

Tilsynsrapport

Plejehjemmet Bertram Knudsens Have

Sundhedsfagligt, reaktivt - udgående tilsyn

Plejeområdet

Plejehjemmet Bertram Knudsens Have
Bertram Knudsens Vej 178
6000 Kolding

CVR- nummer: 29189897 **P-nummer:** 1018694944 **SOR-ID:** 1002141000016001

Dato for tilsynsbesøget: 04-11-2025

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

Sagsnr.: 35-2011-22256



1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget en beskrivelse af iværksatte tiltag fra Bertram Knudsens Have. Heraf fremgår det, at Bertram Knudsens Have i samarbejde med Kolding Kommune har udarbejdet en handleplan for at sikre patientsikkerheden på Bertram Knudsens Have. De iværksatte tiltag i handleplanen omhandler udarbejdelse af instrukser for journalføring, Sekoia samt depoter. Desuden ændringer i arbejdsgange i forbindelse med TOBS møder.

Vi anerkender, at Bertrams Knudsens Have har iværksat og planlagt tiltag med henblik på at rette op på de konstaterede forhold. Vi finder det dog ikke dokumenteret, at tiltagene på nuværende tidspunkt har haft den tilstrækkelige virkning i forhold til at rette op på patientsikkerheden.

Vi har derfor den 21. januar 2026 givet Bertram Knudsens Have et påbud om at sikre:

1. Systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå.
2. Tilstrækkelig journalføring, herunder udarbejdelse og implementering af instruks herom.

Påbud offentliggøres separat på stps.dk og på sundhed.dk. Når vi konstaterer, at påbuddet er efterlevet, fjernes det fra hjemmesiderne.

Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har ud fra forholdene på tilsynsbesøget den **04-11-2025** vurderet, at der på **Plejhjemmet Bertram Knudsens Have** er:

Større problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurderingen af patientsikkerheden er baseret på observationer, interview samt gennemgang af journaler, instrukser og medicin ved det aktuelle tilsyn.

Journalføring, sygeplejefaglige vurderinger og instruks for sundhedsfaglig dokumentation

Vi konstaterede, at Plejhjemmet Bertram Knudsens Have ikke havde en instruks for sundhedsfaglig journalføring, men alene anvendte navigationssedler til journalsystemet med sparsomme oplysninger omkring journalføring. Vi vurderer, at behandlingsstedet var usikre på, hvordan det var besluttet, at journalen skulle føres, herunder hvilke krav, der var til systematik.

Vi konstaterede, at behandlingsstedets sundhedsfaglige journalføring ikke i nødvendigt omfang beskrev patienternes problemstillinger, iværksat pleje og behandling, aftaler med den behandlingsansvarlige læge om kontrol og opfølgning på patienternes sygdomme. Vi vurderer, at mangelfulde beskrivelser af patienternes aktuelle problemstillinger medfører et manglende overblik over medarbejdernes opgaver og

ansvar. Det øger risikoen for, at der ikke bliver fulgt relevant op på aktuel pleje og behandling eller ændringer i patientens tilstand.

Behandlingsstedet oplyste, at de faglige vurderinger vedrørende ændringer af patienternes tilstande foregik på TOBS møder, hvor det blev besluttet, hvordan der skulle følges op. Vi vurderer dog, at den faglige vurdering kun fremgik af journalerne i meget begrænset omfang, og det var således ikke muligt at se hvilken faglig vurdering, der havde fundet sted, eller på hvilken baggrund der var iværksat tiltag. Når overvejelser om og vurderinger af de sundhedsfaglige problemstillinger ikke bliver journalført i et tilstrækkeligt omfang, udgør det en risiko for patientsikkerheden, da disse oplysninger er nødvendige for at understøtte og sikre kontinuitet i den fortsatte pleje og behandling af patienterne. Desuden vurderer vi, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, når kendskabet til patienternes sundhedsfaglige problemstillinger og relevante observationer alene beror på enkeltpersoners viden og ikke fremgår af dokumentationen i journalen.

Behandlingsstedet anvendte Sekoia, som var et digitalt hjælpeværktøj, der understøttede de sundhedsfaglige opgaver på behandlingsstedet. Vi konstaterede, at der ikke blev krydshenvist mellem registreringer i Sekoia og journalen, samt at der var oplysninger i Sekoia, der ikke fremgik i journalen. Vi konstaterede i den forbindelse, at behandlingsstedet ikke havde en systematisk praksis, for at sikre at data bliver overført imellem systemerne, og at der derfor var en risiko for, at væsentlige oplysninger gik tabt. På den baggrund vurderer vi, at journalføringen ikke var enstrenget og systematisk, og at det var svært at få et samlet overblik over patienternes problemstillinger og den iværksatte pleje og behandling.

Det er vores vurdering, at manglerne i journalen i flere tilfælde var et udtryk for den faglige vurdering af problemstillingerne ikke var foretaget, eller at der ikke var fulgt tilstrækkeligt op på ændringer eller den iværksatte pleje og behandling.

Vi har lagt særligt vægt på, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, når der er tvivl om hvorvidt en ordination omkring væskerestriktion hos en patient med hjertesygdom bliver fulgt, da der er risiko for at patienten hurtigt kan få en forværring i sin tilstand.

Desuden har vi lagt vægt på, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, når der ikke følges op på en iværksat behandling med et stærkt smertestillende præparat, da der er risiko for at der ikke reageres relevant på observationer eller på, om patienten opnår den tilstrækkelige effekt af behandlingen.

Medicinhåndtering

Vi konstaterede enkeltstående mangler i medicinhåndteringen.

Der var eksempler på, at der manglede anbrudsdato på medicin, som havde begrænset holdbarhed efter åbning. Det indebærer en risiko for patientsikkerheden, hvis der anvendes medicin, som har en begrænset holdbarhed efter åbning og det ikke fremgår tydeligt hvornår medicinen ikke længere må anvendes. Der kan være en risiko for, at medicinen ikke længere har den ønskede effekt. Vi konstaterede, at der i et tilfælde manglede et præparat til brug ved behov i medicinbeholdningen, og at det ikke fremgik, at det var vurderet, at det ikke var nødvendigt at have i beholdning i vinterperioden, eller hvornår behovet for pn præparatet skulle vurderes igen. Det udgør en risiko for, at patienten ikke modtager den nødvendige medicinske behandling, hvis behovet skulle opstå, når den ordinerede medicin ikke findes i patientens medicinbeholdning.

Vi konstaterede, at behandlingsstedet ikke havde en systematisk praksis, der sikrede, at der ikke blev opbevaret sterile produkter med overskredet holdbarhedsdatoen, hvilket udgør en risiko for at der bliver anvendt produkter, der ikke længere er sterile.

Vi vurderer, at behandlingsstedet kan rette op på manglerne i medicinhåndteringen og det sterile depot på baggrund af den drøftelse, der fandt sted under tilsynet.

Samlet vurdering

I vurderingen har vi lagt vægt på opfanget af de konstaterede mangler i de sygeplejefaglige vurderinger og journalføringen. Manglerne var gennemgående og kræver udarbejdelse og implementering af fyldestgørende instrukser, der beskriver krav til indhold og systematik i den sundhedsfaglige journalføring.

Samlet set vurderer vi, at der er tale om større problemer af betydning for patientsikkerheden.

2. Krav og henstillinger

Krav

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

Nummer	Navn	Krav
1.	Interview om varetagelsen af sundhedsfaglige opgaver, herunder håndtering af journalføring	• Behandlingsstedet skal sikre, at journalen er systematisk, overskuelig, entydig og tidstro. • Behandlingsstedet skal sikre, at der er udarbejdet nødvendige sundhedsfaglige instrukser. • Behandlingsstedet skal sikre, at de sundhedsfaglige instrukser er fyldestgørende.
2.	Interview om den sygeplejefaglige vurdering af patientens problemer eller risici inden for de 12 sygeplejefaglige problemområder samt plan for pleje og behandling, opfølgning og evaluering	• Behandlingsstedet skal sikre, at der er en praksis for at foretage en revurdering af patientens aktuelle problemer og risici ved ændringer i patientens tilstand. • Behandlingsstedet skal sikre, at der er en praksis for at følge op på- og evaluere planlagt pleje og behandling. • Behandlingsstedet skal sikre, at der er praksis for at planen for pleje og behandling evalueres og opdateres ved ændringer. • Behandlingsstedet skal sikre, at der er en praksis for at sikre kendskab til aftaler med behandlingsansvarlige læger om patientens behandling, opfølgning og kontrol. • Behandlingsstedet skal sikre, at der er en praksis for at lægge en plan for pleje og behandling i forhold til patientens aktuelle problemer og risici.
3.	Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sundhedsfaglige beskrivelse af patientens problemer eller risici inden for de 12 sygeplejefaglige problemområder	• Behandlingsstedet skal sikre at beskrivelsen af patientens aktuelle problemer og risici opdateres ved ændringer i patientens tilstand.
5.	Journalgennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling,	• Behandlingsstedet skal sikre, at journalen indeholder en beskrivelse af aktuel pleje og behandling, samt opfølgning og evaluering heraf.

Num mer	Navn	Krav
	opfølgning og evaluering, herunder aftaler med behandlingsansvarlige læger	• Behandlingsstedet skal sikre, at journalen indeholder en beskrivelse af aftaler med behandlingsansvarlige læge om patientens behandling, opfølgning og kontrol. • Behandlingsstedet skal sikre, at der er dokumentation for, at aftaler med den behandlingsansvarlige læge vedrørende patientens behandling, opfølgning og kontrol følges

Henstillinger

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

Num mer	Navn	Henstilling
8.	Håndtering og opbevaring af medicin	• Behandlingsstedet skal sikre, at holdbarhedsdatoen på patientens medicin og opbevarede sterile produkter, til brug ved den sundhedsfaglige pleje og behandling, ikke er overskredet. • Behandlingsstedet skal sikre, at der er anbrudsdato på medicinske salver, dråber og anden medicin med begrænset holdbarhed efter åbning. • Behandlingsstedet skal sikre, at der er navn på patientens medicin, herunder medicinske salver, dråber og anden ikke-dispenserbar medicin. • Behandlingsstedet skal sikre, at den ordinerede medicin findes i patientens medicinbeholdning.

3. Fund ved tilsynet

Behandlingsstedets organisering

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1.	Interview om varetagelsen af sundhedsfaglige opgaver, herunder håndtering af journalføring		X		Behandlingsstedet oplyste, at de ikke havde en instruks for sundhedsfaglig journalføring, der beskrev krav til indhold og systematik samt personalets opgaver og ansvar i forhold til føring af den sundhedsfaglige journal. Behandlingsstedet kunne ikke redegøre fyldestgørende for hvordan journalen skulle føres, men redegjorde for, at de alene havde kommunens navigationssedler til journalsystemet til rådighed. Navigationssedlerne indeholdte meget begrænsede beskrivelser af praksis for journalføring. Vi konstaterede, at behandlingsstedet anvendte Sekoia, som var et digitalt hjælpeværktøj til at understøtte de sundhedsfaglige opgaver og foretage registreringer . af f.eks. vægt og væskeindtag. Data fra Sekoia blev ikke automatisk overført til behandlingsstedets journalsystem, og der var ikke en systematisk praksis i forhold til at sikre sig, at relevante data blev overført. I journalen blev der ikke krydshenvist mellem de to systemer, og det fremgik således ikke af journalen at nogle registreringer blev foretaget i Sekoia. Behandlingsstedet oplyste, at de ikke havde en instruks, der beskrev hvordan personalet skulle forholde sig til journalføring i de to systemer.

Journalføring

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
2.	Interview om den sygeplejefaglige vurdering af patientens problemer eller risici inden for de 12 sygeplejefaglige problemområder samt plan for pleje og behandling, opfølgning og evaluering		X		Ved interview redegjorde behandlingsstedet for ansvarsfordelingen i forhold til at foretage en vurdering af patienternes problemer og risici. Behandlingsstedet kunne dog ikke redegøre fyldestgørende for, hvordan de sikrede at vurderinger af plan for pleje, behandling opfølgning og evaluering fremgik af journalerne i tilstrækkeligt omfang. I løbet af tilsynet tilkendegav behandlingsstedet, at de ikke i alle tilfælde fik lavet de nødvendige handleanvisninger på hvordan der skulle observeres eller følges op. Vi vurderer, at dette i flere tilfælde var udtryk for vurderingerne eller opfølgning ikke blev foretaget i tilstrækkelig grad.
3.	Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sundhedsfaglige beskrivelse af patientens problemer eller risici inden for de 12 sygeplejefaglige problemområder		X		Det var gennemgående at den sundhedsfaglige vurdering af patientens problemer og risici ikke fremgik af journalen i nødvendigt omfang. Ligeledes var det gennemgående, at det ikke fremgik hvilke opgaver personalet havde i forbindelse med de konkrete problemstillinger. Behandlingsstedet redegjorde for, at de ikke i alle tilfælde fik oprettet handleanvisninger, der beskrev personalets opgaver og ansvar i forhold til de konkrete problemstillinger, men at det var praksis at konkrete opgaver ville fremgå af Sekoia. Hos en patient, som havde en kendt smerteproblematik igennem en lang periode, og for nyligt var opstartet en behandling med et stærkt smertestillende præparat, var denne problemstilling ikke

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
					fyldestgørende beskrevet. Det fremgik ikke tydeligt på hvilken baggrund behandlingen var ændret og hvilken plan, der var for opfølgning. Behandlingsstedet kunne redegøre for årsagen til at patienten var opstartet med stærkt smertestillende, men kunne ikke redegøre for planen for opfølgning. • Hos en patient med epilepsi, var problemstillingen ikke fyldestgørende beskrevet. Det fremgik ikke hvilke opgaver personalet havde i forhold til problemstillingen samt hvor hyppigt patienten havde kramper, eller hvordan personalet skulle håndtere et krampeanfald. Behandlingsstedet redegjorde for at patienten ikke havde haft anfald i en længere periode, og at de derfor ikke havde fundet det nødvendigt, at tage stilling til og beskrive i en handleanvisning hvordan et krampeanfald skulle håndteres. Ligeledes redegjorde de for, at de en gang om året skulle kontakte neurologisk ambulatorium med henblik på opfølgning og status. • Hos en patient med hjertesvigt og deraf flere sundhedsfaglige problemstillinger, var disse problemstillinger mangelfulde beskrevet. F.eks. fremgik det, at patienten havde ødemer, men omfanget heraf og hvilke observationer personalet skulle foretage var ikke beskrevet, Desuden fremgik det, at patienten skulle vejes tre gange om ugen samt havde væskerestriktion på 1800 ml og behandlingsstedet oplyste, at dette for nyligt var ændret fra 1500 ml. I et notat fra

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
					hjertesvigt klinikken fremgik det at væskerestriktionen på de 1800 ml var betinget af at patienten lå indenfor et bestemt vægtinterval, men dette var ikke beskrevet i handleanvisningen i journalen. Desuden fremgik det, at hjertesvigt klinikken havde udregnet en vægt hvor de vurderede, at patienten ville være inkomenseret. I handleanvisningen var der beskrevet, at personalet først skulle kontakte en sygeplejerske ved en vægt på et kg mere end den vægt der var angivet fra hjertesvigt klinikken. Behandlingsstedet redegjorde for at handleanvisningen blev fulgt af personalet, men tilkendegav at der ved gennemgang kunne være tvivl om beskrivelserne i handleanvisningen var i overensstemmelse med ordinationerne fra hjertesvigt klinikken. • Hos en patient med en angstproblematik var der en beskrivelse af problemstillingen, og heraf hvordan personalet skulle tilgå patienten. Patienten havde dog for nyligt fået ordineret et beroligende præparat pn, og problemstillingen var ikke opdateret med en beskrivelse af på hvilken baggrund, der var ordineret pn, samt hvornår der måtte gøres brug af pn præparatet. Behandlingsstedet kunne ikke redegøre herfor, men oplyste, at patienten ikke havde haft behov for at få beroligende medicin endnu. • Hos en patient med diabetes var problemstillingen omkring dette ikke fyldestgørende beskrevet. Det fremgik ikke hvilke opgaver personalet havde i forhold til

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
					observationer eller kontroller. Behandlingsstedet oplyste, at den behandlingsansvarlige læge havde besluttet, at der var et lavt behandlingsniveau for diabetes og at der ikke skulle foretages observationer i den forbindelse. Hos en patient med forhøjet blodtryk var problemstillingen omkring dette ikke beskrevet. Det fremgik ikke om personalet havde nogle opgaver i forhold til problemstillingen. Behandlingsstedet redegjorde for, at de skulle måle en blodtryksprofil i tre dage før den årlige kontrol ved lægen, samt at det var en del af deres vanlige praksis ved kontrol af blodtrykbehandling, og at opgaven sandsynligvis ville fremgå af Sekoia.
4.	Journalgennemgang vedrørende overblik over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser	X			
5.	Journalgennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering, herunder aftaler med behandlingsansvarlige læger		X		Hos en patient med epilepsi, hvor personalet redegjorde for, at de en gang årligt skulle kontakte neurologiske ambulatorium med henblik på opfølgning og status fremgik det ikke af journalen, at denne opfølgning var foretaget. Sidste opfølgning fra behandlingsstedet var sket i første halvdel af 2024. Det var ikke muligt at finde i journalen om der havde været foretaget en opfølgning i 2025. Behandlingsstedet redegjorde for at opfølgning til det neurologiske ambulatorium sandsynligvis ikke var sket. Hos en patient som ca. tre uger før tilsynsdatoen var opstartet med et

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
					stærkt smertestillende præparat, var enkelte observationsnotater i starten af behandlingen, hvoraf det fremgik, at patienten havde smerter, men det fremgik ikke af journalen, om der var foretaget en opfølgning og evaluering på den iværksatte behandling. Behandlingsstedet tilkendegav, at de ikke havde foretaget en systematisk opfølgning eller en samlet evaluering på behandlingens effekt, men redegjorde for, at de ind imellem havde drøftet patientens smerter ved deres TOBS-møder, men at det ikke var blevet journalført. Der var ikke planlagt en dato i forhold til, hvornår der skulle følges op på effekten, herunder om der var aftaler om tilbagemelding til den behandlingsansvarlige læge. Hos en patient hvor der dagligt skulle føres væskeskema på grund af væskerestriktion, fremgik det ikke af journalen, at dette blev udført. Der fremgik ikke væskeregistreringer siden juni 2025. Behandlingsstedet redegjorde for, at væskeregistrering blev foretaget i Sekoia, og at det var en fejl, at det samlede væskeindtag pr. døgn ikke var ført over i journalen. Væskerestiktionen i Sekoia var ikke den samme som væskerestriktionen i journalen. Behandlingsstedet redegjorde for, at personalet kun skulle forholde sig til den behandlingsplan, der var at finde i journalsystemet og ikke den der var i Sekoia. Der var dog tvivl om væskerestriktionerne fra hjertesvigt-klinikken var fulgt, og der var usikkerhed omkring, hvorvidt patienten enkelte dage havde fået mere væske end vægten tillod.

Medicinhåndtering

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
6.	Interview om medicinhåndtering	X			
7.	Gennemgang af journaler vedrørende ordineret medicin og medicinlister	X			
8.	Håndtering og opbevaring af medicin		X		I to medicinbeholdninger manglede der anbrudsdato på tre præparater med begrænset holdbarhed efter åbning. I et tilfælde drejede det sig om en inhalationsspray, og i to tilfælde drejede det sig om øjendråber, hvor der var begrænset holdbarhed efter anbrud af folieindpakningen. I begge tilfælde manglede patientens navn også på præparatet. I en medicinbeholdning manglede der et ordineret PN-præparat mod allergisk øjenbetændelse. Personalet redegjorde dog for, at de ikke havde bestilt præparatet hjem, da det havde kort holdbarhed og kun blev anvendt i sommerperioden. Der var dog ikke en noteret en bemærkning om omkring dette. På depotet for opbevaring af sterile produkter til brug ved den sundhedsfaglige behandling blev der fundet flere produkter, som havde overskredet holdbarhedsdato. Nogle produkter havde haft sidste anvendelsesdato i 2023.

Overgange i patientforløb

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
9.	Interview om overgange i patientforløb	X			

Øvrige fund

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
10.	Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssi ge risici			X	

4. Baggrundsoplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Bertram Knudsen Have er et kommunal plejhjem i Kolding Kommune.
- Der er 90 plejeboliger, hvor der aktuelt bor 96 borgere.
- Der er ansat ca. 120 personaler med følgende faglige baggrunde: fire sygeplejersker, 42 social-og sundhedsassistenter, samt andre personalegrupper herunder 20 timelønnede fast vikarer.
- Bertram Knudsens Have er opdelt i tre etager, hvor der er tilknyttet en gruppeleder.
- Der er et tæt samarbejde mellem den kommunale sygepleje og akutfunktionen, når de faste plejhjemssygeplejersker ikke er tilstede.
- Der er etableret et tæt samarbejde med to lægehuse, som har stuegang på plejhjemmet hver 14. dag.

Begrundelse for tilsyn

Tilsynet var et reaktivt - udgående tilsyn på baggrund af en bekymringshenvendelse omhandlende opfølgning på og dokumentation af iværksat pleje og behandling.

Om tilsynet

- Ved tilsynet blev målepunkter for Plejeområdet anvendt. Målepunkterne findes på vores hjemmeside www.stps.dk under *Tilsyn; Tilsyn med behandlingssteder*.
- Der blev gennemført interview af ledelse og medarbejdere
- Der blev gennemgået to journaler, som var blev udvalgt på tilsynsbesøget
- Der blev gennemgået medicin for tre patienter

Ved tilsynet deltog:

- Britt Søbjerg Nielsen, gruppeleder
- Trine Mathiesen, gruppeleder
- Laila Hede Hansen, gruppeleder
- Karina Braagaard Roost, plejhjemsleder
- Nina Dalmark, assisterende leder
- En social-og sundhedsassistent med funktion som vagttilrettelægger
- En sygeplejerske
- En social-og sundhedsassistent
- En kvalitetskonsulent

Afsluttende opsamling på tilsynets fund blev givet til:

- Britt Søbjerg Nielsen, gruppeleder
- Trine Mathiesen, gruppeleder
- Laila Hede Hansen, gruppeleder

- Karina Braagaard Roost, plejehjemsleder
- Nina Dalmark, assisterende leder
- En social-og sundhedsassistent med funktion som vagttilrettelægger
- En sygeplejerske
- En social-og sundhedsassistent
- En kvalitetskonsulent

Tilsynet blev foretaget af:

- Lisa Elmer Christensen, specialkonsulent
- Signe Boye Karlsen, sygeplejerske

Lovgrundlag og generelle oplysninger

Information om lovgrundlaget for tilsynet samt information om tilsynets formål, baggrund, forløb og vurdering findes på vores hjemmeside www.stps.dk under Lovgrundlag og generelle oplysninger.