



STYRELSEN FOR  
PATIENTSIKKERHED

# Tilsynsrapport Grønnehaven

Reaktivt tilsyn, 2019

**Grønnehaven  
Annebergparken 37A**

**4500 Nykøbing Sj**

CVR- eller P-nummer: 1010637941

Dato for tilsynsbesøget: 19.3.2019

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst  
Sagsnr.: 5-9011-3841/1

# 1. Vurdering

---

## Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har ikke modtaget bemærkninger i partshøringsperioden.

Styrelsen afslutter dermed tilsynet.

## Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter gennemgang af forholdene på behandlingsstedet den 19. marts 2019 vurderet at behandlingsstedet falder i kategorien:

### Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurdering af patientsikkerheden på behandlingsstedet er baseret på følgende:

- Interview med leder og medarbejdere
- Journalgennemgang for tre patienter
- Gennemgang af instrukser
- Observation og interview om hygiejne
- Medicingennemgang for tre patienter

Styrelsen for Patientsikkerhed har ved vurderingen lagt vægt på, at påbud af 2. januar 2018 var efterlevet for så vidt angik journalføring, medicinhåndtering og instrukser, hvor der var sket tydelige forbedringer vedrørende indhold og systematik. Grønnehaven havde fået fokus på den sundhedsfaglige dokumentation og medicinhåndtering og arbejdede systematisk.

Det var styrelsens vurdering, at journalføringen er i overensstemmelse med gældende regelsæt, og målepunkterne vedrørende patienters retsstilling samt medicinhåndtering blev vurderet at være opfyldt.

Styrelsen for Patientsikkerhed har tillige lagt vægt på, at målepunkterne vedrørende udarbejdelse og implementering af instrukser omhandlende sundhedsfaglig dokumentation, medicinhåndtering, beskrivelse af aktuelle og potentielle problemer, oversigt over sygdomme, aftaler med de behandlingsansvarlige læger samt samtykke var opfyldt.

## Sammenfatning af fund

På baggrund af interview med leder og medarbejdere, journalgennemgang for tre patienter, gennemgang af instrukser, observation og interview om hygiejne samt medicingennemgang for tre patienter konstaterer styrelsen at alle målepunkter bortset fra beskrivelse af aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering er opfyldt.

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

## Henstilling

Fundene ved tilsynet giver anledning til at Styrelsen for Patientsikkerhed henstiller følgende

- Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation indeholder en beskrivelse, opfølgning og evaluering af den pleje og behandling, som er iværksat hos patienten ift. aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme (målepunkt 5)

Styrelsen for Patientsikkerhed forudsætter, at behandlingsstedet opfylder ovenstående henstilling.

## 2. Begrundelse og fokus for tilsynet

---

### Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed foretog tilsyn på Grønnehaven den 14. september 2017, hvor styrelsen konstaterede større problemer af betydning for patientsikkerheden. Der blev udstedt påbud til Grønnehaven af Styrelsen for Patientsikkerhed den 2. januar 2018 om, at behandlingsstedet skal sikre

- forsvarlig medicinhandling og journalføring i overensstemmelse med lovgivningen herom
- udarbejdelse og implementering af instruks for patienternes behov for behandling, instruks for handlekompetence og samtykke, instruks for medicinhandling, instruks for sundhedsfaglig dokumentation samt instruks for brug af lægeordinerede håndkøbslægemidler og kosttilskud

Ved reaktivt tilsynsbesøg på Botilbuddet Grønnehaven den 8. maj 2018 konstaterede Styrelsen for Patientsikkerhed problemer med medicinhandlingen, mangelfuld journalføring, manglende sundhedsfaglige instrukser, og at visse instrukser ikke var implementeret.

Styrelsen for Patientsikkerhed fandt, at de ovenfor anførte fund udgjorde problemer af større betydning for patientsikkerheden. Styrelsen lagde særlig vægt på, at der blev konstateret mangler i alle stikprøver. Desuden lagde styrelsen vægt på omfanget af uopfyldte målepunkter og at disse målepunkter fordelte sig inden for flere områder. Påbuddet af den 2. januar 2018 kunne derfor ikke ophæves.

På baggrund af de to tidligere tilsyn og det udstedte påbud blev der den 24. september 2018 afholdt møde med Odsherred Kommune og styrelsen vedr. Botilbuddet Grønnehaven.

Med baggrund i drøftelserne på mødet den 24. september 2018 blev det fastlagt, at botilbuddet Grønnehaven hver 14. dag skulle foretage stikprøver i form af to til tre journaler, som Grønnehaven løbende rapporterede til Styrelsen for Patientsikkerhed, så styrelsen kunne konstatere, om de iværksatte tiltag blev tilfredsstillende effektueret. Ved rapporteringen fra Botilbuddet Grønnehaven skulle styrelsen foruden journaler modtage behandlingsstedets egen audit af disse samt refleksion over målopfyldelsen i forhold til de fund, der måtte fremkomme.

Tilsynet den 19. marts 2019 er gennemført som en del af opfølgningen på påbuddet.

### Fokus for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed fokuserer i tilsynet på :

- forsvarlig medicinhandling og journalføring i overensstemmelse med lovgivningen herom
- udarbejdelse og implementering af instruks for patienternes behov for behandling, instruks for handlekompetence og samtykke, instruks for medicinhandling, instruks for sundhedsfaglig dokumentation samt instruks for brug af lægeordinerede håndkøbslægemidler og kosttilskud.

### 3. Fund

---

Ved interview fremlagde leder og medarbejdere, hvorledes der blev arbejdet med journalføring, medicin håndtering samt instrukser efter mødet den 24. september 2018.

På Grønnehaven var der blevet sat fokus på det sundhedsfaglige arbejde med ansættelse af social- og sundhedsassistenter, og der var blevet arbejdet fokuseret med dokumentationen og medicin håndteringen. Der var blevet indkøbt medicinskabe, doseringsæsker og bokse til alle beboere, således at de havde medicinen i deres egne lejligheder.

Der var blevet etableret medicinrum uden adgang for beboere, således at de sundhedsfaglige medarbejdere fik ro, plads og mulighed for blandt andet medicindosering og opbevaring af sterile produkter.

Medarbejderne afholdt i samarbejde med sygeplejersken audit og gennemgik medicinen og journaler regelmæssigt og systematisk.

Der var blevet etableret en sundhedsfaglig gruppe, som mødtes regelmæssigt, og der blev gennemført undervisning og kompetenceudvikling i journalføring og medicin håndtering.

Ved tilsynet den 19. marts 2019 blev der anvendt målepunkter fra målepunktsættet for bosteder 2017, hvor det første tilsyn fandt sted, og alle målepunkter blev gennemgået.

På baggrund af interview med leder og medarbejdere, journal gennemgang for tre patienter, gennemgang af instrukser, observation og interview om hygiejne samt medicin gennemgang for tre patienter konstaterer styrelsen, at alle målepunkter er opfyldt bortset fra opfølgning og evaluering på aktuel pleje i en enkelt stikprøve.

---

#### Patientforløb og journalføring

| Målepunkt |   | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt | Fund og kommentarer |
|-----------|---|---------|--------------|--------------|---------------------|
| 1a:       | <u>Instruks om sundhedsfaglig dokumentation. Der findes skriftlig instruks</u>          | X       |              |              |                     |
| 1b:       | <u>Instruks om sundhedsfaglig dokumentation. Personalet kender og følger instruksen</u> | X       |              |              |                     |
| 2a:       | <u>Instruks om livsforlængende behandling. Der findes skriftlig instruks</u>            | X       |              |              |                     |
| 2b:       | <u>Instruks om livsforlængende behandling. Personalet kender og følger instruksen</u>   | X       |              |              |                     |

|    |  |   |   |  |   |
|----|--|---|---|--|---|
| 3: | <u>Beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u>   | X |   |  |   |
| 4: | <u>Oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser og aftaler med behandlingsansvarlig læge</u> | X |   |  |   |
| 5: | <u>Aktuel beskrivelse af pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u>                                   |   | X |  | I én af tre stikprøver manglede opfølgning samt evaluering på virkning af smertestillende PN præparat |
| 6: | <u>Informeret samtykke</u>   | X |   |  |   |
| 7: | <u>Dokumentationen er overskuelig og systematisk og føres i én journal</u>                                   | X |   |  |   |

## Medicinhåndtering

| Målepunkt |   | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt | Fund og kommentarer |
|-----------|---|---------|--------------|--------------|---------------------|
| 8a:       | <u>Instruks for medicinhåndtering. Der findes skriftlig instruks</u>  | X       |              |              |                     |
| 8b:       | <u>Instruks for medicinhåndtering. Personalet kender og følger instruksen</u>   | X       |              |              |                     |
| 9a:       | <u>Instruks for brug af ikke lægeordinerede håndkøbslægemidler og kosttilskud. Der findes skriftlig instruks</u>          | X       |              |              |                     |
| 9b:       | <u>Instruks for brug af ikke lægeordinerede håndkøbslægemidler og kosttilskud. Personalet kender og følger instruksen</u> | X       |              |              |                     |
| 10a:      | <u>Samarbejde med de behandlingsansvarlige læger. Der findes skriftlig instruks</u>                                       | X       |              |              |                     |
| 10b:      | <u>Samarbejde med de behandlingsansvarlige læger. Personalet kender og følger instruksen</u>                              | X       |              |              |                     |

|     |  |   |  |  |  |
|-----|--|---|--|--|--|
| 11: | <u>Dato for ordination og/eller seponering</u>                                   | X |  |  |  |
| 12: | <u>Ordinerende læges navn eller navnet på sygehusafdelingen</u>                  | X |  |  |  |
| 13: | <u>Behandlingsindikationer skal fremgå</u>                                       | X |  |  |  |
| 14: | <u>Overensstemmelse mellem ordinerede og den i medicinlisten anførte medicin</u> | X |  |  |  |
| 15: | <u>Dispenseringsform, styrke og aktuelle handelsnavn</u>                         | X |  |  |  |
| 16: | <u>Enkeltdosis og døgndosis, herunder tidspunkt</u>                              | X |  |  |  |
| 17: | <u>Enkeltdosis og maksimal døgndosis for pn. medicin</u>                         | X |  |  |  |
| 18: | <u>Medicinlisten skal føres systematisk og entydigt</u>                          | X |  |  |  |
| 19: | <u>Overensstemmelse mellem antal tabletter på medicinliste og doseringsæsker</u> | X |  |  |  |
| 20: | <u>Den ordinerede medicin findes i medicinbeholdningen</u>                       | X |  |  |  |
| 21: | <u>Dispenseret pn. medicin</u>   | X |  |  |  |
| 22: | <u>Identifikation ved medicinudlevering</u>                                      | X |  |  |  |
| 23: | <u>Doseringsæsker er mærket korrekt</u>  | X |  |  |  |
| 24: | <u>Medicinen opbevares forsvarligt</u>   | X |  |  |  |
| 25: | <u>Hver enkelt patients medicin opbevares adskilt</u>                            | X |  |  |  |
| 26: | <u>Aktuel medicin opbevares adskilt fra ikke-aktuel medicin</u>                  | X |  |  |  |
| 27: | <u>Adrenalin ved injektionsbehandling samt kompetencer for anvendelse heraf</u>  | X |  |  |  |

|      |  |   |  |  |  |
|------|--|---|--|--|--|
| 28a: | <u>Holdbarhed på medicin og sterile produkter er ikke overskredet</u>                | X |  |  |  |
| 28b: | <u>Der er anført anbrudsdato på præparater med begrænset holdbarhed efter anbrud</u> | X |  |  |  |

## Generelt

|      |   |   |  |  |  |
|------|---|---|--|--|--|
| 29a: | <u>Personalets kompetence, ansvars og opgavefordeling. Der findes skriftlig instruks</u>          | X |  |  |  |
| 29b: | <u>Personalets kompetence, ansvars og opgavefordeling. Personalet kender og følger instruksen</u> | X |  |  |  |
| 30a: | <u>Instrukser om patienternes behov for behandling. Der findes skriftlig instruks</u>             | X |  |  |  |
| 30b: | <u>Instrukser om patienternes behov for behandling. Personalet kender og følger instruksen</u>    | X |  |  |  |
| 31:  | <u>Håndhygiejne</u>   | X |  |  |  |
| 32:  | <u>Håndhygiejne i overensstemmelse med instrukser etc.</u>  | X |  |  |  |
| 33:  | <u>Formelle krav til instrukser</u>   | X |  |  |  |
| 34:  | <u>Samtykkekompetence/handleevne</u>  | X |  |  |  |

## Øvrige fund

| Målepunkt  | Ingen fund | Fund og kommentarer |
|--|------------|---------------------|
| 35: <u>Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici</u> | X          |                     |



## 4. Relevante oplysninger

---

### Oplysninger om behandlingsstedet

- Botilbuddet Grønnehaven er et kommunalt botilbud, og Odsherred Kommune visiterer til pladserne ud fra servicelovens § 107 og § 108. Bygningerne ligger på det gamle hospitalsområde, som også tidligere husede psykiatri.
- Der er plads til 14 beboere i to individuelle huse. Beboerne har alle psykiske og eller sociale problemer. De har ofte psykiatriske diagnoser og dobbeltdiagnoser, en del af beboerne har aktivt misbrug og har boet der i mange år, og den gennemsnitlige alder er ca. 55 år, men der kan visiteres fra 18 år til 85 år.
- Grønnehaven bruger elektronisk journal Bosted, som er udvidet med en ny version, Sensum. I 2019 skal botilbuddet overgå til Cura.
- Botilbuddet har adgang til FMK
- På Grønnehaven er der ansat en sygeplejerske, som varetager sygeplejefaglige opgaver 2/3 af tiden på botilbuddet Siriusparken og 1/3 af tiden på Grønnehaven, 5 social- og sundhedsassistenter og pædagoger.
- Medarbejderne er opdelt i 4 kontaktteams, således at beboerne har faste medarbejdere tilknyttet.
- Grønnehaven har hjemtaget opgaver fra hjemmesygeplejen omkring støttestrømper og opgaver omhandlende injektioner fra distriktpspsykiatrien

### Om tilsynet

- Begrundelse for tilsynet: Opfølgende tilsyn efter påbud den 2. januar 2018 samt tilsyn den 8. maj 2018 og samtale den 24. september 2018.
- Antal stikprøver/journalgennemgange: Dokumentation og medicinen for tre patienter blev gennemgået
- Afsluttende opsamling på tilsynets fund blev givet til leder Claus Scoby samt medarbejdere og sygeplejersken.
- Tilsynet blev foretaget af Oversygeplejerske Annemarie Rohrberg og tilsynskonsulent Susie Poulsen

# 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>1</sup>. Dette indebærer blandt andet, at der føres tilsyn med udvalgte behandlingssteder<sup>2</sup> dels ud fra en løbende vurdering af, hvor der kan være størst risiko for patientsikkerheden<sup>3</sup>, dels på stikprøvebasis som led i afdækning af nye områders risikoprofil.

Ud over 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>1</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>2</sup> Se sundhedsloven § 213, stk. 2 og § 213 c

<sup>3</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>4</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>5</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>6</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>4</sup> Se sundhedsloven § 213 a, stk. 1, jf. også sundhedslovens § 43, stk. 2, nr. 3.

<sup>5</sup> Se sundhedsloven § 213 a stk. 2

<sup>6</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>7</sup>

Et eventuelt påbud offentliggøres ligeledes på styrelsens hjemmeside under [Påbud til behandlingssteder](#) og på sundhed.dk<sup>8</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>9</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>10</sup>, fx hvis Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer, at der er en alvorlig risiko for patientsikkerheden på behandlingsstedet.

---

<sup>7</sup> Se sundhedsloven § 213b, stk. 2 og bekendtgørelse nr. 976 af 26. juni 2018 § 24 stk. 2

<sup>8</sup> Se sundhedslovens § 215 b, stk. 2, og bekendtgørelse nr. 604 af 2. juni 2016

<sup>9</sup> Se sundhedsloven § 215 b

<sup>10</sup> Se sundhedsloven § 213, stk. 1