

Tilsynsrapport

Altiden hjemmepleje

Center for Sundhed & Pleje
2019

Formål

Hovedformålet med at udføre tilsyn er at sikre, at opgaverne løses til borgerens bedste og i overensstemmelse med såvel lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Tilsynene udføres med sigte på læring og refleksion for at medvirke til at skabe langsigtede forbedringer for borgerne.

Tilsynsbesøget er gennemført uanmeldt og er et udtryk for det øjebliksbillede, som er tilgængeligt på tidspunktet for tilsynets gennemførelse.

Forord

Det uanmeldte tilsyn i Greve Kommune er udført i overensstemmelse med Tilsynsprocedurens krav. Målepunkterne er baseret på de krav Styrelsen for Patientsikkerhed stiller til kvaliteten i kommuner, og tilsynsrapporten er opbygget med

sigte på læring og organisationsudvikling.

Indledningsvist er data om tilsynet, herunder deltagere, tidspunkt og antallet af borgere og medarbejdere, der er indgået i tilsynet.

Det samlede tilsynsresultat ses herefter i en oversigt, som efterfølgende bliver uddybet med, hvilke styrker og udfordringer, der er konstateret ved tilsynet samt tilsynets anbefalinger.

Sidste del af rapporten indeholder de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews, observationer og ved gennemgang af dokumentation. Det er et omfattende materiale med konkrete oplysninger, som kan anvendes i det videre udviklingsarbejde.

De nærmere begrundelser bag vurderingsprincipper er beskrevet i proceduren for uanmeldte kommunale tilsyn i Greve Kommune.

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

Fakta om tilsynet

Leverandørens navn og adresse

Altiden Hjemmepleje Greve
Frydenhøj Alle 100
2670 Greve

Leder

Lene Nielsen

Dato og tidspunkt for tilsynet

30. august 2019

Tilsynstype

Uanmeldt ordinært tilsyn

Datagrundlagt og metodik

Tilsynet omfatter borgere med forskellige behov,

Data er indsamlet via:

- Dokumentation via omsorgssystemet Nexus, procedurer, informationsbreve til borgerne, handleplaner for kvalitetsforbedringer samt kompetenceskemaer og plejeenhedens egen kvalitetsvurdering samt eventuelle handleplaner.
- Interview: 2 borgere, som alle har givet tilsagn om at blive interviewet samt 2 medarbejdere, samt områdeleder og stedfortræder for områdeleder.
- Observation: Borgers hjem, borgers tilstand, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejderadfærd i borgers hjem, arbejds gange i hjemmet.

Tilsynet er gennemført over 1 hverdag. 0 besøg er udført i aftenvagten.

Tilsynspersoner

- [1](#) MIE
- [2](#) LLH
- [3](#)

0

Samlet tilsynsresultat

Tilsynsresultat

Samlet tilsynsresultat for hjemmeplejen Altiden :

Godkendt med mangler

Kategorier
Godkendt Dette betyder, at den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag er vurderet til at leve op til såvel lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Forholdene vurderes samlet set at være gode og tilfredsstillende.
Godkendt med få bemærkninger Dette betyder, at den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag er vurderet til i vid udstrækning at leve op til såvel lovgivningens krav kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Der er ikke konstateret betydelige mangler i et af målområderne, men dele af den leverede ydelse og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har mangler eller er utilfredsstillende.
Godkendt med mangler Dette betyder, at der er i et eller flere målområder er betydelige mangler i den leverede ydelse og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.
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. Manglerne er af et sådant omfang, at der er tale om kritisable forhold for en eller flere borgere og fordrer hurtig/øjeblikkelig handling.

Opsummering af styrker og forbedringsområder

I skemaer herunder vises en opsummering af begrundelser for tilsynsresultatet. Fordet første beskrives de styrker, som tilsynet har konstateret er til stede. For det andet beskrives det på temaniveau, hvor der er fundet eventuelle mangler eller kritisable forhold.

Styrker
<p>Tilsynet finder, at der overordnet er en rigtig god stemning blandt personalet. Personalet kender deres borgere rigtig godt og møder borgeren med indlevelse og respekt. Ude hos borgeren udvises der stor faglighed Der bliver leveret indsatser på den praktiske del af tilsynsbesøget svarende til det, som er visiteret af myndigheden. Der er fagligt fokus på borgerne i samtaler blandt personalet. Personalet har mange gode refleksioner omkring samarbejdet omkring borgerene, bl.a. mange forslag til forbedringer generelt. Ledelsen har fokus på udvikling af medarbejdergruppens teoretiske og dokumentationsmæssige faglighed og der er planlagt gennemgang af arbejdsgange og faglige metoder i medarbejdergruppen.</p>
Forbedringsområder og tilsynets anbefalinger
<p>På baggrund af resultatet, der viser kritisable forhold på tre ud af syv tilsynsmaer anbefaler tilsynet, at medarbejdere, der udfører hjælp i borgerens hjem:</p> <ul style="list-style-type: none">- modtager undervisning i arbejdsgange og dokumentation i Nexus- modtager information om, hvor hvilke oplysninger dokumenteres i Nexus, så de ved, hvor de finder informationer og aftaler om borgerens udskrivelse fra sygehus og hjemsendelse fra Hedebo, herunder også informationer om borgerens funktionsniveau.- modtager information om aktiviteter i kommunen, som borgeren kan deltage i - både visiterede og ikke-visiterede- får øget kendskab til kvalitetstandarden samt kendskab til aftaler for, hvornår myndigheden skal kontaktes på baggrund af ansøgning af/behov for mere hjælp hos borgeren samt hvornår en indsats skal afsluttes.- har mere fokus på at oprette UTH'er.

Oversigt over resultater for de enkelte målepunkter

Tabellen herunder viser en oversigt over opfyldelsen af de enkelte området i tilsynet

Lov om social service - Tilsystema	
Aktiviteter og rehabilitering <ul style="list-style-type: none"> • Borgere med behov for rehabiliteringsforløb efter § 83a og hjælp med rehabiliterende sigte efter § 83 • Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86 • Tilbud om aktiviteter til borgere 	Kritisable forhold
Målgrupper og metoder <ul style="list-style-type: none"> • Borgere med kognitive funktionsevnedssættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug. • Forebyggelse af magtanvendelse • Fokus på ændringer i borgeres funktionsevne og helbredstilstand • Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgere 	Godkendt med mangler
Organisation, ledelse og kompetencer <ul style="list-style-type: none"> • Plejeenhedens organisering samt ansvars og kompetenceforhold 	Godkendt med få bemærkninger
Procedurer og dokumentation <ul style="list-style-type: none"> • Plejeenhedens dokumentationspraksis 	Kritisable forhold
Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død <ul style="list-style-type: none"> • Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet • Pleje af borgere ved livets afslutning 	Kritisable forhold
Trivsel og relationer <ul style="list-style-type: none"> • Borgernes trivsel og relationer 	Godkendt
Delegeret sygepleje	Godkendt med mangler

Tilsynspersonernes kommentarer

Dette afsnit indeholder tilsynsførendes kommentarer til de enkelte tilsynstemaer:

Aktiviteter og rehabilitering

En borger oplever ikke at blive informeret om hvilke muligheder der er i nærområdet f.eks. at komme på Strandcenter i dacentre eller lignende, som kan bidrage til at borgeren oplever at kunne deltage i meningsfulde aktiviteter. Borger er flyttet til området inden for de sidste 3 måneder. Der er generelt ikke udfyldt delmål på borgernes indsatser.

Der oprettes generelt flere .observationer på samme problem, hvilket gør at overskueligheden for alle, der bruger Nexus, bliver nedsat. Derudover er det svært at få overblik over, hvilke tiltag der er foretaget og resultatet heraf. Information om en daglig tilbagevendende opmærksomhedspunkt, er hos en borger skrevet i .observation i stedet for i en døgnrytmeplan dvs. det bliver ikke nødvendigvis læst af den næste, som kommer og hjælper borger.

Jævnfør den nye dokumentationsmetode skal skemaer, der oprettes, relateres til enten tilstande eller indsatser. Dette bliver konsekvent ikke udført, hvilket gør hensigten med FS3 og sammenhængen i dokumentationen uopnåelig. Arbejdsgangen om, at holde .observationer åbne, hvis der er behov for løbende dokumentation af samme problem, benyttes ikke, hvilket er med til at skabe uoverskuelighed.

Der oprettes generelt flere .observationer på samme problem, hvilket gør at overskueligheden for alle, der bruger Nexus, bliver nedsat. Derudover er det svært at få overblik over, hvilke tiltag der er foretaget og resultatet heraf.

Der er i flere tilfælde ikke fulgt op på de beskrevne problemer i hverken .observation eller handleanvisninger f.eks. er et sår blevet smurt med binyrebarkhormon creme siden februar måned.

Der er generelt god kontakt til de pårørende samt et godt og meningsfyldt samarbejde.

Personalet føler sig ikke inddraget i træning, der leveres hos borgeren fra træningsenheden. Det ønsker de for, at de kan understøtte iværksat træning i dagligdagen

Målgrupper og metoder

En borger har haft apoplaxi med efterfølgende problemer med hukommelsen, der er ikke bekræftet hvordan dette håndteres i dagligdagen og hvad plejen skal være opmærksomme i den forbindelse.

En døgnrytmeplan er beskrevet meget overordnet, hvor der ikke er detaljer for hvordan hjælpen skal leveres til den enkelte borger. En borger med hukommelseproblemer, har problemer med at passe sin hund. Der er ikke lagt plan for hvordan dette skal håndteres, hvilket undrer tilsynet, da det er en daglig tilbagevendende problematik for personalet.

Hos en borger beskriver personalet ofte, at en ægtefælle er vred, når personalet kommer.

Der er ikke en samlet anvisning af, hvordan personalet skal håndtere dette, for også at sikre et godt arbejdsmiljø for personalet.

Hos flere borgere er der beskrevet urininkontinens, tryksår og vægttab, men der foreligger ikke en plan for tiltag eller forebyggelse i forbindelse med dette.

Nogle steder er der ikke fulgt op på dokumentation. F.eks. er der ikke lavet opfølgning på en ernæringscreening, der viser at borger er i risiko for undervægt.

I forhold til dokumentation af ændringer i borgeres funktionsevne, helbredstilstand og lignene er der hos en borger beskrevet smerter, men ikke hvilke tiltag der er foretaget.

Hos en anden borger er bekræftet problemer med for lille ble i forhold til forværring i inkontinens, med der mangler dokumentation for, hvad der er afprøvet og hvad der har virket.

Der er gode observationer, men der mangler generelt opfølgning og plan for tiltag og handling omkring at tage kontakt til samarbejdspartnere og dokumentation af dette. Der er lavet observationer på notater som; "hos borger i dag var alt vel" - dette er ikke arbejdsgangen - da der kun skal dokumenteres fravigelser.

Der bliver ikke arbejdet med specifikke faglige metoder og arbejdsgange i forhold til borgere med kognitive funktionsnedsættelser, psykisk sygdom og/eller misbrug efter borgerens særlige behov.

Almindelig tilgang og tilrettelæggelse af hjælpen til borgeren benyttes også hos denne type borgere. Det vil sige, at den enkeltes viden og faglige skøn ligger til grund for tilgangen til borgere med kognitive funktionsnedsættelser, psykisk sygdom og/eller misbrug. Der bliver ikke arbejdet med specifikke faglige metoder og arbejdsgange i forhold til borgere med kognitive funktionsnedsættelser, psykisk sygdom og/eller misbrug efter borgerens særlige behov.

Almindelig tilgang og tilrettelæggelse af hjælpen til borgeren benyttes også hos denne type borgere. Det vil sige, at den enkeltes viden og faglige skøn ligger til grund for tilgangen til borgere med kognitive funktionsnedsættelser, psykisk sygdom og/eller misbrug.

Organisation, ledelse og kompetencer

Personalet efterspørger mere viden om borgerne, når borgerne udskrives eller hjemsendes fra sygehus og Hedebo. Personalet kender ikke til at læse uddrivningsrapporter og plejeforløbsplaner fra sygehuset eller samlet faglig vurdering fra Myndigheden, hvor der er beskrevet mange informationer om udskrivelser og aftaler i den forbindelse.

Procedurer og dokumentation

Der ligger to aktive "døgnrytme - Aften" på flere borgere. Det gør, at det er uklart hvilken plan, der er relevant for borgeren. Den ikke-aktuelle skal gemmes som inaktiv i Nexus.

Hos en borger ligger der to "Døgnrytme- Aften" men ingen "Døgnrytme - dag", selvom borgeren hovedsageligt modtager hjælp i dagvagten.

Hos en borger står ægtefælle på døgnrytmeplanen, selvom han ikke bor, der mere. Hos en borger fremgår det af døgnrytmeplanen, at der løses opgaver, der ikke er visiteret hjælp til.

Hos en borger er det beskrevet, at borgeren ikke længere kan varetage negleklip, men der er ikke oprettet ansøgning om dette til visitationen, så borger kan modtage hjælp til dette.

Hos en borger er døgnrytmeplaner ikke beskrevet. Handlingsanvisninger bliver generelt ikke relateret til indsatserne.

Hos flere borgere er døgnrytmeplaner ikke beskrevet.

Hos en borger beskriver personalet ofte, at en ægtefælle er vred, når personalet kommer.

Der er ikke en samlet anvisning af, hvordan personalet skal håndtere dette, for også at sikre et godt arbejdsmiljø for personalet.

Hos en borger er der ingen døgnrytmeplaner udfyldt, ej heller noget under øvrige steder hvor der kan oplyses om borgers hverdag mm.

Greve kommune har fastlagt praksis for hvornår, hvor og hvordan, der skal dokumenteres.

Denne praksis er ledelsen ikke bekendt med, men de vil sørge for at tilegne sig viden, så den bliver udbredt hos medarbejderne.

Det er muligt for medarbejdere at booke tid til dokumentation, hvis de har behov for det, så dokumentation sikres på borgerens.

Personalet oplyser, at de ikke er præsenteret for nye arbejds gange i relation til Nexus, som blev offentliggjort i juni 2019, som handler om, hvor hjemmeplejen skal dokumentere.

Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død

Enkelte steder er borgerens vaner og ønsker virkelig godt beskrevet i f.eks. døgnrytmeplaner.

Andre steder er det meget mangelfuldt. Enkelte steder er borgerens vaner og ønsker virkelig godt beskrevet i f.eks. døgnrytmeplaner.

Andre steder er det meget mangelfuldt.

Pallitiv pleje er i løbet af året blevet et fokus punkt generelt i Altiden. Der er bl.a. udarbejdet en pjece til medarbejderne omkring palliativ pleje.

Det er et fokuspunkt for Altiden at arbejde med borgerens ønsker for livets afslutning.

Personalet nævner, at de vil finde informationer om borgerens ønsker for livets afslutning i "livshistorie" under generelle oplysninger i Nexus. De har ikke selv udfyldt informationer om borgerens ønsker til livets afslutning på noget tidspunkt i Nexus.

Trivsel og relationer

I forhold til at understøtte borgerens relationer, kan ledelse oplyse, at de oplever, at de pårørende er meget aktive, ringer og gerne vil samarbejde.

Det vil fremover være et fokuspunkt, at opnå kendskab til tilbud i det omgivende samfund, så medarbejdere i højere grad kan informerer borgerne om dette.

Personalet oplever, at de ikke har tid til at indgå i arbejdet omkring tilknytning til pårørende i den udstrækning, de mener er nødvendig og som de gerne vil.

Delegeret sygepleje

Der mangler indsats "kontrol af medicin dosering" og "medicin dosering " og dermed mangler der også handleanvisninger på begge. På en borger er der ingen handleanvisninger på de 3 delegerede indsatser.

Der er handlingsanvisninger på overleveret sygepleje, som ikke er opdateret. Der er handlingsanvisninger på overleveret sygepleje, som ikke er opdateret. Der er flere eksempler hvor der slet ikke er oprettet handleanvisninger på de delegerede indsatser.

Personalet oplever, at de ønsker at kunne løse flere opgaver og få flere opgaver i forhold til delegerede ydelser.

Vurderingsprincipper

De 6 overordnede måleområder har 11 temaer, der hver har 5-15 indikatorer. Stikprøvestørrelsen afhænger af antallet af borgere som plejeenheden leverer ydelser til, samt om tilsynspersonerne har adgang til plejeenhedens egne kvalitetsvurderinger eller ikke. Hver plejegruppe (Der er fx flere plejegrupper på et plejeenhed/center) foretager systematisk kvalitetsvurdering på minimum 24 borgere om året, og sikrer herved, at de fleste væsentlige kvalitetsproblemer bliver identificeret. I tilfælde hvor tilsynspersonerne ikke har adgang til plejeenhedens kvalitetsvurdering, anvendes en større stikprøve til tilsyn.

Tilsynet gennemføres som en kombination af journalgennemgang og tracermetoden, hvor tilsynspersonerne gennemgår borgerforløbet, ved hjælp af interview med borgeren, medarbejdere og ledelsen. Se evt. detaljer i procedure for uanmeldte tilsyn.

Der foretages vurderinger på 4 niveauer:

- Niveau 1: Den enkelte stikprøve
- Niveau 2: Den enkelte indikator
- Niveau 3: Det enkelte tema
- Niveau 4: Det samlede tilsynsresultat

Vurderingsprincipperne sikrer systematisk analyse og vurdering fra den enkelte stikprøve udføres til det samlede tilsynsresultat. På alle niveauer baseres vurderingen på lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Vurderingsprincipperne gennemgås nedenfor.

OPFYLDELSE PÅ NIVEAU 1: VURDERING AF DEN ENKELTE STIKPRØVE

Der er indsat vejledende tjekpunkter under den enkelte indikator i rapporten. Tjekpunkterne tilpasses efter forholdene under tilsynsbesøget, således at indikatorerne bliver bedst muligt belyst. Kvalitative data: Positive og negative fund indskrives under "Beskrivelse", så vidt mulig med uddybende oplysninger til brug for det videre udviklingsarbejde.

Kvantitative data: Den enkelte stikprøve vurderes som Opfyldt, Delvist Opfyldt eller Ikke Opfyldt.

Ud fra antallet af relevante beregnes % af mulige point. Point tildeles efter følgende kriterier: Der gives 1 point, hvis indikatoren er vurderet Opfyldt, 0 point ved delvist eller Ikke Opfyldt. Enkelte forhold indvirker på den kvantitative beregning, herunder

- a. Antallet af borgere, der indgår i tilsynet er som ovenfor beskrevet 20 borgere. I forhold til det enkelte målepunkt, kan antallet af relevante være mindre end 20, idet nogle borgere ikke modtager en ydelse, ikke kan deltage i interview, at indikatoren ikke er relevant for borgeren samt lignende vilkår.
- b. Et enkelt fund kan være fuld dokumentation for, at eksempelvis en instruks for en delegeret opgave foreligger. I så tilfælde markeres med Opfyldt. Såfremt der er mangler, markeres med Delvist Opfyldt, og såfremt der er betydelige mangler eller instruksen ikke foreligger markeres med Ikke Opfyldt.
- c. For enkelte indikatorer er opfyldelsesprocenten angivet samlet for stikprøverne.

OPFYLDELSE PÅ NIVEAU 2: VURDERING AF DEN ENKELTE INDIKATOR

Indikatorvurderingen sker ud fra 3 kategorier: Helt Opfyldt, Delvist Opfyldt eller Ikke Opfyldt. Indikatoropfyldelsen vurderes på baggrund af beskrivelserne af de positive og negative fund i stikprøverne samt den kvantitative målopfyldelse. En kvantitativ målopfyldelse på over 75% giver mulighed for at indikatoren kan vurderes som Helt Opfyldt.

Analysen af de kvalitative fund er afgørende, idet få negative fund kan have betydning for borgerens helbredsmæssige sikkerhed og/eller retsstilling. Der kan derfor være indikatorvurderinger, som er " Delvist Opfyldt" eller måske "Ikke Opfyldt", selvom de kvantitative data viser målopfyldelse på over 75%.

Begrundelsen vil i så fald fremgå af rapporten.

Alvorlige fejl og mangler indebærer alvorlige konsekvenser for borgeren. Det omhandler forhold, hvor der ikke er sammenhæng mellem borgerens behov og de tildelte eller leverede ydelser eller der eksempelvis konstateres sundhedsskadelige hygiejniske forhold i hjemmet med alvorlig risiko for borgerens helbred.

Det kan tillige omhandle forhold hvor kvaliteten i den personlige pleje medfører risiko for borgerens helbred eller hvor borgeren er udsat for dokumenterbare alvorlige krænkelse i forhold til personlige grænser.

OPFYLDELSE PÅ NIVEAU 3: VURDERING AF DET ENKELTE MÅL

Målopfyldelsen vurderes på baggrund af resultaterne fra de enkelte indikatorer sammenholdt med kravene i lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Vurderingskategorierne er: Godkendt, Godkendt med få bemærkninger, Godkendt med mangler eller Kritisable forhold.

OPFYLDELSE PÅ NIVEAU 4: DET SAMLEDE TILSYNSRESULTAT

Det endelige tilsynsresultat vurderes på baggrund af resultaterne fra de 6 målområder sammenholdt med kravene i lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Vurderingskategorierne er: Godkendt, Godkendt med få bemærkninger, Godkendt med mangler eller Kritisable forhold.

Kommentarer fra tilsynsstedet

Kommentarer fra tilsynsstedet efter 1. faktuelle høring:

Jeg har fra Lene modtaget tilsynsrapporten fra jeres nyligt afviklede tilsyn i Altiden hjemmepleje i Greve.

Hverken Lene eller jeg er naturligvis tilfredse med resultatet af tilsynet og har planlagt en opfølgning og handleplan på tilsynets fund.

Set fra min stol er der dog nogle forhold omkring afviklingen af tilsynet som jeg har brug for at nævne.

Altiden hjemmepleje har 500 borgere tilknyttet. I forbindelse med tilsynet har tilsynsførende talt med 2. Tilmed er det to tilsynsførende som hver har talt med 1 borger. Efter min mening er der et stort problem med validiteten, når et tilsyn gennemføres på så svagt et grundlag.

Idet der kun er talt med 2 borgere er der også kun talt med 2 medarbejdere, hvilket heller ikke nødvendigvis giver et retvisende billede af faglighed og kompetencer i Altiden hjemmepleje som helhed.

I bruger betegnelsen 'kritisable forhold' som vi mener er en alt for 'hård dom' når de fleste fund omhandler arbejdsgrundlaget/ dokumentationen. Det er vigtigt, men i vores optik alt for tung en vægtning.

Kritisable forhold leder tankerne hen på at borgerne potentielt er i livsfare.

Endelig kan jeg forstå på Lene, at der i forbindelse med tilbagemelding ikke er blevet nævnt noget om 'kritisable forhold' hvilket vi også finder lidt bemærkelsesværdigt.

Lene har samarbejds møde med dig, Camilla, på fredag og vil tage tilsynet op til drøftelse.

Vi vil først efter denne drøftelse give vores tilbagemelding i forhold til høringsfristen.

Vi håber at vi kan drøfte ovenstående i vores sædvanlige konstruktive og samarbejdsorienterede ånd.

Venlig hilsen / Kind regards

Karin Kappel
Kvalitetchef

