Tilsynsrapport Hasseris Fysioterapi og Motionscenter

Sundhedsfagligt, reaktivt - udgående tilsyn

Fysioterapiområdet 2024

Hasseris Fysioterapi og Motionscenter
Thulebakken 22 ST th
9000 Aalborg

CVR- nummer: 26407214 **P-nummer:** 1008874588 **SOR-ID:** 739741000016003

Dato for tilsynsbesøget: 07-10-2024

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Vest

Sagsnr.: 35-2011-18697

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har i partshøringsperioden ikke modtaget bemærkninger til rapporten, hvorfor vi nu afslutter tilsynet.

Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har ud fra forholdene på tilsynsbesøget den **07-10-2024** vurderet, at der på **Hasseris Fysioterapi og Motionscenter** er:

Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurderingen af patientsikkerheden er baseret på observationer, interview, journal- og instruks gennemgang ved det aktuelle tilsyn.

Vi vurderede, at behandlingsstedet sundhedsfagligt var velorganiseret med gode procedurer.

Vi har lagt vægt på, at målepunkterne for behandlingsstedets procedurer var opfyldt, men der var mangler i forhold til dokumentationen vedrørende indikation for behandling og informeret samtykke til den konkrete behandling.

Vi vurderer samlet, at der er mindre problemer af betydning for patientsikkerheden, og forudsætter, at behandlingsstedet opfylder vores henstillinger.

2. Henstillinger

Henstillinger

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

Målepunkt		Henstillinger
6.	Journalgennemgang af dokumentation af indikationer, behandlingsplaner og opfølgning	• Behandlingsstedet skal sikre, at indikationer for undersøgelser og behandlinger fremgår af journalen.
9.	Journalgennemgang af informeret samtykke til behandling	• Behandlingsstedet skal sikre, at der informeres om helbredstilstand og behandlingsmuligheder og indhentes samtykke forud for iværksættelse af behandling. • Behandlingsstedet skal sikre, at patienternes og eventuelle pårørende/værges tilkendegivelser på baggrund af den givne information fremgår af dokumentationen.

3. Fund ved tilsynet

Behandlingsstedets organisering

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1.	Interview af ledelsen om organisering, ansvars- og kompetenceforhold	X			
2.	Interview om varetagelsen af sundhedsfaglige opgaver	X			
3.	Interview om korrekt identifikation af patienter og sikring mod forvekslinger	X			
4.	Journalopbevaring	X			

Journalføring

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
5.	Interview om journalføring	X			
6.	Journalgennemgang af dokumentation af indikationer, behandlingsplaner og opfølgning		X		I en ud af fire journaler manglede beskrivelse af indikation for undersøgelse og behandling.
7.	Journalgennemgang om formelle krav til journalføring	X			

Faglige fokuspunkter

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
8.	Screening for alvorlig patologi (røde flag) og opfølgning på fund af alvorlig patologi	X			

Patienters retsstilling

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
9.	Journalgennemgang af informeret samtykke til behandling		X		I tre ud af fire journaler manglede beskrivelse af det informerede samtykke i forhold til den konkrete behandling.
10.	Tavshedspligt	X			

Øvrige fund

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
11.	Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici			X	

4. Relevante oplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Hasseris Fysioterapi og Motionscenter er beliggende i Ålborg.
- Hasseris Fysioterapi og Motionscenter ejes og drives af fysioterapeuter: Lars Henrik Dahlberg, Christian Hansen og Lene Christensen.
- Klinikken har fire ansatte fysioterapeuter.
- Hasseris Fysioterapi og Motionscenter behandler en bred målgruppe af patienter både individuelt og på hold, såvel på klinikken som i patienternes eget hjem.
- Klinikkens fysioterapeuter har et tæt samarbejde internt, og faglig sparring indbyrdes.
- Hasseris Fysioterapi og Motionscenter har et tæt samarbejde med patienternes praktiserende læger samt de sygehuse, hvorfra de modtager genoptræningsplaner.

Begrundelse for tilsyn

Tilsynet var et reaktivt - udgående tilsyn på baggrund af en bekymringshenvendelse.

Om tilsynet

- Ved tilsynet blev målepunkter for fysioterapiområdet 2024 anvendt
- Der blev gennemført interview af ledelse og medarbejdere
- Der var gennemgang af instrukser
- Der blev gennemgået fire journaler, som blev udvalgt på tilsynsbesøget

Ved tilsynet deltog:
- Fire medarbejdere
- Lars Henrik Dahlberg, leder af klinikken
- Christian Hansen, leder af klinikken
- Lene Christensen, leder af klinikken

Afsluttende opsamling på tilsynets fund blev givet til ledelsen:
- Lars Henrik Dahlberg, leder af klinikken
- Christian Hansen, leder af klinikken
- Lene Christensen, leder af klinikken

Tilsynet blev foretaget af:
- Sussi Albrechtsen, oversygeplejerske
- Sidsel Rohde, fysioterapeut

5. Målepunkter

Behandlingsstedets organisering

1. Interview af ledelsen om organisering, ansvars- og kompetenceforhold
Den tilsynsførende interviewer ledelsen om behandlingsstedets organisering herunder ansvars- og kompetenceforhold for de forskellige personalegrupper. Ved interview af ledelsen skal det fremgå: • at organiseringen og bemandingen understøtter behandlingsstedets sundhedsfaglige opgaver • at personalet har de nødvendige kompetencer til at varetage behandlingsstedets sundhedsfaglige opgaver • at der er retningslinjer/instrukser for ansvars- og kompetenceforhold for de forskellige personalegrupper • at personalet superviseres når behovet er tilstede Referencer: • Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000 • Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v., LBK nr. 185 af 1. februar 2022 • Bekendtgørelse af sundhedsloven (Kapitel 1, §3a), LBK nr. 1015 af 05. september 2024

2. Interview om varetagelsen af sundhedsfaglige opgaver
Den tilsynsførende interviewer ledelsen og personale om behandlingsstedets varetagelse af sundhedsfaglige opgaver. Ved interview af ledelsen skal det fremgå: • at der er fastlagt procedurer for patientrelaterede arbejdsgange og –processer i forbindelse med undersøgelse, behandling og pleje, herunder for eventuelle komplikationer, akutte tilstande • at der er fastlagt procedurer for prioritering af de sundhedsfaglige opgaver med henblik på håndtering af spidsbelastninger • at personale, der varetager sundhedsfaglige opgaver herunder vikarer instrueres i de fastlagte procedurer • at ledelsen sikrer, at arbejdet udføres i overensstemmelse med de fastlagte procedurer. Ved interview af personale skal det fremgå: • at der er klarhed over ansvars- og opgavefordelingen, herunder ved brug af vikarer

• at ansvaret og opgaverne er i overensstemmelse med medarbejdernes kvalifikationer og kompetencer, herunder ved spidsbelastninger
• at personalet er instrueret i og anvender procedurer for patientrelaterede arbejdsgange og –processer i forbindelse med undersøgelse, behandling og pleje, herunder ved eventuelle komplikationer og akutte tilstande.

Referencer:
- Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000
- Bekendtgørelse af sundhedsloven (Kapitel 1, §3a), LBK nr. 1015 af 05. september 2024

3. Interview om korrekt identifikation af patienter og sikring mod forvekslinger

Den tilsynsførende interviewer sundhedspersonen/personale om behandlingsstedets praksis for korrekt identifikation af patienter og sikring mod forvekslinger.

Ved interview af sundhedspersonen/personale skal det fremgå:
• at korrekt identifikation forud for behandling foretages både for habile og inhabile patienter
• at sundhedspersonen/personalet ved, hvornår identifikation skal foretages
• at sundhedspersonen/personalet anvender korrekt sikring mod forveksling.

[Anvendes ved sygehuse]
• at personalet kender behandlingsstedets krav til påsætning og anvendelse af identifikationsarmbånd (ID-armbånd) i forbindelse med indlæggelse og ambulant behandling
• at personalet kender procedurer for sikker identifikation, hvis patienten ikke bærer ID-armbånd.

Referencer:
- Vejledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet, VEJ nr. 9808 af 13. december 2013

4. Journalopbevaring

Den tilsynsførende interviewer ledelse og personale om behandlingsstedets procedure og praksis for opbevaring af journaler.

Journaler skal opbevares forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende.

Journaler opbevares almindeligvis i aflåste rum eller skabe, men kan opbevares på åbne reoler i rum, hvor patienter og pårørende ikke opholder sig, med mindre personalet er til stede. Adgang til elektroniske journaler skal være beskyttet ved personligt password.

Referencer:
- Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse med videre), BEK nr. 713 af 12. juni 2024

Journalføring

5. Interview om journalføring

Den tilsynsførende interviewer ledelse og personale/sundhedspersonen om behandlingsstedets procedure og praksis for journalføring.

Ved interview af ledelsen/sundhedspersonen skal det fremgå:
• at der er procedurer for personalets opgaver og ansvar i forbindelse med journalføring/at sundhedspersonen kender sine opgaver og ansvar i forbindelse med journalføring
• at der er procedurer for, hvor i journalen optegnelser skal føres/at sundhedspersonen ved, hvor i journalen optegnelserne skal føres
• at der er procedurer for, hvordan man retter i journalen/at sundhedspersonen ved, hvordan man forholder sig ved behov for rettelser i journalen
• at der er procedurer for personalets læse- og skriveadgang til journalen/at sundhedspersonen kan redegøre for læse- og skriveadgang til journalen
• at der er procedurer for, hvordan personalet skal tilgå oplysninger om patienter i tilfælde af nedbrud af den elektroniske patientjournal, samt hvorledes der skal journalføres i situationen og hvordan det indføres i journalen efterfølgende/at sundhedspersonen kan redegøre for, hvordan oplysninger om patienter i tilfælde af nedbrud af den elektroniske patientjournal tilgås, samt hvorledes der skal journalføres i situationen, og hvordan det indføres i journalen efterfølgende..

Ved interview af personale skal det fremgå:
• at personalet journalfører i henhold til behandlingsstedets procedure
• at personalet ved, hvordan de skal forholde sig ved behov for rettelser i journalen
• at personalet ved, hvordan de skal tilgå oplysninger om patienter i tilfælde af nedbrud af den elektroniske patientjournal, og hvorledes de skal journalføre i situationen og hvordan det indføres i journalen efterfølgende.

Referencer:
- Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse med videre), BEK nr. 713 af 12. juni 2024

6. Journalgennemgang af dokumentation af indikationer, behandlingsplaner og opfølgning

Den tilsynsførende gennemgår et antal journaler for at vurdere om behandlingsstedet har journalført indikationer for undersøgelser og behandlinger, behandlingsplaner og opfølgning.

Ved journalgennemgangen skal det fremgå:
• at indikationer for undersøgelser og behandlinger er dokumenteret
• at behandlingsplaner er beskrevet
• at opfølgning på behandlinger er dokumenteret.

Referencer:
• Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse med videre), BEK nr. 713 af 12. juni 2024

7. Journalgennemgang om formelle krav til journalføring
Den tilsynsførende gennemgår et antal journaler for at vurdere, om behandlingsstedet overholder de formelle krav til journalføring. Ved journalgennemgangen skal det fremgå: • at notaterne er daterede • at notaterne indeholder patientens navn og personnummer, samt hvem der har foretaget plejen og behandlingen • at notaterne er skrevet på dansk, fraset eventuel medicinsk terminologi • at notaterne er forståelige, systematiske og overskuelige • at teksten er meningsfuld ved anvendelse af eventuelle standardskabeloner (fraser) • at overflytninger, herunder oplysninger om, hvorfor patienten er blevet overflyttet og patientens status ved overflytningen, fremgår af journalen • at det tydeligt fremgår af den elektroniske journal, hvis der foreligger bilag på papir eller i andet format fx billeder. • at journalføringen sker i forbindelse med eller snarest muligt efter patientkontakten. Referencer: • Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse med videre), BEK nr. 713 af 12. juni 2024

Faglige fokuspunkter

8. Screening for alvorlig patologi (røde flag) og opfølgning på fund af alvorlig patologi
Den tilsynsførende interviewer ledelse og personale om, hvorvidt han/hun kender til symptomer på alvorlig patologi, såkaldte røde flag, om der screenes for røde flag, om der følges op på fund af røde flag og om fundene journalføres. Fysioterapeutens kendskab til alvorlig patologi skal som minimum omfatte følgende:

Fysioterapeuten skal kende tegn og symptomer på alvorlig patologi, som. manglende sammenhæng i anamnestiske fund og kliniske fund, traumer (f.eks. konstante smerter, +/- neurologisk udfald), malignitet/tumor (f.eks. alder over 50, konstant smerte som ikke lindres ved hvile, smerter om natten, natlige svedeture), infektioner (f.eks. forhøjet temp., forhøjet BT, træthed mv.), arterie vertebralis insufficiens (f.eks. unilateral kraftig hovedpine, drop attacks, svimmelhed, "uklar i hovedet" ved nakkebevægelser i yderstillinger, synkebesvær, kvalme, talebesvær, dobbeltsyn, positive tegn fra kranienerver nystagmus, mv.)
Fysioterapeuten skal kende til relevant diffentialdiagnostik, test og kliniske undersøgelser, som kan indgå i udredningen af alvorlig patologi.
Fysioterapeuten skal redegøre for, hvorledes han/hun følger op på fund af alvorlig patologi, herunder at sende patienten til læge og journalføre screening og opfølgning.

Referencer:
- National klinisk retningslinje for behandling af nyopståede lænderygsmerter, Sundhedsstyrelsen 2016
- National klinisk retningslinje for ikke-kirurgisk behandling af nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning (lumbal radikulopati), Sundhedsstyrelsen 2016
- National klinisk retningslinje for ikke-kirurgisk behandling af nyopståede u specifikke nakkesmerter, Sundhedsstyrelsen 2016
- National klinisk retningslinje for ikke-kirurgisk behandling af nyopstået rodpåvirkning i nakken med udstrålende symptomer til armen (cervical radikulopati), Sundhedsstyrelsen 2015

Patienters retsstilling

9. Journalgennemgang af informeret samtykke til behandling

Den tilsynsførende gennemgår et antal journaler for at vurdere behandlingsstedets praksis for informeret samtykke til behandling.

Ved journalgennemgang skal det fremgå:
• at der er informeret om helbredstilstand og behandlingsmuligheder og indhentet samtykke forud for iværksættelse af behandling, herunder til behandling af både habile og inhabile patienter samt for børn og unge under 18 år.

Referencer:
- Bekendtgørelse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger mv. , BEK nr. 359 af 4. april 2019
- Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., VEJ nr. 161 af 16. september 1998
- Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse med videre), BEK nr. 713 af 12. juni 2024

- Bekendtgørelse af sundhedsloven (Kapitel 5), LBK nr. 1015 af 05. september 2024

10. Tavshedspligt
Ved observation og interview undersøges det, om tavshedspligten overholdes. Kliniklokaler er indrettet således, at tavshedspligten ikke brydes under journaloptagelse, behandling mv. Hvis der behandles i rum med flere patienter, skal der redegøres for, hvordan der sikres diskretion samt at tavshedspligten overholdes. Referencer: • Vejledning om sundhedspersoners tavshedspligt dialog og samarbejde med patienters pårørende, VEJ nr. 9494 af 4. juli 2002 • Bekendtgørelse af sundhedsloven (Kapitel 9), LBK nr. 1015 af 05. september 2024

Øvrige fund

11. Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici
Referencer: • Bekendtgørelse af sundhedsloven (Kapitel 66, §213 og §215b), LBK nr. 1015 af 05. september 2024

Lovgrundlag og generelle oplysninger

Formål

Styrelsen for Patientsikkerhed fører det overordnede tilsyn med sundhedsforholdene og den sundhedsfaglig virksomhed på sundhedsområdet[1]. Tilsynet omfatter alle offentlige og private institutioner, virksomheder og behandlingssteder, hvor autoriserede sundhedspersoner – eller personer, der handler på deres ansvar – udfører sundhedsfaglig behandling.

Det gælder alle behandlingssteder, hvor eller hvorfra sundhedspersoner[2] udfører behandling, undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient[3].

Baggrund

Styrelsen for Patientsikkerhed udfører risikobaserede tilsyn[4]. Det betyder, at vi udvælger temaer og målepunkter ud fra en vurdering af, hvor der kan være risiko for patientsikkerheden, ligesom vi tager hensyn til behandling af særligt svage og sårbare grupper.

Vi udvælger behandlingssteder[5] til tilsyn på baggrund af en stikprøve inden for identificerede risikoområder. Vi arbejder endvidere på at kunne udvælge det enkelte behandlingssted ud fra en risikovurdering.

Formålet med vores tilsyn er at vurdere patientsikkerheden på behandlingsstedet og at sikre læring hos sundhedspersonalet. Materialer med relevans for årets tilsyn kan findes på vores hjemmeside under Tilsyn med behandlingssteder. Vi har desuden udarbejdet en liste over hyppigt stillede spørgsmål og tilhørende svar, som findes på hjemmesiden under Spørgsmål og svar.

[1] Se sundhedsloven § 213.
[2] Sundhedspersoner omfatter personer, der er autoriserede af Styrelsen for Patientsikkerhed til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på disses ansvar.
[3] Se sundhedsloven § 5.
[4] 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.
[5] Se sundhedsloven § 213, stk. 2.

Tilsynet

Vi varsler normalt behandlingsstedet mindst 6 uger før et planlagt tilsynsbesøg. Reaktive tilsyn har som udgangspunkt 14 dages varsling, men kan foretages uvarslet.

Vi har som led i vores tilsyn til enhver tid – mod behørig legitimation og uden retskendelse – adgang til at undersøge behandlingsstedet[6]. Der skal ikke indhentes samtykke fra patienter ved behandling af journaloplysninger til brug for vores tilsyn. Personalet på behandlingsstedet har pligt til at videregive oplysninger, der er nødvendige for tilsynet[7]. Hvis vi besøger private hjem i forbindelse med tilsyn, skal der indhentes samtykke.

Vores tilsynsbesøg tager dels udgangspunkt i en række generelle målepunkter, dels i målepunkter som er specifikke for typen af behandlingssted. Alle målepunkter kan ses på vores hjemmeside, stps.dk, under Tilsyn med behandlingssteder. Målepunkterne fokuserer på, om patientsikkerheden er tilgodeset på behandlingsstedet, og om patientrettighederne er overholdt. Det fremgår af målepunkterne, hvilke skriftlige instrukser, procedurer, journalindhold mv., vi lægger vægt på.

Vi undersøger ved tilsynsbesøget, om behandling - herunder eventuel brug af medhjælp til forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed, journalføring og håndtering af hygiejne mv. - foregår fagligt forsvarligt. Herudover reagerer styrelsen på åbenlyse fejl og mangler af betydning for patientsikkerheden[8].

Behandlingsstedet modtager efter tilsynsbesøget et udkast til rapport – normalt med en høringsfrist på 3 uger. Der er ingen høring, hvis vurderingen er, at der ingen problemer er med patientsikkerheden. Der er i høringsperioden mulighed for at indsende bemærkninger til rapporten. Desuden skal behandlingsstedet sende handleplaner eller andet supplerende materiale, som vi har bedt om.

Efter høringsperioden vurderer vi de kommentarer og det materiale, vi har modtaget fra behandlingsstedet. På den baggrund skriver vi vores konklusion efter høring i rapporten. Vi tager desuden stilling til, om tilsynet giver anledning til henstillinger eller påbud, eller om vi kan afslutte tilsynet uden at foretage os yderligere.

Vi offentliggør den endelige rapport på vores hjemmeside under Tilsynsrapporter[9]. Behandlingsstedet skal lægge tilsynsrapporten på sin hjemmeside og gøre rapporten tilgængelig på behandlingsstedet[10]. Tilsynsrapporter for plejehjem skal også offentliggøres på plejehjemsoversigten.dk.

Et eventuelt påbud vil ligeledes blive offentliggjort på vores hjemmeside under Påbud til behandlingssteder samt på sundhed.dk[11].

[6] Se sundhedsloven § 213 a stk. 2

[7] Se sundhedsloven § 213 a, stk. 1, jf. også sundhedslovens § 43, stk. 2, nr. 3.

[8] Se lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed § 17

[9] Se bekendtgørelse nr. 976 af 27. juni 2018 om registrering af, underretning om og tilsyn med offentlige og private behandlingssteder m.v. § 22 og § 23

[10] Se sundhedsloven § 213b, stk. 2 og bekendtgørelse nr. 615 af 31. maj 2017.

[11] Se sundhedslovens § 215 b, stk. 2, 2. pkt. og bekendtgørelse nr. 604 af 02. juni 2016.

Vurdering af behandlingssteder

På baggrund af tilsynet kategoriseres behandlingsstederne i disse 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

Vores kategorisering sker på baggrund af en samlet sundhedsfaglig vurdering af patientsikkerheden med konkret afsæt i de målepunkter, vi har gennemgået. Vi lægger vægt på både opfyldte og ikke opfyldte målepunkter.

Afhængig af kategoriseringen kan et 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 vi give et påbud med sundhedsfaglige krav eller om at virksomheden skal indstilles helt eller delvist[12].

Påbud kan blive fulgt op på forskellige måder 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[13], afhængig af hvilke målepunkter, der ikke er opfyldte.

Tilsynet er et organisationstilsyn. Det vil sige, at det er behandlingsstedet, der er genstand for tilsynet og ikke de enkelte sundhedspersoner.

I helt særlige tilfælde, f.eks. hvor vi under tilsynsbesøget får mistanke om alvorlige kognitive svigt, alkoholmisbrug eller åbenlyse faglige mangler hos en sundhedsperson, kan vi dog indlede en almindelig individtilsynssag over for denne person.

Modstridende krav fra tilsynsmyndigheder

Oplever behandlingsstedet, at styrelsen stiller krav, der strider mod krav fra andre tilsynsmyndigheder, kan behandlingsstedet gøre styrelsen opmærksom på det ved at skrive til modstrid@stps.dk.

12 Se sundhedsloven § 215 b

13 Se sundhedsloven § 213, stk. 1