



# Tilsynsrapport Helsingør Rehabiliterings - og træningscenter

Reaktivt tilsyn, 2019

**Helsingør Rehabiliterings - og træningscenter**  
**Nørrevej 95**

**3070 Snekkersten**

CVR- eller P-nummer: 1015052593

Dato for tilsynsbesøget: 11-06-2019

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst  
Sagsnr.: 5-9011-3285/1

# 1. Vurdering

---

## Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter gennemgang af forholdene på behandlingsstedet den 11. juni 2019 vurderet, at behandlingsstedet falder i kategorien:

### Ingen problemer af betydning for patientsikkerheden

Styrelsen afslutter dermed tilsynet.

Vurderingen af patientsikkerheden på behandlingsstedet er baseret på de forhold, der blev gennemgået ved det aktuelle tilsyn og var baseret på følgende kilder:

- Tilsynsbesøg - herunder interview samt gennemgang af instrukser, journaler og medicin

Styrelsen for Patientsikkerhed har ved vurderingen lagt vægt på, at Helsingør Rehabiliterings- og Træningscenter efter tilsynet den 27. september 2018 har arbejdet konstruktivt og målrettet for at efterkomme påbuddet givet den 13. marts 2019. Der er blevet arbejdet fokuseret med at sikre stringent journalføring, ligesom der er indført en procedure omkring audit på medicin håndtering, og der er netop også ansat en farmakonom på centeret til at understøtte medicinering.

Styrelsen har endvidere lagt vægt på, at Helsingør Rehabiliterings- og Træningscenter havde efterlevet alle krav, herunder at sikre forsvarlig medicin håndtering samt at sikre tilstrækkelig journalføring i overensstemmelse med lovgivningen herom, herunder at sikre journalføring af informeret samtykke,

## Sammenfatning af fund

På baggrund af observationer, interview og journalgennemgang konstaterer styrelsen, at alle målepunkter nu er opfyldt.

Uddybende beskrivelse af fund kan ses i oversigten: [Fund ved tilsynet](#)

## 2. Begrundelse og fokus for tilsynet

---

### Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed udstedte d. 13. marts 2019 et påbud til Helsingør Rehabiliterings - og træningscenter:

- 1) at sikre forsvarlig medicinhandling fra den 13. marts 2019.
- 2) at sikre tilstrækkelig journalføring i overensstemmelse med lovgivningen herom fra den 13. marts 2019.

Tilsynet den 11. juni 2019 er gennemført som en del af opfølgningen på påbuddet.

### Fokus for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed fokuserede i tilsynet på, at der på behandlingsstedet blev sikret:

- forsvarlig medicinhandling.
- tilstrækkelig journalføring i overensstemmelse med lovgivningen herom, herunder at sikre journalføring af informeret samtykke

### 3. Fund ved tilsynet

[↑Tilbage til vurdering](#)

#### Samlede fund

På baggrund af observationer, interview og journalgennemgang konstaterer styrelsen, at alle målepunkter er opfyldt.

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1: <u>Interview vedrørende specialiseringsniveau af genoptræning og rehabilitering</u>	X			
2a: <u>Gennemgang af instruks vedrørende formidling af viden om genoptræningen mellem terapeuter og andet personale. Instruks opfylder krav</u>	X			
2b: <u>Interview vedrørende formidling af viden om genoptræningen mellem terapeuter og andet personale. Personalet kender og følger instruksen</u>	X			
3: <u>Interview om tilrettelæggelse af sammenhængende rehabiliteringsforløb (kun kommunale genoptræningsenheder)</u>	X			

#### Journalføring

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
4: <u>Journalgennemgang vedrørende formelle krav til journalføring</u>	X			
5a: <u>Gennemgang af instruks for medicinbehandling. Instruks opfylder krav</u>	X			

5b:	<u>Interview om instruks for medicin-håndtering. Personalet kender og følger instruksen</u>	X			
6:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste</u>	X			
7:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende medicin-håndtering og medicinopbevaring</u>	X			
8:	<u>Interview om adrenalin ved injektionsbehandling samt kompetencer for anvendelse heraf</u>	X			

## Faglige fokuspunkter i patientforløb

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
9:	<u>Journalgennemgang med henblik på vurdering af genoptræningsplaner</u>			X	
10:	<u>Journalgennemgang vedrørende sundhedsfaglig vurdering af patientens behov for genoptræning</u>	X			
11:	<u>Journalgennemgang med henblik på vurdering af dokumentation af patientens helbredsrelaterede funktionsevne</u>	X			
12:	<u>Journalgennemgang vedrørende mål og plan for genoptræningsforløbet</u>	X			
13:	<u>Journalgennemgang med henblik på vurdering af dokumentation af</u>	X			

	<u>behovet for behandlingsredskaber eller hjælpemidler i forbindelse med genoptræning</u>				
14:	<u>Journalgennemgang vedrørende undersøgelser for synkefunktion (dysfagi) og opfølgning herpå</u>	X			
15:	<u>Interview om opmærksomhed på alvorlig sygdom og opfølgning herpå</u>	X			
16:	<u>Interview om håndtering af patienter, der har brug for førstehjælp</u>	X			

### Overgange i patientforløb

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
17:	<u>Interview om kommunikation mellem sektorer vedrørende genoptræningsforløb</u>	X			

### Patienters retsstilling

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
18:	<u>Interview om patienters frie valg af genoptræningstilbud (kommune) hhv. sygehus (region)</u>	X			
19:	<u>Journalgennemgang med henblik på vurdering af informeret samtykke til behandling</u>	X			
20a	<u>Gennemgang af instruks vedrørende inddragelse af patient og evt. pårørende i genoptræningsforløbet. Instruks opfylder krav</u>	X			

20b	<u>Interview om instruks vedrørende inddragelse af patient og evt. pårørende i genoptræningsforløbet. Personalet kender og følger instruksen</u>	X			
21	<u>Observation og interview om tavshedspligt</u>	X			

## Hygiejne

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
22: <u>Interview om procedurer for hygiejne</u>	X			

## Øvrige fund

Målepunkt	Ingen fund	Fund og kommentarer
23: <u>Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici</u>	X	

## 4. Relevante oplysninger

---

### Oplysninger om behandlingsstedet

- Helsingør Rehabiliterings - og Træningscenter (HRT) har i alt 130 medarbejdere og varetager døgnrehabilitering efter udskrivelse fra hospitalet, patientrettet forebyggelse, ambulante genoptræning (både servicelov og sundhedslov), og har en sekretariatsfunktion samt en køkken & serviceafdeling.
- Der var to døgnafsnit på centret. Marlene Sønderborg Jørgensen var fysioterapeut og afdelingsleder på afsnit 01 (med 22 sengepladser). Dette afsnit havde særligt fokus på neurologiske patienter. Søs Nehring var sygeplejerske og afdelingsleder på afsnit 02 (med 24 sengepladser), der havde et bredt fokus på resten af patientgrupperne. De fleste patienter på døgnafsnittene kom med en genoptræningsplan. På centeret var også en ambulante genoptræningsfunktion, hvor Ulla Pihl er afdelingsleder.
- Det overordnede leder af centeret var terapeut Pia Hansen.
- Ved tilsynet deltog leder Pia Hansen, afdelingsleder Marlene Sønderborg Jørgensen, afdelingsleder Søs Nehring og afdelingsleder Ulla Pihl samt terapeuter, der gennemgik journaler og social- og sundhedsassistenter, som gennemgik patienternes medicin med de tilsynsførende.

### Om tilsynet

Tilsynet er gennemført som et reaktivt tilsynsbesøg som opfølgning på påbud givet den 13. marts 2019.

Til oplysning af sagen er anvendt følgende kilder:

- Tilsynsbesøg

Antal stikprøver/journalgennemgange: Dokumentationen for fire patienter blev gennemgået. Heraf blev der gennemført tre medicin-gennemgange.

Opsamling på tilsynets fund er givet til leder Pia Hansen, afdelingsleder Marlene Sønderborg Jørgensen, afdelingsleder Søs Nehring.

Tilsynet blev foretaget af: Birgitte Nielsen, oversygeplejerske, og Mette Braad Sander, specialkonsulent.





## 5. Uddybning af målepunkter

---

### Behandlingsstedets organisering

#### 1: Interview vedrørende specialiseringsniveau af genoptræning og rehabilitering

Tilsynsførende interviewer ledelsen med henblik på at vurdere, hvordan det på genoptrænings-stedet sikres, at henviste patienter får en indsats, der svarer til deres genoptræningsbehov og -potentiale.

Ved interview med ledelsen skal det fremgå:

- at der på genoptræningsstedet er en organisering, kompetencer og udstyr, der svarer til det niveau af genoptræning og rehabilitering, som varetages på stedet.

Bekendtgørelsen fastlægger fire specialiseringsniveauer af genoptræning og rehabilitering.

I vejledningens kapitel 4 angives, hvilke krav der stilles til forekomst, kompetencer, udstyr og organisering på de fire niveauer.

Referencer:

[Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus, BEK nr. 1088 af 6. oktober 2014, § 5 stk. 3](#)

[Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner, VEJ nr. 9759 af 8. oktober 2014, kapitel 4 Niveauer af genoptræning og rehabilitering](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)

#### 2: Gennemgang af og interview om instruks vedrørende formidling af viden om genoptræningen mellem terapeuter og andet personale

Tilsynsførende gennemgår instruks for formidling af viden om genoptræningen mellem terapeuter og andet personale i et genoptræningsforløb. Det er ledelsens ansvar at sikre, at instrukserne kendes og anvendes.

a) Ved gennemgang af instruksen skal følgende fremgå:

- hvordan fysioterapeuten og/eller ergoterapeuten skal formidle viden til de tværfaglige samarbejdsparter (herunder særligt plejepersonale) om, hvordan elementer af de konkrete genoptræningsforløb skal varetages, når fysioterapeuten eller ergoterapeuten ikke er til stede, fx hjælp til ADL (*Activities of Daily Living*), lejrning af patienten, forflytninger eller i forbindelse med spisesituationer
- hvordan andet personale, herunder særligt plejepersonale, kan finde denne viden, hvordan de skal forholde sig til den, samt hvornår og hvordan de skal give tilbagemeldinger til terapeuterne.

b) Ved interview af både terapeuter og ikke-terapeutisk personale skal det fremgå, at vedkommende kender til instruksen og følger den beskrevne praksis.

Elementer af genoptræningsforløbet bliver ofte varetaget af tværfaglige samarbejdsparter fx plejepersonale. I den forbindelse formidler fysioterapeuten og/eller ergoterapeuten viden omkring patientens aktuelle funktionsevne samt genoptræningen med henblik på, at patienten bliver sikret et sammenhængende og patientsikkert genoptræningsforløb. Ligeledes giver plejepersonalet relevant tilbagemelding til terapeuterne.

Referencer:

[Autorisationsloven, LBK nr. 990 af 18. august 2017, kapitel 5, § 17. Omhu og samvittighedsfuldhed](#)

↑Tilbage til oversigt

### **3: Interview om tilrettelæggelse af sammenhængende rehabiliteringsforløb** (kun kommunale genoptræningsenheder)

Tilsynsførende interviewer ledelsen om, hvordan man på genoptræningsstedet sikrer, at patienters genoptræning bliver tilrettelagt i sammenhæng med andre relevante rehabiliteringsindsatser.

Ved interviewet skal det fremgå, at de(n) pågældende er bekendt med følgende:

- Genoptræningsindsatsen skal jf. bekendtgørelsen tilrettelægges i sammenhæng med andre indsatser, der kan bidrage til borgerens samlede rehabilitering i henhold til sundhedsloven og anden lovgivning.

Kommunerne har efter gældende lovgivning mulighed for at visitere til indsatser inden for sundheds-, social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet, der alle kan indgå som elementer i et samlet rehabiliteringsforløb.

Andre indsatser i et rehabiliteringsforløb kan fx være: Patientrettet forebyggelse, alkoholbehandling, stofmisbrugsbehandling, hjemmesygepleje, personlige hjælp og pleje, omsorgs- eller specialtandpleje, midlertidigt botilbud, forløbskoordination, socialpædagogisk bistand og kompenserende undervisning m.m.

Referencer:

[Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus, BEK nr. 1088 af 6. oktober 2014, § 5](#)

[Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner, VEJ nr. 9759 af 8. oktober 2014](#)

[Vejledning om kommunal rehabilitering, VEJ nr. 9439 af 13. juli 2011](#)

↑ [Tilbage til oversigt](#)

## Journalføring

### 4: Journalgennemgang vedrørende formelle krav til journalføring

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med henblik på at vurdere journalføringen.

Ved journalgennemgang fokuseres på, om:

- notaterne er daterede, om patientens navn og personnummer fremgår, og at det tydeligt fremgår, hvem der har udarbejdet notatet
- notaterne er skrevet på dansk, fraset eventuel medicinsk terminologi
- notaterne er forståelige, systematiske og overskuelige at orientere sig i, så andre autoriserede sundhedspersoner vil kunne forstå udrednings- og behandlingsforløbet samt diagnoser, såfremt de foreligger
- teksten er meningsfuld ved anvendelse af eventuelle standardskabeloner (fraser)
- det tydeligt fremgår af den elektroniske journal, hvad der evt. foreligger på papir
- notaterne er tilgængelige for relevant personale, der deltager i patientbehandlingen.

Såfremt journalnotater bliver anvendt som epikriser, skal de være forståelige for den praktiserende læge, som ikke har detailkendskab til genoptræning.

Referencer:

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.\), BEK nr. 1090 af 28. juli 2016](#)

[Præcisering af reglerne for fysioterapeuters journalføring, Styrelsen for Patientsikkerhed, september 2016](#)

↑ **Tilbage til oversigt**

## Medicinhandling

### 5. Gennemgang af og interview om instruks for medicinhandling (kun kommunale døgnbaserede-genoptræningsenheder, som varetager medicinhandling)

Tilsynsførende gennemgår instruks for medicinhandling med ledelsen og interviewer personalet om de kender og følger instruksen. Den skriftlige instruks beskriver medicinhandling, som personale udfører som medhjælp for den ordinerende læge. Det er ledelsens ansvar at sikre, at instruksen kendes og anvendes.

**a)** Ved gennemgang af instruksen skal det fremgå, hvordan:

- personalet kontrollerer, at medicinen er i overensstemmelse med ordinationen
- personalegruppernes kompetence er i forhold til medicinhandling
- proceduren for dokumentation er af medicinordinationer
- personalet sikrer identifikation af patienten og patientens medicin
- medicin dispenseres
- dosisdispenseret medicin håndteres
- det sikres, at ikke-dispenserbar medicin administreres korrekt efter ordination bl.a. intravenøs indgift af antibiotika, kemoterapi etc.
- personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med behandlingsansvarlige læger, herunder handling af håndkøbslægemiddel, kosttilskud, telefonordinationer, ordinationsændringer, receptfornyelse og ophør af medicin.
- personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med behandlingsansvarlige læger om den medicinske behandling, herunder opfølgning efter gennemgang og revision af den ordinerede medicin samt aftaler om kontrol af behandlingens virkning og bivirkning.

**b)** Ved interview af relevant personale skal det fremgå, at vedkommende kender til instruksen og følger den beskrevne praksis.

Referencer:

[Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)

[Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)

[Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)

↑ **Tilbage til oversigt**

**6: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste** *(kun kommunale døgnbaserede-genoptræningsenheder, som varetager medicin håndtering)*

Tilsynsførende gennemgår den sundhedsfaglige dokumentation med henblik på at vurdere, om den opfylder følgende:

- ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår dato for ordinationen (dag, måned, år) og/eller seponering
- ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår den aktuelt ordinerende læges navn eller navnet på sygehusafdelingen
- ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår behandlingsindikationer for den medicinske behandling
- der er overensstemmelse mellem det ordinerede og den aktuelle medicinliste
- ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform (for eksempel tabletter, mikstur) og styrke
- ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår enkeltdosis og døgndosis, herunder tidspunkt for indgift af fast medicin
- ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår enkeltdosis og maksimal døgndosis for pn.-medicin
- ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal medicinlisten føres systematisk og entydigt i den sundhedsfaglige dokumentation.

Referencer:

[Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013](#)

[Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)

[Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen 2011](#)

**7: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende medicinbehandling og medicinopbevaring** (kun kommunale døgnbaserede-genoptræningsenheder, som varetager medicinbehandling)

Tilsynsførende gennemgår den sundhedsfaglige dokumentation med henblik på at vurdere, om den opfylder kravene for dokumentation af medicinbehandling og medicinopbevaring.

Administration af medicin skal ske på grundlag af identifikation af patienten, enten ved navn og personnummer eller fødselsdato og -år eller ved sikker genkendelse.

Ved gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vurderes det, at der ved medicinbehandling er opfyldt følgende:

- der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæsker/poserne
- den ordinerede medicin findes i patientens medicinbeholdning
- dispenseret pn. medicin er doseret i ordinerede doser og mærket med patientens navn, personnummer, præparatets navn, styrke og dosis samt dato for dispensering og medicinens udløbsdato
- doseringsæsker og andre beholdere med dispenseret medicin skal være mærket med patientens navn og personnummer
- medicinen skal opbevares forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende
- hver enkelt patients medicin skal opbevares adskilt fra de øvrige patients medicin.
- aktuel medicin skal opbevares adskilt fra ikke aktuel medicin
- holdbarhedsdatoen - på patienternes medicin og opbevarede sterile produkter til brug ved den sundhedsfaglige pleje og behandling - må ikke være overskredet
- der skal være anbrudsdato på medicinske salver, dråber og anden medicin med begrænset holdbarhed efter åbning
- det er dokumenteret, hvem der har dispenseret og administreret ikke-doserbar medicin, og hvornår.

Referencer:

[Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)

[Vejledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet, VEJ nr. 9808 af 13. december 2013](#)

[Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)

[Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)

**8: Interview om adrenalin ved injektionsbehandling samt kompetencer for anvendelse heraf** *(kun kommunale døgnbaserede-genoptræningsenheder, som varetager medicinbehandling)*

Tilsynsførende interviewer personalet med henblik på at vurdere, at der forefindes adrenalin til rådighed ved injektionsbehandling, medmindre den ordinerende læge har vurderet, at dette ikke er nødvendigt.

Personalet bliver interviewet, om de har de fornødne kompetencer til vurdering af behov for indgift af adrenalin.

Referencer:

[Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)

[Ophævelse af vejledning til hjemmesygeplejeordninger om behandling af akut allergisk shock med injektion af adrenalin, Sundhedsstyrelsen, 2017](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)

## Faglige fokuspunkter i patientforløb

**9: Journalgennemgang med henblik på vurdering af genoptræningsplaner**  
*(kun hospitalsafdelinger, som udarbejder genoptræningsplaner)*

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med henblik på at vurdere, om de genoptræningsplaner, der er udarbejdet til udskrevne patienter, opfylder følgende krav til indhold:

- stamoplysninger inkl. kontaktoplysninger for patient, kommune og region
- helbredsforhold, herunder en beskrivelse af behandlingsforløbet
- helbredsrelateret funktionsevne – i relation til kropsfunktion, aktivitet og deltagelse
- genoptræningspotentiale og -behov (almen genoptræning, genoptræning på specialiseret niveau eller rehabilitering på specialiseret niveau)



- patientsikkerhedsmæssige aspekter.

Senest ved udskrivelsen skal der være taget lægelig stilling til, om patienten har behov for genoptræning og derfor har ret til en genoptræningsplan.

Genoptræningsplanen skal sikre, at de sundhedspersoner, som har ansvaret for genoptrænings-indsatsen efter udskrivning fra sygehus, har den nødvendige og tilstrækkelige information til at varetage en faglig relevant og tilstrækkelig genoptræningsindsats.

Genoptræningsplanen skal udleveres til patienten samt sendes til kommunen og patientens praktiserende læge.

Referencer:

[Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner, VEJ nr. 9759 af 8. oktober 2014, afsnit 5,4 Krav til indhold i genoptræningsplaner](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)

#### **10: Journalgennemgang vedrørende sundhedsfaglig vurdering af patientens behov for genoptræning (kun kommunale genoptræningsenheder)**

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med henblik på at vurdere om:

- der er journalført en sundhedsfaglig vurdering, som angiver, hvorvidt patienten har behov for genoptræning på basalt eller på avanceret niveau.

Når kommunen modtager en genoptræningsplan til almen (kommunal) genoptræning, skal der indledningsvis, som led i visitationen, foretages en sundhedsfaglig vurdering af, hvorvidt patienten har behov for genoptræning på basalt eller avanceret niveau. Den sundhedsfaglige vurdering foretages på baggrund af patientens funktionsevne samt genoptrænings- og rehabiliteringsbehov.

Referencer:

[Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus, BEK nr. 1088 af 6. oktober 2014, § 5 stk. 3](#)

[Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner, VEJ nr. 9759 af 8. oktober 2014, kap. 4: Niveauer af genoptræning og rehabilitering](#)

↑ [Tilbage til oversigt](#)

#### **11: Journalgennemgang med henblik på vurdering af dokumentation af patientens helbredsrelaterede funktionsevne**

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med henblik på at vurdere om:

- der er journalført en vurdering af patientens helbredsrelaterede funktionsevne,
- funktionsevnen er beskrevet i relation til kropsfunktion, aktivitet og deltagelse
- vurderingen som minimum er foretaget ved start og afslutning af et genoptræningsforløb på det enkelte genoptræningssted.

Formålet med et genoptræningsforløb er, at patienten opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulige funktionsevne. For at følge patientens udvikling, og for at kunne tilrettelægge et optimalt genoptræningsforløb, skal patientens helbredsrelaterede funktionsevne løbende vurderes og dokumenteres.

Hvis der alene er tale om en enkelt kontakt, fx ved udarbejdelse af genoptræningsplan, skal der kun være dokumenteret én funktionsevnevurdering.

Referencer:

[Autorisationsloven, LBK nr. 990 af 18. august 2017, kapitel 5, § 17. Omhu og samvittighedsfuldhed](#)

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.\), BEK nr. 1090 af 28. juli 2016](#)

[Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner, VEJ nr. 9759 af 8. oktober 2014](#)

↑ [Tilbage til oversigt](#)

#### **12: Journalgennemgang vedrørende mål og plan for genoptræningsforløbet**

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med henblik på at vurdere:

- om der er journalført mål og plan for genoptræningsforløbet.

Patienten skal sikres en målrettet indsats, der kan resultere i opnåelse af samme helbredsrelaterede funktionsevne som tidligere eller bedst mulige funktionsevne. Der skal således opstilles mål for genoptræningsforløbet jf. patientens helbredsrelaterede funktionsevne samt en plan for, hvordan målet nås.

Referencer:

[Autorisationsloven, LBK nr. 990 af 18. august 2017, kapitel 5, § 17. Omhu og samvittighedsfuldhed](#)

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.\), BEK nr. 1090 af 28. juli 2016, § 10](#)

[Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner, VEJ nr. 9759 af 8. oktober 2014](#)

↑ [Tilbage til oversigt](#)

### **13: Journalgennemgang med henblik på vurdering af dokumentation af behovet for behandlingsredskaber eller hjælpemidler i forbindelse med genoptræning**

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med henblik på at vurdere:

- om der er dokumenteret en vurdering og eventuel revurdering af patientens behov for behandlingsredskaber og/eller hjælpemidler i forbindelse med genoptræningen.

Behandlingsredskaber og/eller hjælpemidler er i mange genoptræningsforløb en nødvendig del af indsatsen for at sikre et effektivt og sikkert genoptræningsforløb.

Der skal derfor ske en løbende vurdering og eventuel revurdering af patientens behov for behandlingsredskaber og/eller hjælpemidler under genoptræningsforløbet, således at eventuelle behandlingsredskaber og hjælpemidler ved behov udskiftes, efterhånden som funktionsevnen bedres.

Referencer:

[Autorisationsloven, LBK nr. 990 af 18. august 2017, kapitel 5, § 17. Omhu og samvittighedsfuldhed](#)

[Cirkulære om afgræsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet, VIR nr. 9079 af 22. februar 2013, afsnit 2.4. Behandlingsredskaber eller hjælpemidler i forbindelse med genoptræning](#)

↑[Tilbage til oversigt](#)

#### 14: Journalgennemgang vedrørende undersøgelser for synkefunktion (dysfagi) og opfølgning herpå

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler for patienter med sygdomme, der giver høj risiko for dysfagi, med henblik på at vurdere, om der er journalført:

- en vurdering af behov for undersøgelse af patientens synkefunktion
- en undersøgelse af patientens synkefunktion, ved behov for dette
- en behandlingsplan, hvis undersøgelsen viste et sundhedsfagligt behov for en indsats.

Voksne i høj risiko for øvre dysfagi bør, af hensyn til patientsikkerheden, systematisk tilbydes opsporing til identifikation af symptomer på øvre dysfagi. Det skal således vurderes, om det er relevant at undersøge patientens synkefunktion i forbindelse med genoptræning af patienter med fx hjerneskade, neurologiske lidelser, demens, neuromuskulære sygdomme, erhvervede cervikale rygmarvsskader og patienter med hovedhalskræft.

Ved symptomer på øvre dysfagi tilbydes patienten en systematisk klinisk undersøgelse af synkefunktion, og der følges op på relevante fund.

Referencer:

[Autorisationsloven, LBK nr. 990 af 18. august 2017, kapitel 5, § 17. Omhu og samvittighedsfuldhed](#)

[National klinisk retningslinje for øvre dysfagi – opsporing, udredning og udvalgte indsatser, Sundhedsstyrelsen 2015](#)

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.\), BEK nr. 1090 af 28. juli 2016](#)

↑[Tilbage til oversigt](#)

#### 15: Interview om opmærksomhed på alvorlig sygdom og opfølgning herpå

Tilsynsførende interviewer relevant personale (fysioterapeut og/eller ergoterapeut) om kendskabet til symptomer på alvorlig sygdom, og om, hvordan der følges op på eventuelle fund, herunder henvisning til læge.

Fysioterapeuten og/eller ergoterapeuten skal kende tegn og symptomer på alvorlig sygdom, herunder manglende sammenhæng i anamnestiske fund og kliniske fund, manglende fremgang, nytilkomne eller forværrede symptomer i form af fx smerter, neurologiske udfald, åndenød, ødemer, tumores, utilsigtet vægttab, infektioner m.fl.

Terapeuten skal kunne redegøre for, hvorledes han/hun følger op på fund af alvorlig sygdom, herunder henviser patienten til læge samt journalfører undersøgelse og opfølgning.

Referencer:

[Autorisationsloven, LBK nr. 990 af 18. august 2017, kapitel 5, § 17. Omhu og samvittighedsfuldhed](#)

↑Tilbage til oversigt

#### **16: Interview om håndtering af patienter, der har brug for førstehjælp**

Tilsynsførende interviewer personalet om, hvordan de håndterer akut opstået skade, sygdom og hjertestop på behandlingsstedet.

Ved kommunal genoptræning af særligt hjertepatienter skal personalet vide, hvor nærmeste hjertestarter befinder sig og have kendskab til brugen af denne.

Ved genoptræning på sygehuse med hjertestophold, skal personalet have kendskab til, hvordan det tilkaldes.

Referencer:

[Autorisationsloven, LBK nr. 990 af 18. august 2017, kapitel 5, § 17. Omhu og samvittighedsfuldhed](#)

↑Tilbage til oversigt

## **Overgange i patientforløb**

#### 17: Interview om kommunikation mellem sektorer vedrørende genoptræningsforløb

Tilsynsførende interviewer relevant personale om, hvordan de sikrer:

- at oplysninger, som er nødvendige for genoptræningsforløbet, bliver indhentet fra udskrivende sygehus og dokumenteret i journalen.

Efter en konkret vurdering kan det være relevant at supplere en genoptræningsplan med en sundhedsfaglig dialog mellem sundhedspersoner på det udskrivende sygehus og sundheds-personer, der yder genoptræningen i kommunalt eller regionalt regi.

Den enkelte region og kommunerne i regionen kan have udarbejdet samarbejdsaftaler om sammenhængende genoptræningsforløb og kommunikationsaftaler i regi af sundhedsaftalen, og det forudsættes, at relevant personale i så fald har kendskab til udmøntningen af disse.

Referencer:

[Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner, VEJ nr. 9759 af 8. oktober 2014, afsnit 5.1 Formål med genoptræningsplanen.](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)

## Patienters retsstilling

#### 18: Interview om patienters frie valg af genoptræningstilbud (kommune) hhv. sygehus (region)

Tilsynsførende interviewer ledelsen på genoptræningsstedet om, hvordan stedet håndterer henvendelser fra patienter, som ønsker at bruge det frie valg af genoptræningstilbud (kommune) hhv. sygehus (region).

Ved interviewet skal det fremgå, at de pågældende er bekendt med følgende:

- hvilke rettigheder patienter har ved valg af genoptræningstilbud (kommune) hhv. sygehus (region).

Referencer:

[Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus, BEK nr. 1088 af 6. oktober 2014, § 6 stk. 2](#)

[Bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling m.v. BEK nr. 293 af 27. marts 2017, § 15 og 16](#)

[Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner, VEJ nr. 9759 af 8. oktober 2014, kap. 10: Patienternes frie valg](#)

↑[Tilbage til oversigt](#)

### **19: Journalgennemgang med henblik på vurdering af informeret samtykke til behandling**

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med henblik på at vurdere:

- om det fremgår, at patienten forud for behandlingen<sup>1</sup> har givet samtykke hertil - efter at have modtaget information om helbredstilstanden, behandlingsmulighederne samt om risiko for komplikationer og bivirkninger.

Informationen omfatter patientens helbredsrelaterede funktionsevne og relevante genoptræningsmuligheder, herunder risiko for komplikationer. Det skal fremgå af journalen, hvilken mundtlig og skriftlig information der er givet til patienten, og hvad patienten har tilkendegivet med hensyn til mål og plan for genoptræningen.

Referencer:

[Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 1188 af 24. september 2016, Afsnit III: Patienters retsstilling](#)

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\) BEK nr. 1090 af 28. juli 2016, § 10 Patientjournalens indhold](#)

[Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., VEJ nr. 161 af 16. september 1998](#)

↑[Tilbage til oversigt](#)

### **20: Gennemgang af og interview om instruks vedrørende inddragelse af patient og evt. pårørende i genoptræningsforløbet**

<sup>1</sup> Behandling omfatter - efter sundhedslovens kapitel 1, § 5 - undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient.

Tilsynsførende gennemgår instruks om inddragelse af patient og evt. pårørende i genoptræningsforløbet.

- a) Ved gennemgang af instruksen skal det fremgå, hvordan det på behandlingsstedet sikres, at patienten og (hvis relevant) pårørende bliver inddraget i udarbejdelsen af
- mål og plan for genoptræningsforløbet (både kommune og sygehus)
  - en eventuel genoptræningsplan i forbindelse med udskrivelse fra sygehus (sygehus).
- b) Ved interview af fysioterapeut og/eller ergoterapeut skal det fremgå, at vedkommende kender til instruksen og følger den beskrevne praksis.

Genoptræning er defineret som en målrettet og tidsafgrænset samarbejdsproces mellem en patient/borger, eventuelt pårørende og personale.

I henhold til bekendtgørelsen skal genoptræningsplanen udarbejdes i samarbejde med patienten og eventuelle pårørende. Inddragelse af patienter og pårørende har bl.a. betydning for en realistisk beskrivelse af patientens genoptræningsbehov under hensyn til patientens ressourcer, motivation og ønsker, ligesom inddragelsen har betydning for afstemningen af forventninger til det fortsatte genoptræningsforløb.

Referencer:

[Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus, BEK nr. 1088 af 6. oktober 2014, § 1 stk. 2](#)

[Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner, VEJ nr. 9759 af 8. oktober 2014, afsnit 5.2 Udarbejdelse af genoptræningsplan](#)

↑ **Tilbage til oversigt**

#### **21: Observation og interview om tavshedspligt**

Tilsynsførende undersøger ved observation og interview, om tavshedspligten kan overholdes.



Behandlingsstedet skal være indrettet således, at tavshedspligten ikke brydes under journaloptagelse, behandling mv. Hvis der bliver behandlet i rum med flere patienter, skal personalet redegøre for, hvordan de sikrer diskretion, samt at tavshedspligten overholdes.

Referencer:

[Bekendtgørelse af sundhedsloven \(Kapitel 9: Tavshedspligt, videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger mv.\), BEK nr. 1188 af 24. september 2016](#)

[Vejledning om Sundhedspersoners tavshedspligt, dialog og samarbejde med patienters pårørende, VEJ nr. 9494 af 4. juli 2002](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)

## Hygiejne

### 22: Interview om procedurer for hygiejne

Tilsynsførende interviewer ledelse/medarbejdere om procedurer for hygiejne.

Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for hygiejne, der beskriver relevante og forsvarlige arbejdsgange, samt at personalet er instrueret i og følger disse, med henblik på at sikre forebyggelse af risici for infektioner, spredning af smitsomme sygdomme m.v.

Ved interview afklares, hvordan personalet forebygger infektioner og spredning af smitsomme sygdomme. Der er særligt fokus på håndhygiejne, rengøring af træningsredskaber samt relevant brug af arbejdsdragt og værnemidler, fx handsker for at minimere risiko for smitte mellem patienter og mellem patienter og personale.

Referencer:

[Autorisationsloven, LBK nr. 990 af 18. august 2017, kapitel 5, § 17. Omhu og samvittighedsfuldhed](#)

[Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om generelle forholdsregler i sundhedssektoren, Statens Serum Institut 2017](#)

[Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om supplerende forholdsregler ved infektioner og bærertilstand i sundhedssektoren, Statens Serum Institut 2016](#)

[Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om Håndhygiejne, Statens Serum Institut 2013](#)

[Vejledning om arbejdsdragt inden for sundheds- og plejesektoren, Sundhedsstyrelsen 2011](#)

↑ **Tilbage til oversigt**

## Øvrige fund

### 23: Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici

#### Referencer:

[Bekendtgørelse af sundhedsloven \(§ 213 og § 215 b\) LBK nr. 1188 af 24. september 2016](#)

# Lovgrundlag og generelle oplysninger

---

## Formål

Styrelsen for Patientsikkerhed fører det overordnede tilsyn med sundhedsforholdene og den sundhedsfaglige virksomhed på sundhedsområdet. Tilsynet omfatter alle offentlige og private behandlingssteder, hvor der udføres sundhedsfaglig behandling af autoriserede sundhedspersoner eller af personer, der handler på deres ansvar, samt andre personer, der udøver sundhedsfaglig virksomhed inden for sundhedsvæsenet.

Den 1. januar 2017 blev Styrelsen for Patientsikkerheds frekvensbaserede tilsyn omlagt til et proaktivt risikobaseret tilsyn<sup>2</sup>. Dette indebærer blandt andet, at der føres tilsyn med udvalgte behandlingssteder<sup>3</sup> dels ud fra en løbende vurdering af, hvor der kan være størst risiko for patientsikkerheden<sup>4</sup>, dels på stikprøvebasis som led i afdækning af nye områders risikoprofil.

Udover de planlagte, tematiserede tilsyn har styrelsen som hidtil et såkaldt reaktivt tilsyn med alle behandlingssteder. Det reaktive tilsyn indebærer, at styrelsen foretager aktiv kontrol, som kan gennemføres enten i form af tilsynsbesøg eller ved indhentning af materiale og skriftlig korrespondance, hvis styrelsen får kendskab til eller mistanke om overtrædelser eller mangler på sundhedsområdet, der indebærer farer for patientsikkerheden. Reaktive tilsyn gennemføres fx på baggrund af bekymringshenvendelser, klagesager, medieomtale eller som opfølgning på et tidligere tilsyn, hvor der er givet påbud.

De reaktive tilsyn bunder i Styrelsen for Patientsikkerheds grundlæggende forpligtelse til at reagere relevant på forhold, der skaber en bekymring for eller udgør en konkret fare for patienterne. Materialer med relevans for tilsyn kan findes på styrelsens hjemmeside under [Risikobaseret tilsyn](#). Der er desuden udarbejdet en liste over hyppigt stillede spørgsmål og tilhørende svar, som kan tilgås på hjemmesiden under [Spørgsmål og svar](#).

Hvis det bliver anset for nødvendigt, kan styrelsen efter undersøgelserne give påbud, hvori der opstilles sundhedsmæssige krav til et behandlingssted. Styrelsen for Patientsikkerhed kan endvidere om nødvendigt stille krav om midlertidigt helt eller delvist at indstille virksomheden.

## Patientsikkerhed

Et reaktivt tilsyn er en reaktion på en bekymring om nogle helt konkrete forhold på et bestemt behandlingssted. Et reaktivt tilsyn handler om at undersøge, om patientsikkerheden på et behandlingssted er forsvarlig, og at sikre, at forholdene bliver bragt i orden, hvis det ikke er tilfældet.

---

<sup>2</sup> Omlægningen af tilsynet er sket med udgangspunkt i Politisk aftale af 16. februar 2016 vedr. risikobaseret tilsyn med behandlingssteder samt lov nr. 656 af 8. juni 2016 om ændring af sundhedsloven, lov om ændring af autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og forskellige andre love.

<sup>3</sup> Se sundhedsloven § 213, stk. 2 og § 213 c

<sup>4</sup> Se sundhedsloven § 213, stk. 2

## Indhentning af materiale

Til brug for oplysning af patientsikkerheden på behandlingsstedet kan styrelsen indhente og gennemgå forskelligt materiale. Det kan fx dreje sig om gennemgang af styrelsens egne sager ift. behandlingsstedet (tidligere klage- og tilsynssager) samt indhentning af journaler og instrukser. Derudover kan styrelsen have dialog med typisk ledelsen på behandlingsstedet i form af møder samt indhentning af udtalelser og redegørelser. Endelig vil styrelsen normalt gennemgå offentligt tilgængelige internetportaler m.m. for at indhente oplysninger vedr. behandlingsstedet. Der er pligt til at videregive de afkrævede oplysninger. Det betyder, at der ikke skal indhentes samtykke fra patienter ved behandling af journaloplysninger<sup>5</sup>.

## Tilsynsbesøg

I mange reaktive tilsynssager gennemføres et tilsynsbesøg. Et reaktivt tilsynsbesøg kan være både varslet og uvarslet. Uvarslede tilsynsbesøg bruges kun, hvis Styrelsen for Patientsikkerhed har brug for at danne sig et øjebliksbillede af situationen, eller hvis formålet med undersøgelsen ellers kan forspildes. De forhold, som undersøges under et reaktivt tilsynsbesøg, bliver fastlagt ud fra de konkrete omstændigheder.

Styrelsen for Patientsikkerhed eller personer, som styrelsen har bemyndiget til at udføre tilsynet, har til enhver tid, som led i tilsynet, mod behørig legitimation og uden retskendelse adgang til at inspicere behandlingsstedet<sup>6</sup>. Styrelsen kan kræve oplysninger af personalet på behandlingssteder, der er nødvendige som led i tilsynet. Der er pligt til at videregive de afkrævede oplysninger. Det betyder, at der ikke skal indhentes samtykke fra patienter ved behandling af journaloplysninger<sup>7</sup>.

## Afrapportering

Styrelsen udarbejder en tilsynsrapport, som kommer i høring hos behandlingsstedet. Rapporten omfatter hele tilsynet, herunder også den afdækning og indhentning af informationer, som kan ligge udover selve tilsynsbesøget. Hvis der gennemføres et tilsynsbesøg som led i tilsynet, får behandlingsstedet en kort orientering om styrelsens vurdering som afslutning på besøget. Hvis der er tale om et reaktivt tilsyn, omfatter rapporten alene det indhentede materiale.

Det er det samme regelsæt for sanktionsmuligheder, som gælder for planlagte og reaktive tilsyn. Det er beskrevet i sundhedsloven § 215b. Behandlingsstedet modtager efter tilsynet et udkast af rapporten i høring (partshøring) med en høringsfrist på normalt 3 uger.

Der er i høringsperioden altid mulighed for at indsende bemærkninger til rapporten. Dertil skal der i henhold til henstillinger om handleplan eller krav med påbud fremsendes relevant materiale.

Efter høringsperioden vurderer styrelsen handleplanen eller anden fremsendt dokumentation, og indskriver en konklusion efter partshøring. Det tilføjes i rapporten, hvorvidt man har indsendt materiale, som bevirker, at behandlingsstedet nu har opfyldt kravene. Styrelsen tager efter høringen stilling til, om tilsynet skal give anledning til, at behandlingsstedet får en henstilling eller eventuelt et påbud, eller om styrelsen kan afslutte tilsynet uden at foretage sig yderligere.

---

<sup>5</sup> Se sundhedsloven § 213 a, stk. 1, jf. også sundhedslovens § 43, stk. 2, nr. 3.

<sup>6</sup> Se sundhedsloven § 213 a stk. 2

<sup>7</sup> Se sundhedsloven § 213 a, stk. 1, jf. også sundhedslovens § 43, stk. 2, nr. 3

Derefter offentliggøres tilsynsrapporten på styrelsens hjemmeside under [Tilsynsrapporter](#). Yderligere har behandlingsstedet pligt til at gøre tilsynsrapporten let tilgængeligt på behandlingsstedets hjemmeside, hvis behandlingsstedet har en hjemmeside, og sørge for at den er umiddelbart tilgængelig på behandlingsstedet.<sup>8</sup>

Et eventuelt påbud offentliggøres ligeledes på styrelsens hjemmeside under [Påbud til behandlingssteder](#) og på sundhed.dk<sup>9</sup>.

## Vurdering af behandlingssteder

På baggrund af tilsynet kategoriseres behandlingsstederne i følgende kategorier:

- Ingen problemer af betydning for patientsikkerheden
- Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden
- Større problemer af betydning for patientsikkerheden
- Kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden

Styrelsens kategorisering sker på baggrund af en samlet sundhedsfaglig vurdering af patientsikkerheden med konkret afsæt i de gennemgåede målepunkter. Der er i vurderingen lagt vægt på både opfyldte og uopfyldte målepunkter.

Afhængig af kategoriseringen kan tilsynsbesøg blive fulgt op af henstillinger til behandlingsstedet om at udarbejde og fremsende en handleplan for, hvordan behandlingsstedet vil følge op på uopfyldte målepunkter.

Hvis de sundhedsfaglige forhold på et behandlingssted kan bringe patientsikkerheden i fare, kan Styrelsen for Patientsikkerhed give påbud, hvori der opstilles sundhedsfaglige krav til den pågældende virksomhed, eller give påbud om midlertidigt at indstille virksomheden helt eller delvist.<sup>10</sup>

Påbud kan blive fulgt op på forskellig måde afhængig af, hvilke målepunkter der ikke var opfyldt ved tilsynet. Det kan være i form af dokumentation af forskellige forhold eller i form af fornyet tilsynsbesøg<sup>11</sup>, fx hvis Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer, at der er en alvorlig risiko for patientsikkerheden på behandlingsstedet.

---

<sup>8</sup> Se sundhedsloven § 213b, stk. 2 og bekendtgørelse nr. 976 af 26. juni 2018 § 24 stk. 2

<sup>9</sup> Se sundhedslovens § 215 b, stk. 2, og bekendtgørelse nr. 604 af 2. juni 2016

<sup>10</sup> Se sundhedsloven § 215 b

<sup>11</sup> Se sundhedsloven § 213, stk. 1