



akkrediteringsraadgiverne.dk

TILSYNSRAPPORT

Greve Kommune

Center for Sundhed & Pleje

Hjemmeplejen Hundige Nord

Indholdsfortegnelse

Forord	4
Fakta om tilsynet	5
Samlet tilsynsresultat	6
Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer	7
Oversigt over de enkelte temaer	11
Tema 1 Funktionsevne	12
Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen	15
Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed	17
Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning	20
Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn	21
Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper	22
Om virksomheden og kontaktoplysninger	25

Forord

De uanmeldte tilsyn i Greve Kommune er udført i overensstemmelse med gældende lovgivning, kommunens kvalitetsstandarder og almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Greve Kommune har med sit tilsynskoncept valgt at indarbejde Sundhedsstyrelsens anbefalinger af kvalitetsindikatorer i ældreplejen som en del af de lovpligtige tilsyn efter servicelovens §151.

Det er hensigten, at rapporten skal kunne bidrage til den faglige og organisatoriske kvalitetsudvikling ved at synliggøre succesfulde resultater såvel som det eventuelle læringspotentiale. Rapporten fokuserer på styrker i plejeenheden som afsæt for anbefalinger for eventuelle forbedringsområder, hvor beboernes behov endnu ikke imødekommes på en måde, som lever op til fastsatte beslutninger og krav i lovgivning, kvalitetsstandarder m.m.

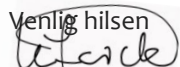
Rapporten er opbygget med sigte på overblik, læring og organisationsudvikling. Rapporten opfylder webtilgængelighedsloven.

Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

Anden del af rapporten indledes med oversigt over målopfyldelsen for de enkelte temaer. Herefter er de konkrete kvalitetsindikatorer medtaget, således at læseren kan se, hvad der er grundlaget for vurderingerne. Fund er medtaget i det omfang, det skønnes at være af værdi for den videre kvalitetsudvikling. Farvemarkeringer er anvendt for at fremme et hurtigt overblik over styrker og opmærksomhedspunkter.

Bagest i rapporten findes en kort beskrivelse af tilsynets tilgang, formål og metoder efterfulgt af afsnit om vurderingsprincipper samt afslutningsvist data om tilsynsvirksomheden.

Tilsyn er altid udtryk for et øjebliksbillede og skal derfor vurderes ud fra dette.

Venlig hilsen


Nette Britt Jorck

Virksomhedsleder og tilsynschef

Fakta om tilsynet

Hjemmeplejeleverandør:

Hjemmeplejen Hundige Nord
Frydenhøj Alle 90
4670 Greve

Leder:

Anette Pedersen

Tilsynsbesøget fandt sted:

31. oktober 2022

Metodik og datagrundlag:

Tilsynet omfatter borgere med forskellige begrænsninger af funktionsevne.

Data er indsamlet via

- Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal for 9 borgerforløb, procedurer, kørelister mv.
- Interview: 5 borgere, som kan medvirke til interview samt 1 pårørende.
Desuden er talt med enhedsleder, stedfortræder, 3 assistenter, 1 hjælper og 1 assistentelev.
- Observation: Besøg i borgeres hjem, set arbejdsgange og samvær mellem medarbejder og borger o.a.

Tilsynet har besøgt 5 borgere og overværet hjælp til personlig pleje o.a. hos 3 af disse borgere.

Antal forskellige borgerforløb, hvor borger er interviewet eller hvor tilsynsførende har overværet den personlige pleje: 5 borgere.

Hjemmeplejen har sikret borgernes samtykke til tilsynsbesøgets indhold.

Tilsynsførende:

Nethe Britt Jorck, sygeplejerske, MPP, tilsynschef.

Samlet tilsynsresultat

Tilsynsførende fra *akkrediteringsraadgiverne.dk* har på vegne af Greve Kommune gennemført et uanmeldt tilsyn i hjemmeplejen. Det uanmeldte tilsyn og afrapporteringen udføres efter "Koncept og manual for tilsyn i Greve Kommune". Fokusområderne er vurderet i forhold til om kvaliteten er tilfredsstillende ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Den sammenfattende vurdering ses nedenfor.

	<p>Målene er i meget høj grad opfyldte Alle temaer er samlet set vurderet "Opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt" (Tema 1-4).</p> <p>Der kan være få afvigelser eller mindre mangler, som vurderes at være under forbedring.</p>
	<p>Målene er i høj grad opfyldte Højest 1 af temaerne er vurderet lavere end "Opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt" (Tema 1-4). De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.</p> <p>Målopfyldelse forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.</p>
	<p>Målene er i middel grad opfyldte Højest 2 af temaerne er vurderet lavere end "Opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt" (Tema 1-4). Der ses forhold af betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed, hvis forbedringstiltag ikke igangsættes kortere tid efter tilsynsbesøget.</p> <p>Opfølgning efter kortere tid anbefales.</p>
X	<p>Målene er i lav grad opfyldte Mere end 2 temaer er vurderet lavere end "I betydelig grad opfyldt" (Tema 1-4). Der ses forhold, som kan have større betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed, hvis forbedringstiltag ikke igangsættes kortere tid efter tilsynsbesøget.</p> <p>Der kræves en bevidst og målrettet forbedringsindsats for at opnå forbedringer. Handleplan med opfølgning efter kortere tid anbefales eventuelt som fokuseret genbesøg.</p>
	<p>Kritisable forhold Dette betyder, at den leverede hjælp og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har alvorlige fejl og/eller mangler, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.</p> <p>Manglerne er af et sådant omfang, at der er tale om kritisable forhold for en eller flere borgere og fordrer hurtig/øjeblikkelig handling.</p>

Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer

I nedenstående skema angives begrundelsen for tilsynsresultatet. For det første beskrives de styrker, som tilsynsførende har vurderet, er til stede i hjemmeplejen. For det andet beskrives eventuelle forbedringsområder med tilhørende anbefalinger i tilfælde af, at praksis på hjemmeplejen ikke er fundet i overensstemmelse med lovgivningens krav, Greve Kommunes kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Generelt

Hjemmeplejen Hundige Nord fremstår som en plejeenhed, der er i gang med en længerevarende proces med kulturudvikling, kompetenceudvikling og organisationsudvikling.

Der er tale om en omfattende proces. Der er igangsat tiltag.

Styrker

Funktionsevne

Der ses generelt overensstemmelse mellem visiteret ydelse, disponeret hjælp og borgers aktuelle tilstand. Borgerne udtrykker tilfredshed med hjælpen. De oplever at få den hjælp og støtte, de har brug for, så de kan klare hverdagen. De fortæller, at de er tilfredse med de faste medarbejdernes støtte til at være så selvhjulpne som muligt i forhold til praktiske gøremål/personlig pleje.

Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Borgerne udtrykker tryghed ved indsatsen og omtaler de faste medarbejdere positivt. De udtrykker tilfredshed med hjælpen til den personlige pleje. Borgere giver udtryk for et godt samarbejde med de faste medarbejdere – ”de faste er rigtig gode”.

Borgernes boliger fremtræder generelt rene svarende til, hvornår borger sidst har haft rengøringsydelsen. Hjælp til tøjvask og madservice: Borgere med visiteret ydelse udtrykker tilfredshed med hjælpen.

Sammenhæng og forudsigelighed

Tilsynet hører om dagligt møde om morgenen, inden medarbejderne tager på borgerbesøg. Denne proces bidrager dels til medarbejdernes kendskab til borgernes tilstande og dels til den løbende kompetenceudvikling.

Samlet set medvirker ovenstående til, at borgerne kan være så selvhjulpne som muligt samtidig med, at borgerens livskvalitet og mulighed for selvbestemmelse sikres.

De ovenfor nævnte styrker og erfaringer med kvalitetsforbedringer er et godt afsæt til at fastholde den opnåede kvaliteten og yderligere forbedre praksis.

Forbedringsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

På baggrund af dataindsamling og analyse vurderer tilsynet, at

- 3 temaer er ”I betydelig grad opfyldt”
- 2 temaer er ”I nogen grad opfyldt”.

Hvert tema består af flere målepunkter. Opmærksomheden henledes på, at et tema, som er ”Helt opfyldt” kan rumme målepunkter med forbedringspotentiale, hvilket fremgår af efterfølgende del af rapporten.

I det følgende ses udviklingspunkter for de temaer, som ikke er ”Helt opfyldt”. Udviklingspunkterne er beskrevet kort samt tilsynets anbefalinger. De uddybende data fremgår under de enkelte temaer i rapporten.

Generelt

En gennemgående udfordring er at frontmedarbejdernes arbejdsredskaber og arbejdsprocesser fremstår sårbare. Det drejer sig i særlig grad om døgnrytmeplanernes kvalitet, men også arbejdsprocesser, der skal sikre tidlig reaktion ved ændringer i borgernes tilstande, anvendelse af sidedoseret medicin o.a.

Samlet set er vurderingen: ”Målene er i lav grad opfyldte”. Der ses forhold, som kan have større betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed. Der kræves en bevidst og målrettet forbedringsindsats for at opnå forbedringer. Tilsynet vurderer at der er en igangværende indsats i gang.

Tema 1 Funktionsevne

Målepunkt 1.1 RH-forløb

Målepunktets fokus: Ydelse efter §83a er tilbud om et korterevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb. Vurderingen skal være individuel og konkret og tage udgangspunkt i modtagerens ressourcer og behov.

Der skal fastlægges individuelle mål i samarbejde med borger. De fastsatte mål og tidsrammen skal indgå i en samlet beskrivelse af forløbet. Er der behov for at ændre i målene, skal dette ske i samarbejde med modtageren.

Udviklingspunkt:

Tilsynet konstaterer positivt, at RH-forløbene fremstår organiseret med fast koordinerende nøgleperson og samarbejde med terapeut. Der ses tavle med datoer for opstart, evaluering og slutdato.

Udfordring: Der ses ikke konkrete handleanvisende oplysninger for 3 ud af 3 undersøgte forløb i døgnrytmeplanerne som er frontmedarbejdernes arbejdsredskab. Oplysninger fra opstart om plan, mål og delmål samt evalueringssmøder kan ikke fremfindes af kyndig medarbejder.

Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats, herunder

- sikre at medarbejderne har let adgang til handleanvisende og konkrete oplysninger om de aktuelle opgaver hos borgere i RH-forløb.
- anvende SMART-krav til mål og delmål.
- evaluere forbedringer af arbejdsgangene via journalaudit.

Målepunkt 1.5 Opdatering af funktionsevnetilstande

Funktionsevnetilstandene fremstår i overensstemmelse med borgers tilstande for 1 ud af 5 borgerforløb.

Tilsynet informeres om, at hjemmeplejen ikke har til opgave at opdatere funktionsevnetilstandene, men har til opgave at sikre information videre via planlægger til visitationen.

Tilsynet anbefaler - eventuelt i samarbejde med visitationen, at

- fastlægge, hvad medarbejderne konkret skal gøre ift. at medvirke til at funktionsevnetilstandene er opdaterede
- implementere beslutningerne i hverdagen.

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Målepunkt 3.3 Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring

Fokus: Et væsentligt grundlag for, at borger har energi, kan deltage i egen pleje og være fysisk aktiv er, at ernæringstilstanden er så god som mulig. Ældre småtspisende borgere er ofte sårbare, idet en utilstrækkelig ernæringstilstand blandt andet kan medføre træthed, svimmelhed og faldtendens. Det nedsætter aktiviteten og medfører risiko for tab af funktionsevne.

Forebyggelse kræver en tidlig opsporing, som sikrer at borger tilbydes den rette kost.

Udviklingspunkter:

Få borgere i forhold til hjemmeplejens antal borgere, tilbydes vejning. Tilsynet ser positivt, at kørelisterne for flere borgere indeholder oplysning om ernæringstilstand. Der ses imidlertid for 3 ud af 4 borgere ikke skrevet observationer og oplysninger i helbredstilstand om dette. For 2 borgere som er kendt af sygeplejen og får proteintilskud, er der ikke taget stilling til vejning.

Det er tilsynets opfattelse at arbejdsgangene, herunder medarbejdernes kompetencer ikke i tilstrækkelig grad støtter den tidlige opsporing.

Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats, herunder

- undervise i ernæringens betydning for selvhjulpenhed, faldtendens mv.
- sikre videreformidling om borgere i risiko for underernæring til sundhedsfaglig vurdering
- overveje at videndele med andre hjemmeplejeområder.

Målepunkt 3.5 Samarbejde med terapeutfunktion ved fælles borgerforløb

Fokus: De kommunale tilbud efter §83 og §86 samt genoptræningsplaner indgår i en samlet indsats for at bringe borger tilbage til eller så tæt som muligt til borgers potentiale for funktionsevne.

Ved afslutning af træningsforløb fastlægger træningsterapeuten videre plan sammen med borgeren. Den videre plan kan omfatte træning under den personlige pleje eller den praktiske hjælp.

Det kan være balanceøvelser samtidig med den personlige pleje, huske at gå ture med rollatoren, forflytte sig korrekt, huske rejse/siddeøvelser eller at hjælpen bare er i nærheden imens, fordi det er mere trygt. Disse oplysninger kan efterspørges i samarbejde med terapeuter.

Udviklingspunktet er, at medarbejderne på tilsynstidspunktet ikke har lettilgængelige oplysninger om dette. Medarbejdere kender delvist til, om borgere har therapeutydelse og delvist til, hvilke ydelser der leveres af de kommunale terapeuter og hvilke ydelser der leveres vederlagsfrit af eller af borgers private terapeut.

Det har blandt andet betydning for om medarbejderne forventer/efterspørger tilbagemeldinger, idet private leverandører ikke har samme forpligtelse til udveksling af borgeroplysninger.

Ovenstående forhold vanskeliggør, at borgeren på en enkel måde tilbydes en samlet og forsæt ydelse. Det kan indebære en risiko for, at borger mister det opnåede funktionsniveau.

Tilsynet anbefaler at

- kontaktpersoner styrker deres viden om, hvorvidt borgerne har/har haft et træningsforløb og sikrer en evt. justering af døgnrytmeplanerne, så også andre medarbejdere informeres
- efterspørge oplysninger og etablere et øget samarbejde
- videndele med andre hjemmeplejeområder.

Målepunkt 3.6 og 3.7 Det skriftlige arbejdsgrundlag

Fokus: Den faglige dokumentation er et grundlag for medarbejdernes viden og forståelse for borgeren og dermed væsentlig for, at borgeren tilbydes en ensartet og forudsigelig opgaveløsning på et sikkert kvalitetsniveau. Det er afgørende for at sikre den fornødne kvalitet i hjælp, omsorg og pleje af borgerne, at alle medarbejdere har den nødvendige viden om borgerne.

Hertil er fyldestgørende og løbende ajourført dokumentation det nødvendige grundlag for, at alle medarbejdere kan varetage den rette hjælp, omsorg og pleje af borgere ud fra den faglige beskrivelse af borgerens behov. Hjælpen skal løbende tilpasses borgernes behov, jf. servicelovens § 83, stk. 5, hvilket nødvendiggør, at der er en tilstrækkelig dokumentationspraksis, som anvendes og følges af alle medarbejdere samt, at aktuelle ændringer løbende dokumenteres.

Udviklingspunkt:

Ved gennemgang af omkring 9 borgerforløb ses generelt uoverensstemmende oplysninger mellem døgnrytmeplaner, helbredstilstande, handleanvisende oplysninger, funktionsevnetilstande og observationer.

Arbejdsprocesserne fremstår skrøbelige ift. at give viden om sundhedsfaglige forhold til sygeplejen samt ændringer i funktionsevnetilstandene til visitator.

Døgnrytmeplanerne for dag og aften fremstår af varieret kvalitet. Enkelte er meget velbeskrevne, handleorienterede, individuelle og opdateret. Det er imidlertid gennemgående for de fleste, at der indgår oplysninger som ikke svarer til borgers aktuelle tilstande eller ikke medtager alle visiterede opgaver til borgerbesøget.

Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats, herunder

- fælles forståelse for opgave- og ansvarsfordeling for opdatering af døgnrytmeplaner mv.
- at sikre den fornødne videndeling med visitator og sygeplejen
- følge op med mini-journalaudit som evaluering.

Opmærksomhedspunkt

Sundhedslovsydelser

Hjemmeplejen varetager aktuelt en del borgerforløb hvor hjælpere anvender lægemidler i form af salver og cremer samt øjendråber.

Hudpleje: For flere salver/cremer ses manglende overensstemmelse mellem FMK, tilgængeligt lægemiddel og oplysning om hvad der skal behandles. Ingen ud af 5 sete hudplejesalver og liniment ses med dato for anbrud også for præparater med begrænset holdbarhed. Af FMK fremgår ikke, hvor på kroppen salverne skal påsmøres. Af en køreliste fremgår forkert handelsnavn på et aktuelt præparat.

Tilsynet anbefaler

- at styrke samarbejdsfladen til sygeplejen, herunder opfordre hjælperne til at gøre opmærksom på tvivl ved overdragede opgaver, herunder påsmøring af lægemiddel
- at assistentgruppen øger opmærksomhed på overensstemmelse mellem præparat på medicinlisten og det tilgængelige præparats handelsnavn samt om der er oplysning til hjælperne om hvad og hvor der skal smøres
- at behov for oplæring og opfølgning af delegation vurderes i den enkelte borgersituation.
- at undervise og følge op på mærkning om anbrud.

Oversigt over de enkelte temaer

Temaerne vurderes i forhold til om kvaliteten er tilfredsstillende ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Målene er belyst gennem interview, observationer og dokumentation og det er undersøgt, om der sammenhæng mellem de fastsatte standarder, handleplaner, beslutninger, tilbud til den enkelte og den praktiske udførelse.

Af nedenstående oversigt angives den samlede målopfyldelse for hvert tema. Vurderingen er angivet med farver:

	Helt opfyldt
	I betydelig grad opfyldt
	I nogen grad opfyldt
	Ikke opfyldt

Tema	Emne	Vurdering
Tema 1	Funktionsevne Funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering Korterevarende rehabiliteringsforløb efter §83a Borgers oplevede kvalitet af indsatsen	
Tema 2	Livskvalitet og tilfredshed Praktisk hjælp og personlig pleje Borgertilfredshed Mad og måltider	
Tema 3	Sammenhæng og forudsigelighed Det skriftlige arbejdsgrundlag Tidlig opsporing Tværgående samarbejde	
Tema 4	Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning Instrukser, værnemidler og rengøring	
Tema 5	Opfølgning på anbefalinger fra seneste tilsyn Proces for den lokale opfølgning med tiltag, evaluering m.m. Målopfyldelsen set i forhold til seneste tilsyn.	

Resultater og vurdering af de enkelte temaer

De enkelte temaer er konkretiseret i målepunkter. Hvert målepunkt udgør en indikator for kvalitet, som kan belyses gennem interview, observationer og dokumentation.

Tilsynsførende vurderer for hvert målepunkt, om dataindsamlingen viser overensstemmelse med målepunktets angivelser. I bemærkningsfeltet udfor hvert målepunkt er beskrevet særlige positive eller negative fund, som kan have værdi i det videre arbejde.

Målepunkter om omsorgsjournalen omfatter som de dele af journalen, som er relevant for tilsynets foci.

Tema 1 Funktionsevne

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
1.1	<p>Borgere, som er visiteret til et afklarende forløb efter §83a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Det afklarende forløb er dokumenteret: <ul style="list-style-type: none"> ○ Der foreligger plan lavet i samarbejde med borger. Planen beskriver mål, varighed og indhold af indsatsen. ○ Der er fastsat evalueringstidspunkter. ○ I døgnrytmeplanen/døgnrytmeplanen er medarbejdernes opgaver konkret beskrevet 2) Ved afslutning af rehabiliteringsforløb er borgers funktionsevne opdateret. 		<p><i>RH-forløbene har fast koordinerende nøgleperson. Der ses tavle med datoer for opstart, evaluering og slutdato.</i></p> <p><i>Oplysninger fra opstart og evalueringsskemaer kan ikke fremfindes af kyndig medarbejder.</i></p> <p><i>Plan indeholdende mål, varighed og indhold af indsatsen med tilhørende delmål ses ikke operationelt beskrevet.</i></p> <p><i>Frontmedarbejderne anvender døgnrytmeplanerne til borgerbesøg.</i> <i>Udfordring: Der ses ikke konkrete handleanvisende oplysninger for 3 ud af 3 undersøgte forløb.</i></p>
1.2	<p>Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Får du den hjælp og støtte, du har brug for, så du kan klare hverdagen? 2) Hvor tilfreds eller utilfreds er du med medarbejdernes støtte til at du bliver så selvhjulpent som muligt i forhold til praktiske gøremål/personlig pleje. 3) Hvordan har din evne til at klare dig selv i de daglige gøremål udviklet sig i den tid, du har modtaget hjælpen? (Grad af selvhjulpenthed). 4) Er din evne til at løse hverdagsopgaver (ADL) blev forbedret eller er forblevet uændret, mens du har haft hjælp fra hjemmeplejen? 5) Hvordan vurderer du betydningen af den hjælp du får? 		<p><i>Borgerne udtrykker tilfredshed med hjælpen, når det er de faste medarbejdere, der kommer på besøg.</i> <i>Når de faste medarbejdere ikke har besøget, sker det ofte, at afløseren ikke kender opgaverne så godt og at borgeren "må fortælle det hele". Som en borger siger: Jeg kan jo godt tale, men sådan er det ikke for alle, tror jeg".</i></p>

			Flere borgere fortæller om sprogproblemer, idet de gerne vil tale med medarbejderen undervejs i besøget.
1.3	Der er overensstemmelse mellem den visiterede ydelse og den disponerede hjælp.		
1.4	Medarbejderne leverer de aftalte ydelser. Såfremt ydelsen ikke kan leveres – hvis borger eksempelvis takker nej – gives skriftlig besked til rette funktion.		<p>Det er tilsynets opfattelse, at bad og personlig pleje udføres omsorgsfuldt.</p> <p>Der ses også fine eksempel på at medarbejder videregiver i ”observation” at borger har takket nej til en ydelse.</p> <p>Det er tilsynets opfattelse at, medarbejderne generelt leverer de aftalte ydelser, men at mangelfuld beskrivelse af opgaven ikke støtter medarbejderne i at udføre opgaverne korrekt og i nogle tilfælde, at ydelsen ikke leveres.</p> <p>Der ses enkelte ydelser i 8 undersøgte borgerforløb, hvor en visiteret ydelse vanskeligt udføres grundet manglende oplysninger til afløser. Det er tilsynets opfattelse at når opgaven er medtaget i døgnrytmeplanen støtter det en medarbejder til at udføre opgaven.</p> <p>I nedenstående eksempel var opgaven ikke medtaget i døgnrytmeplanen og borger oplevede at opgaven ikke altid var kendt.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Vedligeholdende gåtur: Der ses ingen oplysninger i døgnrytmeplanen. Fast medarbejder kender opgaven og løser den i samarbejde

			med borger, men viden forbliver tavs viden.
1.5	<ol style="list-style-type: none"> 1) Beskrivelsen af borgers funktionsevne er fremstillet genkendeligt 2) De indsatser, borger modtager, er afstemt borgers aktuelle funktionsevne 3) De visiterede servicelovsydelser foreligger opdateret i forhold til seneste oplysninger om borgers tilstand. 		<p>Funktionsevnetilstandene fremstår i overensstemmelse med borgers tilstande for 1 ud af 5 undersøgte borgerforløb.</p> <p>Hjemmeplejen opdaterer ikke funktionsevnetilstandene, men har til opgave at sikre information videre via planlægger til visitationen.</p>
1.6	Medarbejdere kender arbejdsgangene for at melde videre, hvis borgers begrænsning af funktionsevnen ændrer sig.		<p>Der ses flere eksempler på videreformidling via notater eller observationer lagt som opgave.</p> <p>Udfordringen omhandler videreformidling i situationer hvor borgers tilstand ændrer sig, men hvor medarbejder ikke har kendskab til, at det har betydning at melde videre, idet oplysningerne ikke har konsekvens for den bevilligede ydelse.</p> <p>Det kan være informationer, som visitationen skal bruge til at opdatere funktionsevnetilstandene efter.</p>

Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Samlet vurdering:

Nr.	Fokuspunkter	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
2.1	(Personlig pleje) Interviewede borgere (eller pårørende) svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Er personalet generelt venlige og omsorgsfulde? 2) Synes du at personalet udviser respekt for dig? 3) Hvor tilfreds er du med medarbejderens imødekommenhed over for dine ønsker til hjælpen? 4) Bliver hjælpen givet efter dine ønsker og valg? Ved hjælperen hvad der betyder noget for dig? 5) Er du tryk ved den måde hjælpen tilbydes på? 6) Oplever du dig soigneret/veltilpas efter morgenplejen 7) Er du samlet set tilfreds med hjælpen. (Hjælpen til bad, at blive vasket, af- og påklædning, toiletbesøg)?		Begrundelse ses af 1.2
2.2	Fremtræder borger velplejet i forhold til borgers behov og ønske?		
2.3	(Praktisk hjælp). Interviewede borgerne svarer generelt positivt på følgende: 1) Betyder den hjælp, du får, at du bedre kan gøre de ting i hverdagen, som er vigtige for dig? 2) Har den hjælp, du har modtaget betydet, at du i højere grad kan klare dig selv i de daglige gøremål. 3) Er du med til at planlægge/bestemme, hvordan hjælpen skal udføres? 4) Er du samlet set tilfreds med den hjælp, du får til rengøring, til tøjvask og til indkøb? 5) Vil du anbefale den hjælp, du modtager til andre med samme behov?		Begrundelse ses af 1.2
2.4	Observation i hjemmet: Er hjemmet ryddeligt og rent i det omfang, borgeren har behov for og ønsker hjælpen? Er hjemmet rengjort svarende til tidspunktet for seneste rengøringsydelse?		Hos to besøgte borgere, hvor hjemmet er rengjort indenfor seneste 5 dage, ses rengøringen ikke svarende til dette i baderum og køkken.

			I køleskab hos den ene borger ses mad med synlig overskredet holdbarhed.
2.5	Hvis tilsynsførende overværer medarbejders besøg: Der ses velegnede arbejdsgange og udførelse af opgaverne på en måde, der sikrer den fornødne kvalitet.		
2.6	Medarbejderne kender mål for indsatsen og kan redegøre for den faglige indsats. Medarbejder giver eksempler på, at indsatsen sker i samarbejde med borgeren og sikrer hensyn til den enkelte borgers personlighed, ønsker og vaner.		Faste medarbejdere kender egne borgere godt. Andre kender oplysninger i det omfang den mundtlige formidling har været tilstrækkelig.
2.7	Interviewede borgere svarer generelt positivt på spørgsmål om: 1) Kender du til muligheden for at kunne "bytte ydelser", fleksibel hjemmehjælp? 2) Kender du til mulighed for at kunne vælge frit mellem kommunale og private leverandører?		2 ud af 2 borgere oplyser, at de ikke kender til muligheden for fleksibel hjemmehjælp. Adspurgte medarbejdere kender ikke til ordningen.
2.8	Interviewede borgere, der modtager hjælp til mad og måltider, er overvejende tilfredse med 1) Madens kvalitet, herunder smag, udseende og duft 2) Mulighed for variation og indflydelse på maden 3) Støtte til at få maden serveret og hjælp til at spise.		
2.9	Medarbejderne kender borgers ønsker og behov til ernæringen, herunder 1) Madens indhold og sammensætning. Evt. allergier og foretrukne fødevarer. Diæter o.a. 2) Madens smag, duft og udseende 3) Måltidsafholdelsen, herunder hvad borger har brug for hjælp til.		
2.10	Observationer og dokumentation i hjemmet, hvor borgeren viser færdiglavet mad i køleskabet, eksempelvis smurt frokost eller klargjort aftensmad. Hvis tilsynsbesøget sker ved måltidet, oplever tilsynet madens duft og udseende.		

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
3.1	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kommer medarbejderne generelt på de aftalte tidspunkter? 2) Er det oftest de samme medarbejdere, der kommer hos dig/Kender du de medarbejdere, der kommer? 3) Er den hjælp du får, lige god, uanset hvilken medarbejder, der kommer i dit hjem? 4) Oplever du, at hjælpen kommer til den aftalte tid +/- 1 time. 5) Oplever du at dit besøg er blevet aflyst? Har du i så fald fået erstatningsbesøg? 		Begrundelse ses af 1.2
3.2	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Oplever du sammenhæng mellem den hjælp, du har brug for og den hjælp, du modtager? 2) Oplever du, at du bliver hjulpet uden selv at skulle fortælle, hvordan hjælpen bedst kan udføres? 3) Oplever du, at døgnrytmeplanen er meningsfuld og dækkende? 4) Passer den hjælp/støtte du får til dine behov? 5) Får du den hjælp/støtte, du har brug for, når du har brug for den? (også ift nødkald) 		Begrundelse ses af 1.2
3.3	<p><i>Forebyggelige indlæggelser og tværgående samarbejde</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Medarbejdere kender arbejdsgangene for at formidle viden videre, når borgers tilstand ændrer sig, og der opstår behov for faglig vurdering af assistent/demensvejleder/sygeplejerske/læge eller andre fagpersoner. Der kan ses eksempler på rettidig reaktion som viser en systematisk arbejdsproces. Eventuelle fund ved overdragede opgaver indføres under dette punkt. 		<p>Tværgående samarbejde ved overdragede opgaver:</p> <p>a) Der ses manglende overensstemmelse mellem FMK, tilgængelige slaver/cremer og oplysning om hvor på huden, der skal smøres: I FMK er angivet 2 hudpræparater. Der er ikke konkret oplysning om hvor på huden de skal anvendes. Af køreliste ses præparat. Dette præparat ses ikke af FMK.</p>

	<p>2) Arbejdsgangene belyses gennem kædeprocessen for tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring Medarbejderne kender og følger ledelsens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp til borgere i risiko for uplanlagt vægttab, herunder involvering af læge, tandlæge, ergoterapeut o.a.</p> <p>a. Vejehyppighed er udført i overensstemmelse med det besluttede interval b. Der ses reaktion på uplanlagt vægttab c. Oplysninger om kost er lettilgængelig for relevante medarbejdere.</p>		<p>b) Ingen af hudpræparaterne er mærket med anbrud</p> <p>2)Få borgere bliver tilbudt vejning. Der ses flere borgere hvor kørelisten indeholder oplysning om borgers ernæringsrisiko. Der ses for 3 ud af 4 borgere ikke skrevet observationer, handlingsanvisninger eller opdatering af helbredsoplysninger om dette. For 2 borgere som er kendt af sygeplejen og får proteintilskud, er der ikke taget stilling til vejning.</p> <p>Det er tilsynets opfattelse at arbejdsgangene, herunder medarbejdernes kompetencer ikke i tilstrækkelig grad støtter den tidlige opsporing.</p>
<p>3.4</p>	<p>Hvis borger modtager/har modtaget terapeutindsats efter §86, svarer de overvejende positivt om nedenstående spørgsmål og udsagn:</p> <p>1) Hvordan har din evne til at klare dig selv udviklet sig i den tid, du har modtaget hjælp? 2) Borgerne oplever, at træningsudbyttet er muligt at fastholde i hverdagen. 3) Borger oplever at hjemmeplejen ved behov husker borger på at lave aftalte øvelser, huske rigtig teknik ved forflytning, gå x gange, mens medarbejder er i hjemmet m.m.</p>		<p>Ved journalgennemgange og drøftelser ses, at en borger modtager terapeutindsatsen. Ved opslag af kyndig medarbejder kan ikke fremfindes handleanvisninger.</p> <p>§86-opgave er på kørelisten men der ses ikke handleanvisende oplysninger. Medarbejder fortæller, at borger har brug for gåtur og hvilken distance. Disse oplysninger ses ikke i døgnrytmeplan. Borger fortæller at gåtur ikke altid sker når fast medarbejder har fri.</p>
<p>3.5</p>	<p>Hvis borger modtager terapeutindsats efter §86: Medarbejderne kan redegøre for målene for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere, og hvordan de - hos disse borgere - inddrager træningselementer og -aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg.</p>		<p>Ingen af de adspurgte borgere kan fortælle om eksempler på at hjemmeplejen har opgaver relateret til therapeutsamarbejde (fraset RH-forløb).</p>

			<p>Interview af medarbejdere viser sparsomt kendskab til, hvilke af deres faste borgere, der har indsatsen.</p>
<p>3.6</p>	<p><i>Det skriftlige arbejdsgrundlag</i> <i>I tilsynet indgår det skriftlige arbejdsgrundlag i det omfang, det er relevant for tilsynets målepunkter.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Medarbejderne oplever de konkrete handleanvisninger anvendelige og brugbare i forhold til opgaveløsningen hos borgerne. 2) Beskrivelserne fremstår fyldestgørende, handleanvisende og opdaterede. 3) Medarbejderne fortæller om arbejdsgangen for at orientere sig i borgers situation, inden de ankommer til borgeren. Beskrivelsen svarer til god praksis. 4) Det skriftlige arbejdsgrundlag fremtræder overensstemmende og konsekvensrettet ved ændringer i borgers tilstande. 		<p><i>Døgnrytmeplanerne for dag- og aften-timerne fremstår af varieret kvalitet. Nogle er meget velbeskrevne, handleorienterede, individuelle og opdateret. For andre ses oplysninger, som ikke svarer til borgers aktuelle tilstande. Visiterede ydelser fremgår ikke systematisk af døgnrytmeplanen, hvilket ellers er besluttet for at støtte, at borger modtager den rette hjælp.</i></p> <p><i>Bemærkninger på kørelister ses i flere tilfælde ikke opdaterede og derved misvisende.</i></p> <p><i>Aftenbeskrivelser: For en borger ramt af demens ses ikke de mest nødvendige oplysninger, der kan sikre at borgers aften-timer forløber genkendeligt og medvirke til en god nattesøvn.</i></p> <p><i>For 7 ud af 9 borgere ses uoverensstemmende oplysninger mellem funktionsevnetilstande, døgnrytmeplaner, helbredstilstande og observationer.</i></p>

Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning*

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
4.1	Medarbejderne kender og anvender gældende instrukser og arbejdsgange relevant for medarbejdere i hjemmeplejen, herunder arbejdsdragt og værnemidler. Der forefindes værnemidler.		3 ud af 3 sete medarbejdere anvender ikke forklæde ved personlig pleje.
4.2	Relevante medarbejdere kan fremsøge gældende arbejdsgange ved eventuelt smitteudbrud. Ved et aktuelt smitteudbrud: Medarbejderne anvender gældende instrukser og arbejdsgange.		
4.3	Leder og relevante medarbejdere kan beskrive ansvars- og opgavefordeling ved den nære forebyggelse eksempelvis rengøring af kontaktpunkter. Beskrivelsen er overensstemmende med gældende instrukser og arbejdsgange.		

Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn

Samlet vurdering:

Nr.	Målepunkter	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
5.1	<p>Der forefindes handleplan for målepunkter, hvor målopfyldelsen ikke var "Helt opfyldt" ved seneste tilsyn.</p> <p>Der er ved behov fundet tovholdere til at drive forbedringsprocessen. Der er prioriteret og igangsat tiltag. Der ses dato for evaluering.</p>		
5.2	<p>Effekten af tiltagene er evalueret. I tilfælde af at leder ikke var tilfreds med resultatet af evalueringen, er nye tiltag igangsat og evaluering planlagt/udført.</p>		
5.3	<p>Målopfyldelsen er forbedret fra seneste tilsyn.</p> <p>Dette punkt baseres på tilsynsrapporterne: Sammenligning med resultat fra seneste tilsyn.</p>		<p><i>Der foreligger tilsynsrapport fra 2021 med fund på de samme temaer.</i></p> <p><i>Begrundet i uddybende informationer om mulighed for sammenlignelighed udgår målepunktet.</i></p>



Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper

Tilgang og formål

Tilsynets kerneydelse er på en anerkendende måde at belyse, om gældende lovgivning og politisk fastsatte retningslinjer og politikker overholdes og efterleves, således at borgerne får den hjælp, de er berettiget til, og at hjælpen er tilrettelagt og bliver udført på en faglig forsvarlig måde. Tilsynet skal belyse, hvorvidt:

- Borgerne får hjælp i henhold til kommunens kvalitetsstandarder
- Hjælpen er i henhold til loven og i henhold til afgørelsen om hjælp
- Hjælpen er i overensstemmelse med borgerens aktuelle behov for hjælp
- Forebygge, at eventuelle mindre problemer udvikler sig til store problemer.

Tilsynet har under tilsynene fokus på, at besøgene er afviklet med en anerkendende tilgang med fokus på dialog. Det er intentionen, at tilsynsbesøget kan medvirke til at fremme den videre udvikling af praksis på den enkelte plejeenhed.

Under besøget fokuserer tilsynsførende på plejeenhedens styrker og det, der virker. Det afspejles om muligt i spørgsmålene og dialogen, som kan grundlag for den videre refleksion og analyse af praksis.

Tilsynsførende søger at opnå den fornødne indsigt som grundlag for dialog om eventuelle forbedrings-områder, hvor borgernes behov endnu ikke imødekommes på en måde, som lever op til fastsatte beslutninger og krav i lovgivning, kvalitetsstandarder m.m.

Samlet set stiller tilsynet mod at indfri kommunens behov for:

- Viden om, hvorvidt borgerne får den hjælp, de er berettiget til, og om hjælpen er tilrettelagt og bliver udført på en faglig forsvarlig måde på den enkelte plejeenhed
- Støtte til kvalitetsudviklingen gennem konstruktiv dialog og brugbare kvalitetsdata
- En samlet viden på tværs af plejeenhederne om fælles styrker og udfordringer.

Tilsynsbesøget er gennemført uanmeldt og er et udtryk for det øjebliksbillede, som er tilgængeligt på tidspunktet for tilsynets gennemførelse. Tilsyn udføres 12 måneder efter seneste tilsyn +/- 4 måneder, medmindre andet er aftalt med kommunen.

Indhold og metode

Tilsynet indsamler data på baggrund af hovedpunkter udvalgt af Greve Kommune. Tilsynet udføres efter manual, som er tilpasset behovene og prioriteringerne i kommunen. Manualen indeholder beskrivelse af, hvilke opgaver der ligger før – under og efter besøget, herunder på hvilken måde tilsynet afvikles.

Metoderne bygger på nyeste viden fra akkreditering/tilsyn/audit. De gennemgående metoder er:

- Interview af ledere, medarbejdere, borgere samt eventuelle pårørende
- Dokumentation: Gennemgang af skriftlige vejledninger til medarbejdere, den faglige dokumentation, handleplaner, informationer til borgere m.m.
- Observation af medarbejderes praksis, borgers fremtræden og bolig, arbejdsgange, fællesarealer afholdelse af måltider m.m.

Samlet set sikrer den metodiske tilgang en grundig dataindsamling som underlag for analyse og vurdering. Den metodiske tilgang giver belæg for at vurdere kvaliteten af de ydelser, borgeren modtager.

I tilfælde af, at tilsynsførende under tilsynet bliver opmærksom på sundhedsfaglige forhold af betydning for borgernes sikkerhed, skal tilsynsførende afdække disse forhold og medtage dette i rapporteringen.



Vurderingsprincipper

Tilsynsbesøget bidrager til at afdække om den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag lever op til lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Vurdering sker på 4 niveauer:

- Den enkelte stikprøve
- Det enkelte målepunkt
- Det enkelte tema
- Det samlede tilsynsresultat

Vurderingsprincipperne sikrer systematisk analyse og vurdering fra den enkelte stikprøve udføres til det samlede tilsynsresultat. Vurderingsprincipperne er skitseret nedenfor og beskrives under figuren.

Niveauer	Det samlede tilsynsresultat											
Temaer												
Målepunkter												
De enkelte stikprøver												

Vurdering af den enkelte stikprøve

Dataindsamlingen sker ved stikprøver og ved anvendelse af interview, observation og dokumentation. Den indsamlede viden vurderes løbende ift. overensstemmelse med temaerne og målepunkterne.

Vurdering af de enkelte målepunkter

Hvert af de overordnede temaer belyses af underliggende målepunkter. Tilsynsførende vurderer målopfyldelsen af målepunktet på baggrund af dataindsamlingen. Der kan i nogle tilfælde være enkeltstående fund, som medfører, at målepunktet ikke er opfyldt. Det vil typisk være fund af betydning for borgerens sikkerhed. Vurderingen sker ud fra 4 kategorier, som farvemærkes af læsevenlige årsager:

	Helt opfyldt
	I betydelig grad opfyldt
	I nogen grad opfyldt
	Ikke opfyldt

Vurdering af det enkelte tema

På baggrund af de samlede resultater fra målepunkterne vurderes den samlede opfyldelse af det enkelte tema. Et tema kan vurderes som "Helt opfyldt", selvom der er et enkelt fokus med "I betydelig grad opfyldt". Når et af målepunkterne er vurderet "I nogen grad opfyldt" kan den samlede målopfyldelse for temaet højst blive "I betydelig grad opfyldt". Vurderingen sker ud fra samme kategorier og farveskala, som beskrevet ovenfor.

Det samlede tilsynsresultat

Vurderingen sammenfattes afslutningsvist. Nedenfor ses den anvendte vurderingsskala:

Målene er i meget høj grad opfyldte

Alle temaer er samlet set vurderet "Opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt" (Tema 1-4). Der kan være få afvigelser eller mindre mangler, som vurderes at være under forbedring.

Målene er i høj grad opfyldte

Højst 1 af temaerne er vurderet lavere end "Opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt" (Tema 1-4).

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

Målopfyldelse forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.



Målene er i middel grad opfyldte

Højst 2 af temaerne er vurderet lavere end ”Opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt” (Tema 1-4).

Der ses forhold, som kan få betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed, hvis forbedringstiltag ikke igangsættes kortere tid efter tilsynsbesøget.

Opfølgning efter kortere tid anbefales.

Målene er i lav grad opfyldte

Mere end 2 temaer er vurderet lavere end ”Opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt” (Tema 1-4).

Der ses forhold, som kan have større betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed, hvis forbedringstiltag ikke igangsættes kortere tid efter tilsynsbesøget.

Der kræves en bevidst og målrettet forbedringsindsats for at opnå forbedringer. Handleplan med opfølgning efter kortere tid anbefales eventuelt som fokuseret genbesøg.

Kritisable forhold

Dette betyder, at den leverede hjælp og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har alvorlige fejl og/eller mangler, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Manglerne er af et sådant omfang, at der er tale om kritisable forhold for en eller flere borgere og fordrer hurtig/øjeblikkelig handling.



Om virksomheden og kontaktoplysninger

Nethe Britt Jorck
Virksomhedsleder og tilsynschef

DMK-tilsynsafdeling, akkrediteringsraadgiverne.dk
Egebjergvej 232 a
4500 Nykøbing Sjælland
Mobil: +45 2869 8898
Mail: nethe@jorck.net

Akkrediteringsraadgiverne.dk er en privat leverandør af rådgivning og tilsyn til de danske kommuner og sygehuse, herunder tilsyn og kvalitetsbesøg inden for serviceloven og sundhedsloven.

Konsulentfirmaet består af virksomhedsleder, som sammen med udvalgte teamkolleger varetager alsidige opgaver, eksempelvis:

- Tilsyn med plejeboliger på ældreområdet
- Tilsyn med fritvalgsområdet
- Andre kvalitetsbesøg/tilsyn i hjemmesygeplejen, akutfunktioner, plejecentre og hjemmeplejen efter serviceloven og sundhedsloven
- Kvalitetsbesøg/temperaturmålinger ift. ældretilsynets målepunkter
- Kvalitetsbesøg/temperaturmåling ift. risikobaseret tilsyn med STPS's målepunkter
- Second opinion kombineret med kvalitetsbesøg/tilsyn ved eksempelvis klagesager
- Tværsektorielle borgerforløb. Ressource- og opgavefordeling
- Brugerundersøgelser, herunder borgertilfredshedsundersøgelser

Ovenstående liste er ikke udtømmende. Sundhedslovs- og servicelovsområdet giver stadig mere komplekse udfordringer i hverdagen, hvor vi kan byde ind med et samarbejde med fokus på en bestemt borgersituation, vinkel eller en særlig dagsorden.

Om virksomhedsleder og tilsynschef

Nethe Jorck har sundhedsfaglig uddannelse (sygeplejerske) suppleret med MPP (Master of Public Policy) til lige med kompetencegivende uddannelser indenfor ledelse, kvalitet og patientsikkerhed.

Nethe Jorck har en årrække beskæftiget sig med sociallovs- og sundhedslovsydelse, kvalitetssikring og patientsikkerhed i kommuner og regioner gennem funktioner som oversygeplejerske, kvalitetschef, tilsynschef, akkrediteringskoordinator m.m.

Hun har været aktiv surveyor gennem 13 år indtil 2021 for IKAS (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet).

Ovenstående har medført lang erfaring og indgående viden og indsigt i spændingsfeltet mellem det, der besluttet (lovgivning, retningslinjer, kvalitetsstandarder m.m.) og det, der sker i praksis tættest på borgerne. Hertil kommer indgående erfaring med forandrings- og forbedringsarbejde med basis i uddannelse og projektarbejde med projekter fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

