

## Resumé til offentliggørelse

### **Plejhjemmet Grønnehaven, Helsingør Kommune**

*Styrelsen for Patientsikkerhed har den 30. august 2021 givet påbud til Plejhjemmet Grønnehaven, Helsingør Kommune, om at sikre forsvarlig medicin-håndtering, systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå, en tilstrækkelig ansvar-, opgave- og kompetencefordeling, en klar rammedelegation og tilstrækkelig journalføring, samt visse instrukser i tilknytning hertil.*

Styrelsen for Patientsikkerhed har påbudt Plejhjemmet Grønnehaven, Helsingør Kommune:

1. at sikre forsvarlig medicinbehandling, herunder udarbejdelse og implementering af en tilstrækkelig instruks herfor, fra den 30. august 2021.
2. at sikre, at der er gennemført systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå for samtlige patienter i aktuel behandling og eventuelt nytilkomne patienter fra den 30. august 2021.
3. at sikre udarbejdelse og implementering af en tilstrækkelig instruks for personalets ansvar, opgave- og kompetencefordeling, fra den 30. august 2021.
4. at sikre en tilstrækkeligt klar rammedelegation i forhold til blodsukkermålinger, herunder i forhold til, hvornår det skal og kan medføre insulinbehandling, fra den 30. august 2021.
5. at sikre tilstrækkelig journalføring, herunder dokumentation af habilitetsvurdering i forbindelse med indhentelse af informeret samtykke, fra den 30. august 2021.

Påbuddet kan ophæves, når Styrelsen for Patientsikkerhed ved et nyt tilsynsbesøg har konstateret, at påbuddet er efterlevet.

### **Baggrund**

Styrelsen for Patientsikkerhed gennemførte den 29. juni 2021 et varslet, reaktivt tilsyn med Plejhjemmet Grønnehaven, Helsingør Kommune. Baggrunden for tilsynet var, at styrelsen havde modtaget en bekymringshenvendelse fra en praktiserende læge. Henvendelsen omhandlede alvorlige fejl i medicinbehandling på behandlingsstedet. Styrelsen vurderede på den baggrund, at der var grundlag for at foretage et reaktivt tilsyn på stedet for at belyse forholdene nærmere.

Plejhjemmet Grønnehaven er et plejehjem beliggende i Helsingør Kommune. Der var 119 beboere og de havde blandede problemstillinger. Der var en skærmet demensenhed på stedet og der var enheder, der havde beboere med sygdomme og lidelser af mere somatisk karakter. Personalet var inden for faggrupperne social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, ufaglærte og husassistenter, fysioterapeuter og en ergoterapeut.

Styrelsen for Patientsikkerhed

Islands Brygge 67  
2300 København S  
Tlf. +45 7228 6600  
Email [stps@stps.dk](mailto:stps@stps.dk)

[www.stps.dk](http://www.stps.dk)

Tilsynet tog udgangspunkt i målepunkterne for plejeområdet 2021. Målepunkterne er udtryk for de minimumskrav, som styrelsen vurderer, skal efterleves på et sted som Plejehjemmet Grønnehaven, Helsingør Kommune, for at understøtte, at behandling og pleje sker med den nødvendige omhu og samvittighedsfuldhed.

Ved tilsynet blev der gennemgået to journaler og foretaget medicingennemgang for to patienter. For en detaljeret gennemgang af fundene ved tilsynsbesøget henvises til tilsynsrapporten.

## **Begrundelse**

### Medicin håndtering

I en ud af to stikprøver var der ikke overensstemmelse mellem det aktuelle handelsnavn på medicinlisten og det præparat, der var i beholdningen vedr. et præparat. I en ud af to stikprøver var der ikke maksimal døgndosis på paracetamol til efter behov (p.n.). Patienten havde tillige en fast ordination på paracetamol.

Styrelsen henviste til vejledning nr. 9079 af 12. februar 2015 om ordination og håndtering af lægemidler pkt. 2.5.1. samt til Styrelsen for Patientsikkerheds pjece "Korrekt håndtering af medicin" fra 2019 omkring indhold af medicinlisterne og sikring af korrekt dokumentation af ordinationer.

Det var styrelsens vurdering, at det udgør en betydelig risiko for fejlmedicinering, hvis medicinlisten ikke føres systematisk og ikke sikres opdateret.

### *Medicinbeholdning*

Ved gennemgang af medicinbeholdningen konstaterede styrelsen, at der i en ud af to stikprøver ikke var den medicin, som patienten stod til at være i behandling med. Det blev oplyst, at det skyldes, at medicinen ikke længere var aktuel for patienten. Det vedrørte Duraphat-tandpasta og "HUSK". Imidlertid stod det i journalen en måned tidligere, at patienten skulle have "HUSK" dagligt. Derudover var der i en stikprøve Remowax i beholdningen for en patient, hvilket ikke fremgik af medicinlisten. Det blev oplyst, at det var pårørende, der administrerede dette.

Al den medicin, patienten er i behandling med, skal være i patientens medicinbeholdning, jf. ovennævnte pjece.

Det var styrelsens opfattelse, at det udgør en væsentlig risiko for patientsikkerheden, hvis al den medicin, der er ordineret til patienten, ikke findes i patientens beholdning, idet dette øger risikoen for, at patienten ikke får den ordinerede medicin eller ikke får det til rette tidspunkt.

### *Holdbarhed og anbrudsdato*

I en stikprøve var de strips, der aktuelt var i brug til måling af blodsukker udløbet i februar 2020 og der var en uanbrudt pakke yderligere med samme udløbsdato. Der var en dermovatsalve, som var i brug og hvor det ikke fremgik, hvor længe den var holdbar efter anbrud.

Styrelsen henviste til ovennævnte pjece i forhold til angivelse af anbrudsdato og anførte, at det var styrelsens opfattelse, at det udgør en risiko for at patienten modtager medicin uden eller med begrænset virkning, hvis det ikke kan sikres og bliver sikret, at den givne medicin ikke har overskredet sin holdbarhedsdato.

#### *Administration af ikke-doserbare lægemidler*

Styrelsen konstaterede i begge stikprøver, at det ikke var dokumenteret at der var administreret ikke-doserbare lægemidler. I en stikprøve var patienten i fast behandling med to forskellige insulin injektionspræparater. I både juni og maj måned var der adskillige gange, hvor der ikke var dokumenteret for administration af præparaterne og det var således uvist og det var givet til patienten. I Den anden stikprøve var patienten i behandling med kaliummixtur og movikol og der var ligeledes adskillige udfald i dokumentationen for administration i maj og juni måned.

Det fremgår af ovennævnte pjece, at det skal dokumenteres, når der er administreret ikke-dispenserbar medicin, og hvornår medicinen er givet.

Det var styrelsens vurdering, at det udgør en betydelig risiko for forkert eller mangelfuld medicinering, når der ikke sker dokumentation for administration af ikke-doserbare lægemidler, da det derved er usikkert, hvorvidt medicinen er givet og det risikeres, at denne ikke gives eller gives flere gange end ordineret til patienten.

#### *Instruks for medicinhåndtering*

Styrelsen konstaterede, at Plejehjemmet Grønnehaven anvendte Helsingør Kommunes instruks for medicinhåndtering. Instruksen stemte dog ikke overens med de beskrevne, lokale arbejdsgange på stedet. I en ud af to stikprøver var der fx en ekstra dispenseret dagsæske uden ugedag. Medarbejderne oplyste, at det var en reserve og ved hver dispensering skulle der skiftes låg med en ugedag. For at undgå at medicinen blev mere end fire uger gammel. Arbejdsgangen var ikke beskrevet i instruksen og tog heller ikke højde for ændring af handelsnavn. Det blev videre oplyst, at der altid blev valgt forskudte administrationstider ved forskellige dispenseringsformer for at undgå forveksling i forbindelse med dokumentation. Derudover havde behandlingsstedet skærpet, hvilke faggrupper, der måtte udlevere medicin i forhold til hvad der fremgik af kommunens instruks. Disse forhold var ikke beskrevet i en instruks.

Det var hertil styrelsens vurdering, at instruksen ikke var tilstrækkeligt implementeret, da håndteringen af risikosituationslægemidler ikke skete patientsik-

kerhedsmæssigt forsvarligt. Der henvises i øvrigt til ovenstående, refererede fund i medicinhåndteringen.

#### *Samlet vurdering for medicinhåndtering*

Styrelsen vurderede, at den manglende efterlevelse af vejledningen om ordination og håndtering af lægemidler og Styrelsen for Patientsikkerheds pjece ”Korrekt håndtering af medicin”, 2019, udgør en væsentlig patientsikkerhedsrisiko, da reglerne skal sikre, at medicinhåndtering sker på forsvarlig vis. Styrelsen lagde vægt på, at fejl og mangler i medicinhåndteringen generelt rummer en alvorlig fare for patientsikkerheden, herunder risiko for fejlmedicinering eller manglende medicinering.

Det var hertil styrelsens vurdering, at en instruks, der ikke er tilpasset de lokale forhold, samt en utilstrækkeligt implementeret instruks for medicinhåndtering rummer en betydelig risiko for patientsikkerheden, da der dermed ikke sikres en ensartet og patientsikker medicinhåndtering på stedet.

#### Sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå

Styrelsen henviste til vejledning om sygeplejefaglig journalføring pkt. 5.2. om de 12 sygeplejefaglige problemområder og vurderinger mv. i den forbindelse.

Under tilsynet konstaterede styrelsen, at der i en journal manglede eller var mangelfulde vurderinger af patientens aktuelle eller potentielle problemer. De vurderinger, der var foretaget, fremstod mangelfulde i de faglige beskrivelser i et omfang, så det ikke var muligt at opnå relevant indsigt i patientens problemstillinger. Patienternes funktionsniveau og bevægeapparat var ikke beskrevet. Det blev oplyst at det stod under døgnrytmeplan eller funktionsevnetilstande, uden at der var en henvisning til dette. I en stikprøve var ernæring markeret som ikke relevant, andet sted i journalen fremgik det at patienten var småtspisende, havde mave-tarmsygdom og problemer relateret hertil, samt en tumor i et område relevant for ernæringsindtag. Derudover havde patient haft et vægttab på 4 kg, der ikke var handlet på. I en stikprøve fremgik det af døgnrytmeplanen at patienten havde risiko for svamp i lysken, problemet hud/slimhinder var ikke vurderet. En patient havde nedsat hørelse og anvendte høreapparat, men området kommunikation eller smerte/sanseindtryk var ikke vurderet. Området psyko/socialt var i en stikprøve ikke vurderet, selvom det andet sted var beskrevet at patienten let blev ked af det. Viden/udvikling var ej heller vurderet for patienten. I samme stikprøve, var respiration/cirkulation ikke vurderet, selvom patienten havde forhøjet blodtryk. I en stikprøve anvendte patienten ble pga. afføringsinkontinens, men eneste angivelse under udskillelse af urin var ”ble”.

I en stikprøve havde patienten pn medicin for symptomer på sygdom i bevægeapparatet. Der var ikke en fyldestgørende vurdering af patientens problemstilling inden for bevægeapparat og hvornår det evt. var relevant at give pn medi-

cin. Patienten havde mange faldeepisoder, hvilket ikke var fyldestgørende beskrevet. I en stikprøve havde patienten angst og periodiske hallucinationer. Det fremgik ikke under vurderingen af psyko/social, ligesom patientens søvn/hvile heller ikke var vurderet. Patienten faldt desuden ofte om natten. En patient var svimmel, led af forhøjet blodtryk og havde haft problemstilling med ødemer, men respiration/cirkulation var ikke vurderet. I en stikprøve var smerte/sanseindtryk ikke vurderet hos en patient, der var i smertestillende behandling, både med mildt analgetika og mod neuropatiske smerter. En patient havde utilsigtet vægttab og var dehydreret hvilket var noteret i døgnrytmeplanen, men der var ikke foretaget en relevant sygeplejefaglig vurdering af problemet.

De tilstedeværende medarbejdere under tilsynsbesøget kunne ikke i tilstrækkeligt omfang redegøre for, at der var foretaget de fornødne vurderinger i forhold til ovenstående. Styrelsen lagde derfor til grund, at der ikke alene var tale om manglende journalføring af vurderingerne i forhold til ovenstående fund.

Det var styrelsens opfattelse, at vurdering af disse forhold og dokumentation heraf er nødvendigt af hensyn til den enkelte patients sikkerhed, da dette udgør et væsentligt element i helhedsvurderingen af patienten og danner grundlaget for, hvilke pleje- og behandlingsindsatser der skal iværksættes. Manglende vurdering af relevante sygeplejefaglige problemområder og dokumentation heraf også kan have betydning for senere vurderinger af patientens tilstand, da der er risiko for, at der opstår tvivl om, hvorvidt et symptom inden for et område er nyopstået eller ej. Det kan medføre en forsinkelse i identifikation af et potentielt problem og deraf afledt manglende relevant pleje og behandlingen af patienten eller forsinkelse heraf.

Under tilsynet kunne styrelsen videre konstatere, at der ikke var en oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser i de to gennemgåede journaler. Begge patienter havde flere sygdomme og funktionsnedsættelser, som det kun var muligt at få et overblik over ved gennemgang af medicinlisten, helbredstilstande, døgnrytmeplaner og andre steder i journalen, hvor der fremgik oplysninger. Derudover havde medarbejderne kendskab til funktionsnedsættelser, uden medicinsk behandling, som ikke stod angivet i journalen.

Sundhedspersoner skal ud fra journalen kunne få kendskab til patientens tilstand, hvilke overvejelser der er gjort, hvilken pleje og behandling der er planlagt, udført, resultatet samt eventuel opfølgning, jf. vejledningen om sygeplejefaglig journalføring, pkt. 3.

Styrelsen kunne på baggrund af det ved tilsynet konstaterede ikke lægge til grund, at samtlige relevante medarbejdere kunne få det fornødne kendskab til patienternes tilstande, hvilke overvejelser der er gjort, hvilken pleje og behandling der er planlagt, udført, resultatet samt eventuel opfølgning, og vurderede

på den baggrund at ikke var sikret et tilstrækkeligt overblik over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser.

I to ud af to stikprøver fremgik aftaler med behandlingsansvarlig læge ikke. Det blev oplyst, at der var besluttet fast månedlig vejning og måling af blodtryk på alle patienterne i forebyggelsesøjemed og der var derfor ikke altid sat en referenceværdi af relevant læge. Det var således ikke altid klart for medarbejderne, hvad de skulle reagere på. I en stikprøve var der blodtryksmålinger med varierende værdier, som ikke var fulgt op med relevant læge. I en stikprøve havde patienten diabetes, og der skulle måles blodsukker hver uge, men der fremgik ikke en aftale med behandlingsansvarlig læge herom. Blodsukrene var derudover ikke målt ugentligt, idet der var op til tre ugers udfald. Der var anført en nedre grænse, men ikke en fyldestgørende referenceramme herfor. Andet sted i journalen fremgik det, at lægen havde øget behandlingen, idet blodsukrene lå højt. Styrelsen henviste i den forbindelse til vejledningen om sygeplejefaglig journalføring, pkt. 5.2.

Det var styrelsens opfattelse, at det er nødvendigt at det dokumenteres, hvilke aftaler der er med behandlingsansvarlig læge og hvordan der er handlet i forhold til disse, da dette udgør et væsentligt element i plejen og behandlingen samt opfølgning herpå hos den enkelte patienten, samt da det udgør en del af grundlaget for, hvilke pleje- og behandlingsindsatser der skal iværksættes.

Styrelsen konstaterede videre, at der ikke var fulgt tilstrækkeligt op på en række af patienternes problemstillinger og den aktuelle pleje og behandling. Fx havde en patient problemstilling ved tarmsystemet og der var henvist til kirurgisk vurdering i foråret, men det fremgik ikke at patienten var vurderet og beslutninger derefter. Problemstillingen havde en karakter, der kunne give behov for daglig, særlig personlig pleje, men dette var ikke vurderet eller beskrevet. En patient med problemer med udskillelse fremgik det, at der skulle være fokus på det, men der var op til 20 dage, hvor der ikke var dokumentation for udskillelse af afføring, og det fremgik ikke, hvad forventet mål var. En patient var under mistanke for brystkræft, og der var foretaget podning 25 dage forud for tilsynet, men der var ikke beskrevet svar eller opfølgning herpå. For en patient med diabetes var det i maj noteret, at patienten havde et sår på hælen, men ikke hvilken hæl eller hvilken sårpleje, der var brug for. Andet sted fremgik det, at såret var helet op. Et tredje sted fremgik, at patienten havde et sår på ryggen. For en patient med permanent kateter fremgik det ikke, hvordan den daglige kateterpleje skulle udføres og handlingsanvisningerne var utilstrækkelige. Det var noteret, at det skulle skiftes hver 3. måned, men det var først planlagt til efter knap fire måneder. En patient med hyppig faldtendens havde efterfølgende smerter fra fald, men det fremgik ikke hvor smerterne opstod og om der var fulgt op på disse. Der var ikke fulgt op på en patients sideindtag af paracetamol ved siden af fast behandling. Medarbejderne kunne under tilsynsbesøget ikke redegøre for, at ovenstående opfølgning og evaluering på plejen af patienterne var udført,

hvorfor styrelsen ikke kunne lægge til grund, at der alene var tale om mangler i journalføringen.

Det var på denne baggrund styrelsens vurdering, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, når der ikke sikres et overblik over sygdomme og funktionsnedsættelser, samt sikres tilstrækkelige sygeplejefaglige vurderinger af patienterne, og når der ikke sikres opfølgning og evaluering på sygeplejefaglige observationer.

#### Instruks for ansvar, opgave- og kompetencefordeling

Ved tilsynsbesøget konstaterede styrelsen, at Plejehjemmet Grønnehaven anvendte Helsingørs Kommunes beskrivelse af kompetencer, samt ansvar og opgavefordeling. Ledelsen oplyste, at der var aftalt lokale justeringer, men disse fremgik ikke af en lokalt tilpasset instruks.

Det var styrelsens vurdering, at en patientsikker varetagelse af den patientgruppe, der behandles på Plejehjemmet Grønnehaven, forudsætter klare arbejdsgange og tydelighed i ansvarsfordelingen. Det er en nødvendig forudsætning for sikring af en forsvarlig varetagelse af patientbehandlingen, at der på behandlingsstedet er klare og skriftlige instrukser for ansvar, opgave- og kompetencefordelingen herfor, og at instrukserne er implementeret hos det relevante personale.

#### Rammedelegation for blodsuktermåling, herunder hvornår det skal og kan medføre insulinbehandling

Styrelsen konstaterede, at der på Plejehjemmet Grønnehaven blev anvendt Helsingør Kommunes instruks for rammedelegation for blodsuktermåling på patienter med diabetes. Rammedelegationen angav hertil, at der skulle gives insulin ved blodsukker på over 15 mmol/l, hvilket er misvisende, da hver enkelt patient skal have en individuelt tilpasset ordination.

Styrelsen henviste til bekendtgørelse og vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed), samt til vejledning om udfærdigelse af instrukser.

Styrelsen oplyste, at der var tale om virksomhed forbeholdt bl.a. læger, men at det er muligt for en læge at delegere fx beslutning om at indgive insulin til patienter med diabetes til øvrigt personale på stedet.

Det var styrelsens vurdering, at en sådan delegation skal være udformet i en skriftlig instruks, som personalet kan anvende i det daglige arbejde, hvis der anvendes en rammedelegation.

At der ikke er tydelige delegationsrammer indebar efter styrelsens opfattelse

en risiko for, at der sker fejlbehandling, og udgør derfor en betydelig risiko for patientsikkerheden.

### Journalføring

Styrelsen henviste til bekendtgørelse nr. 1225 af 8. juni 2021 om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføringsbekendtgørelsen) §§ 4, 5, og 11-18. Endvidere til vejledning nr. 9521 af 1. juli 2021 om sygeplejefaglig journalføring, herunder bl.a. pkt. 2 og 5.2.

### *Overskuelig og systematisk journalføring*

Styrelsen kunne under tilsynet konstatere, at timelønnede medarbejdere ikke nødvendigvis fik adgang til journalen med vikarkode på trods af, at de indgik i patientplejen og behandlingen. Hvis timelønnede uden adgang til journalen skulle dokumentere, blev det oplyst, at det foregik ved at en fast medarbejder loggede ind så den timelønnede kunne skrive. Styrelsen fik oplyst, at fordi de timelønnede medarbejdere ikke fik adgang til journalen, så blev de relevante dele af journalen printet i stedet. I en ud af to stikprøver blev der imidlertid set døgnrytmeplaner opbevaret i en 'borgermappe', der ikke afspejlede patientens aktuelle tilstand og ikke stemte overens med journalen. Journalen var således ikke enstrengt.

Det var hertil styrelsens opfattelse, at det udgør en betydelig risiko for patientsikkerheden, at vikarer ikke har adgang til den fulde journal, da vikarerne dermed ikke har mulighed for på tilstrækkelig vis at orientere sig om patienterne, også i forbindelse med akutte opgaver. Styrelsen skal hertil videre bemærke, at det skal fremgå af journalen, hvem der foretaget behandlingen.

Plejhjemmet Grønnehaven har i sit høringssvar af 18. august 2021 oplyst, at timelønnede medarbejdere nu har adgang til den elektroniske journal, og at der vil ske forudgående introduktion. Ligeledes er det oplyst, at printede papirudgaver af døgnrytmeplaner eller forflytningsskemaer ikke længere ligger i borgermapper men udelukkende i den elektroniske version.

I begge stikprøver var der ikke systematik i dokumentationen, da der var en række af oplysninger om patienterne, som ikke fremgik af de sygeplejefaglige vurderinger, men i stedet fremgik under døgnrytmeplaner eller andre steder i journalen. Det var ikke muligt at danne sig et relevant fagligt overblik over patienternes problemstillinger ud fra journalen. I en stikprøve var der under udskillelse noteret, at patienten havde en tumor i en anden del af kroppen, hvilket ikke fremgik andre steder. I begge stikprøver var der ikke konsekvent dokumenteret udskillelse under "målinger", selvom patienterne i begge tilfælde havde problemstillinger inden for området. I en journal var lægens notat fra 2019 kopieret ind i de generelle oplysninger. I notatet indgik diagnoser og andre medicinske betegnelser, der ikke nødvendigvis kunne læses af alle medarbejdere. Derudover afspejlede notatet ikke patientens aktuelle tilstand. Endelig



havde behandlingsstedet ikke konsekvent taget funktionaliteterne i ”opgave” og ”kalender” i brug i systemet. Derfor blev en række påmindelser fortsat ført i en fysisk kalender, mens andre fremgik af journalen.

Det var styrelsens opfattelse, at en systematisk og fyldestgørende journalføring er nødvendig for at sikre kontinuitet i pleje og behandling af patienten og for at sikre den interne kommunikation på behandlingsstedet og kommunikation med samarbejdspartnere. Journalen skal kunne give et overblik over patientens tilstand, så personalet blandt andet har mulighed for at foretage hurtig og relevant håndtering i en eventuel akut situation. Det var styrelsens vurdering, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, at journalen ikke gav et tilstrækkeligt overblik over den sundhedsfaglige pleje og behandling af patienterne.

I én ud af to stikprøver fremgik der ikke dokumentation for vurdering af patientens habilitet (samtykkekompetence). Medarbejderne kendte patienterne og kunne ved tilsynet mundtligt redegøre for vurderingen

Reglerne om information og samtykke har til formål at sikre patienternes selvbestemmelse og er et grundlæggende princip inden for sundhedsretten. Det var styrelsens opfattelse, at den utilstrækkelige journalføring i denne forbindelse udgør en risiko for patientsikkerheden, da grundlaget for behandlingen så ikke er klart, og det derved ikke er sikret, at behandlingen sker med respekt for patientens selvbestemmelsesret.

#### *Instruks for journalføring*

På baggrund af de konstaterede mangler i systematikken i journalføringen var det styrelsens vurdering, at det er nødvendigt på Plejehjemmet Grønnehaven at sikre udarbejdelse og implementering af en tilstrækkelig instruks for den sundhedsfaglige dokumentation. Det var således styrelsens vurdering, at udarbejdelse og implementering af en sådan instruks er nødvendigt for at sikre en overskuelig, systematisk journalføring på stedet, således at journalen som arbejdsredskab for personalet kan understøtte god og sikker patientbehandling på stedet.

Plejehjemmet Grønnehaven har i sit høringssvar af 18. august 2021 oplyst, at der er iværksat undervisning og sidemandsoplæring af medarbejderne i brugen af journalen, og at journalerne vil blive ajourført i forbindelse med denne proces.

#### *Samlet vurdering vedr. journalføring*

Det var styrelsens vurdering, at de beskrevne grundlæggende og gennemgående mangler i form af ikke ajourført, fyldestgørende og systematisk journalføring rummer en betydelig fare for patientsikkerheden både med hensyn til sikring af kontinuitet og kvalitet i pleje og behandling af den enkelte patient.

### Samlet vurdering

Styrelsen vurderede, at de konstaterede problemer og mangler i relation til medicinhåndtering, sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå, ansvar, opgave- og kompetencefordeling, rammedelegationen og journalføring samlet set udgør større problemer af betydning for patientsikkerheden.