbejdertrivslen.

Trods en positiv udvikling for flere af enhederne ligger trivslen fortsat under forvaltningens gennemsnit på seks enheder. Det peger på et behov for at fastholde det eksisterende fokus på arbejdsmiljø og kulturforandringsarbejde.



RESULTATER

Faglig kvalitet og kompetencer

For de enheder hvor whistleblowersagerne har vedrørt den faglige kvalitet, vurderes det, at enhederne i dag har gode forudsætninger for kvalitetsarbejde. På størstedelen af enhederne ses en faldende andel ufaglærte medarbejdere siden whistleblowerindberetningerne, hvilket styrker forudsætningerne for at arbejde med faglig kvalitet.

Tilsynsresultater

I perioden fra indberetningen frem til seneste datatræk (perioden august 2024 til juli 2025), har seks af de 10 enheder fået gentaget den samme type tilsyn ved enten BDO eller Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS): Tilsynsresultaterne har bevæget sig i en positiv retning på fire af enhederne. To enheder fået samme tilsynsresultat.

Ved seneste tilsyn fik en enhed den bedste vurdering "Særdeles tilfredsstillende" af det kommunale tilsyn, udført af den eksterne samarbejdspartner BDO, mens otte enheder fik den anden bedste vurdering ved enten BDO eller Styrelsen for Patientsikkerhed. Én enhed fik ifm. BDO-tilsyn den midterste vurdering "Tilfredsstillende".

Borgeroplevet kvalitet

Der ses generelt små udsving i borgernes svar i forvaltningens brugerundersøgelse. En lige stor andel af enhederne har flyttet sig i hhv. negativ og positiv retning sammenholdt med tidspunktet for indberetningen. I seneste brugertilfredshedsundersøgelse ligger syv enheder på niveau med forvaltningens gennemsnit, mens tre enheder ligger under gennemsnittet. På disse enheder er der behov for et fortsat fokus på at sikre, at borgerne og beboerne oplever at modtage den pleje og støtte, som de har behov for.



RESULTATER

BEHOVET FOR YDERLIGERE INITIATIVER

Taskforcens proces har vist, at de igangsatte initiativer vurderes relevante og tilstrækkelige, når de bliver implementeret. For flertallet af enhederne er der behov for fokus og tid til at implementere de igangsatte initiativer.

På seks enheder er der behov for at fortsætte initiativerne med særligt fokus på at nedbringe sygefravær og personaleomsætning, øge medarbejdertrivsel, mindske andelen af faglærte medarbejdere samt sikre en stabil og fagligt robust organisering, som kan understøtte styrket dokumentationspraksis, forebyggelse af indlæggelser og brugertilfredshed.

Taskforcens proces peger på, at der på to enheder ikke er behov for yderligere undersøgelser eller initiativer, idet der ikke aktuelt er bekymring for den faglige kvalitet eller arbejdsmiljøet på enhederne.

For de to enheder med igangværende whistleblowersager har taskforcens proces vist, at de igangsatte initiativer for nuværende er relevante, og at enhederne har behov for tid til at gennemføre initiativer i handleplanerne. Særligt for den ene enhed er der opmærksomhed på et behov for, at den indsats som er planlagt på enheden, bliver prioriteret og gennemført. Yderligere har forvaltningen besluttet en intensivering af indsatser vedr. ledelse på enheden.



SPOR 5: LÆRINGSPUNKTER TIL FORVALTNINGENS KVALITETSARBEJDE



LÆRINGSPUNKTER TIL FORVALTNINGENS KVALITETSARBEJDE

FOKUSOMRÅDER I FORVALTNINGENS KVALITETSARBEJDE

I dette afsnit beskrives de læringspunkter, der udspringer af taskforcens arbejde, og der peges på udviklingsbehov i forvaltningens arbejde med faglig kvalitet på ældreområdet.

Læringspunkterne omfatter ikke forhold, der knytter sig til processen omkring whistleblowerenhedens rapport om BispebjergHjemmet eller forvaltningens samarbejde og kommunikation med Borgerrådgiverens whistleblowerenhed. Dette afdækkes i et særskilt spor.

Læringspunkter fra gennemgang af whistleblowersager

Arbejdet med gennemgangen af whistleblowersagerne har synliggjort et potentiale for at uddrage læring af whistleblowerenheder på tværs og for i højere grad at integrere denne viden systematisk i forvaltningens kvalitetsarbejde under hensyntagen til den nødvendige fortrolighed i forhold til sagerne.

På tværs af sagerne ses det:

- at ustabile eller u hensigtsmæssige ledelsesforhold ofte smitter af på arbejdsmiljøet, hvilket i flere tilfælde har været en medvirkende årsag til, at der er indgivet en whistleblowerhenvendelse. Ledelseskraft og stabilitet er centrale forudsætninger for både medarbejdernes trivsel og kvaliteten i plejen, og temaet går igen som et vigtigt læringspunkt i materialet.
- at mange af de opfølgende handlinger relaterer sig til enhedernes faglige infrastruktur og faglige kapacitet – herunder organisering, kompetencer og systematik i det lokale kvalitetsarbejde. Det peger på et bredere opmærksomhedspunkt for forvaltningen på at styrke de strukturelle rammer for at arbejde med kvalitet på enhederne. Se afsnit herunder om styrket faglig infrastruktur.



LÆRINGSPUNKTER TIL FORVALTNINGENS KVALITETSARBEJDE

Datadrevet opsporing af kvalitetsudfordringer

Ser man på tværs af rapportens kapitler og taskforcens arbejde, er der et potentiale i tidligt og mere systematisk at opdage kvalitetsproblemer, skabe større gennemsigtighed omkring dem på tværs af organisationen og handle mere samstemt på dem.

Forvaltningen er derfor i gang med at afprøve et databaseret screeningsværktøj med inspiration fra Aarhus Kommune. Formålet med værktøjet er at identificere risici for og tidlige tegn på kvalitetsudfordringer og give ledelsen et datadrevet grundlag for at vurdere behov for handling og sikre en løbende kvalitetsopfølgning.

Styrket faglig infrastruktur på enhederne

Både analysen af BispebjergHjemmet og gennemgangen af whistleblowersager peger på, at en velfungerende ledelse skal understøttes af en solid faglig infrastruktur på den enkelte enhed. En tydelig organisering, klare roller og faste strukturer for kvalitetsarbejdet er afgørende for at skabe den nødvendige faglige systematik i kvalitetsarbejdet omkring plejen på enhederne. Den uvildige journalgennemgang peger også på vigtigheden af planlægning, der sikrer faglig dækning og tydelig ansvarsplacering i alle vagtlag, herunder i perioder med spidsbelastning og ved vagtskifte.

På den baggrund vil forvaltningen undersøge mulighederne for at styrke den faglige infrastruktur på tværs af plejehjem. Det omfatter blandt andet at sikre, at der på alle plejehjem er en kvalitetsansvarlig med et særligt ansvar for at drive kvalitets- og forbedringsarbejdet i tæt samarbejde med ledelsen.

Derudover vil forvaltningen arbejde mere systematisk med at følge fordelingen af faglærte og ufaglærte medarbejdere som led i ovenfor nævnte screeningsværktøj samt afdække behovet for yderligere praksisnær kompetenceudvikling i anvendelsen af forbedringsmodellen.



LÆRINGSPUNKTER TIL FORVALTNINGENS KVALITETSARBEJDE

Viden fra klager

Arbejdet viser, at klager og bekymringshenvendelser fra borgere og pårørende i dag anvendes til læring lokalt, men kun i begrænset omfang omsættes til systematisk læring på tværs af forvaltningen. Henvendelserne håndteres som udgangspunkt, hvor de modtages, men indgår kun i mindre grad i den samlede kvalitetsopfølgning. Samtidig rummer klagerne en vigtig indsigt i borgeres og pårørendes oplevelser, og der er et potentiale i at anvende denne viden mere struktureret.

Antallet af klager på området er dog generelt lavt, hvilket kan begrænse mulighederne for at udlede systematiske tendenser. Forvaltningen vil i det videre arbejde søge samarbejde med andre kommuner, herunder Aarhus Kommune, som arbejder med lignende tiltag for at indhente erfaringer og kvalificere udviklingen af en mere systematisk praksis.



Som opfølgning vil forvaltningen igangsætte et afdækningsarbejde, der blandt andet omfatter:

- en gennemgang af rolle- og ansvarsfordeling i registreringen og håndteringen af klager på tværs af organisationen
- en kortlægning af hvilke typer data og kategoriseringer, der bedst understøtter læring og systematisk kvalitetsopfølgning
- en afklaring af behovet for systemunderstøttelse, herunder hvordan klagedata fremover kan tilgås, struktureres og deles, så de kan anvendes mere systematisk og operationelt i kvalitetsarbejdet.

Styrket dokumentationspraksis

Erfaringerne fra BispebjergHjemmet peger på, at dokumentationspraksis er på et tilfredsstillende niveau, men at der også er et potentiale for at styrke praksis. Når dokumentationen ikke er tilstrækkeligt systematisk, bliver det vanskeligt at skabe overblik over faglige vurderinger og indsatser samt at følge op på ændringer i borgernes tilstand. Den uvildige journalgennemgang peger samtidig på, at et højt ambitionsniveau i dokumentationskrav tilbage i 2022 stillede store krav til systematik og prioritering i hverdagen. Forvaltningen vil fortsat arbejde målrettet med at styrke enhedernes arbejde med dokumentation med bl.a. løbende kompetenceudvikling, konkret understøttelse på enhederne, og forbedring af den tekniske understøttelse. Endvidere vil forvaltningen fastholde fokus på forenkling af dokumentationspraksis, så dokumentationen understøtter den faglige opgaveløsning i praksis.

LÆRINGSPUNKTER TIL FORVALTNINGENS KVALITETSARBEJDE

Mere systematisk opfølgning på utilsigtede hændelser

Erfaringerne viser også behov for at styrke arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH). Når opfølgningen ikke er tilstrækkeligt systematisk, bliver det sværere at omsætte erfaringer fra enkeltstående hændelser til læring og forbedringer – både lokalt og på tværs af plejehjemmene.

En mere ensartet håndtering og anvendelse af viden fra UTH'er kan bidrage til tidlig opsporing af kvalitetsudfordringer og styrke den samlede faglige kvalitet.

Mere systematisk opfølgning med handleplaner

Erfaringerne fra BispebjergHjemmet og gennemgangen af øvrige whistleblowersager peger på et behov for mere ensartede og tydelige rammer for, hvordan opfølgning og handleplaner udarbejdes og følges på tværs af enhederne, fx ved whistleblowersager og kvalitetsudfordringer.

Forvaltningen har i dag koncepter for handleplaner på fx økonomiområdet og for brugertilfredshed, mens handleplaner på andre områder ikke altid følger samme systematik.

Der har været arbejdet med et samlet koncept på tværs af økonomi, HR og kvalitet, som har været afprøvet på enkelte enheder. Forvaltningen vil samle og videreudvikle de eksisterende erfaringer og etablere fælles skabeloner, der også kan anvendes i forbindelse med kvalitetsopfølgning. Herunder vil det blive obligatorisk at udarbejde en handleplan ved whistleblowersager, hvor der er bekymring for den faglige kvalitet

Formålet er at skabe en mere systematisk og genkendelig ramme for analyse, mål, ansvar, tidsfrister og opfølgning. En styrket og mere ensartet struktur vil understøtte ledelsens mulighed for at følge fremdriften og bidrage til, at forbedringer forankres mere konsekvent og bæredygtigt på tværs af enhederne.



LÆRINGSPUNKTER TIL FORVALTNINGENS KVALITETSARBEJDE

Overensstemmelse mellem faglige krav i nationale retningslinjer og forvaltningens vejledninger

Den uvildige journalgennemgang peger på, at enkelte af forvaltningens vejledninger og instrukser stiller krav, som går videre end de nationale retningslinjer.

Forvaltningens vejledning og instrukser skal flugte med nationale krav og forvaltningen vil derfor i 2025 fortsætte arbejdet med at forbedre vejledninger og instrukser med henblik på at sikre tydelighed, faglig relevans og sammenhæng mellem ambitionsniveau, nationale krav og den praktiske opgaveløsning.

Målet er at skabe klare og ensartede rammer, som understøtter kvalitet og patientsikkerhed, uden at pålægge unødigt komplekse krav til dokumentation og arbejdsgange.



BILAG



BILAGSOVERSIGT

Oversigt over de bilag, som er en del af rapporteringen. Bilagene vedlægges særskilt.

Spor 2

- Bilag 1: Skriftlig tilbagemelding på tilsyn på Bispebjergehjemmet fra Ældretilsyn Øst

Spor 3:

- Bilag 2: Kommissorium for uvildig undersøgelse af borgerjournaler, Bispebjergehjemmet 2022
- Bilag 3: Uvildig undersøgelse af 25 borgerjournaler fra plejehjemmet Bispebjergehjemmet i 2022 fra PS!mprove

