

Kommunalt
tilsyn
(ordinært)

Plejecenter
Violskrænten og
Grønnegården

2024

Indhold

Kommunalt tilsyn på Plejecenter Violskrænten og Grønnegården (ordinært tilsyn)	3
Datagrundlag for ordinært kommunalt tilsyn 2024	4
Præsentation af enheden	5
Tilsynets samlede vurdering	8
Opsamling – dette års tilsyn:	8
Opfølgning på sidste års tilsyn:.....	8
Borgernes vurdering af kvaliteten af de leverede ydelser	9
Bilag 1: Opfølgning på sidste års tilsyn.....	11

Kommunalt tilsyn på Plejecenter Violskrænten og Grønnegården (ordinært tilsyn)

Det kommunale tilsyn i Sundhed og Omsorg udføres jf. Norddjurs Kommunes tilsynspolitik for kommunale tilsyn ([Sundhed og Omsorg: Politikker](#)). Politikken er godkendt af Voksen- og Plejeudvalget den 23. oktober 2024.

Tilsynet leveres af konsulenter ansat i Sundhed og Omsorg under ansvar af aftaleholder for Visitation, hjælpemidler og kvalitetssikring.

Tilsynet har afsætt servicelovens § 151, der angiver at kommunen har pligt til at føre tilsyn med kvaliteten i løsningen af de kommunale opgaver efter følgende paragraffer i serviceloven:

- § 83 (pleje, praktisk hjælp og madservice)
- § 83a (korterevarende rehabiliteringsforløb)
- § 86 (genoptræning og vedligeholdende træning).

Derudover er det besluttet i Sundhed og Omsorg, Norddjurs Kommune, at også kvaliteten i løsningen af de kommunale opgaver efter følgende paragraffer i sundhedsloven, indgår i det kommunale tilsyn:

- § 138 (vederlagsfri hjemmesygepleje efter lægehenviisning)
- §140 (vederlagsfri genoptræning ved lægefagligt begrundet behov efter udskrivning fra sygehus).

Det kommunale tilsyn i Sundhed og Omsorg, Norddjurs Kommune er delt op i:

1) **Det kommunale tilsyn (ordinært)**, der gennemføres hvert år på enhederne i Sundhed og Omsorg som et uanmeldt tilsyn. Her indsamles, afrapporteres og følges op på data for at belyse kvaliteten i løsningen af de kommunale opgaver efter serviceloven (§§ 83, 83a og 86)

2) **Det udvidede kommunale tilsyn**, der gennemføres hvert andet år på enhederne i Sundhed og Omsorg, som et supplement til Det kommunale tilsyn (ordinært). Det udvidede kommunale tilsyn indsamler, afrapporteres og følger op på data for at belyse kvaliteten i løsningen af de kommunale opgaver efter sundhedsloven (§§ 138 og 140).

Hvis der er gjort fund ved et tilsyn på en enhed, følges der op på disse fund, ved tilsynet det følgende år på enheden. Det vil sige, at hvis der er gjort et fund i forhold til varetagelsen af de kommunale opgaver efter sundhedsloven et år, bliver der fulgt op på dette fund ved det følgende års tilsyn – også selvom det følgende års tilsyn er et ordinært tilsyn, der ellers kun har fokus på de kommunale opgaver efter serviceloven.

I tilsynet skelnes der mellem disse fire typer fund:

Patientkritisk fund – markeres med en rød farve i rapporten

Tilsynet udfører et gentilsyn inden for en afgrænset periode

OBS – denne vurdering gives kun ved tilsyn på opgaver efter sundhedsloven

Fund af betydning for den leverede kvalitet – markeres med en orange farve i rapporten

Der er en henstilling til enheden om at udarbejde en handleplan for det pågældende område. Tilsynet følger op på handleplanen ved interview med ledelsen og dataindsamling ved tilsynet året efter

Fund af mindre betydning for den leverede kvalitet – markeres med en gul farve i rapporten
Der er en anbefaling om, at enheden arbejder med det pågældende område fremadrettet
Tilsynet følger ikke op

Ingen fund af betydning for den leverede kvalitet – markeres med farven grøn i rapporten
Tilsynet følger ikke op

Datagrundlag for ordinært kommunalt tilsyn 2024

I forbindelse med det ordinære kommunale tilsyn på enheden, har tilsynsenheden indsamlet, analyseret og vurderet følgende data:

Datagrundlag for denne rapport

Datagrundlag: Ordinært tilsyn 2024 – indsatser efter servicelovens paragraffer: 83, 83A og 86

- Interviews med seks beboere. Interviewene handler om beboernes mulighed for indflydelse og deres tilfredshed med rammerne på plejecenteret og kvaliteten af den leverede indsats.

Datagrundlag: Opfølgning på tilsyn 2023 (præsenteres i Bilag 1)

- Dataindsamling og ledelsesinterview til opfølgning på de fund, der blev gjort ved det kommunale tilsyn på enheden i 2023 hvor der var henstilling om, at enheden udarbejdede en handleplan inden for følgende områder:
 - *Sundhedsfaglig dokumentation* (tilsynets dataindsamling til opfølgning på fund fra tilsyn 2023: **Gennemgang af 3 journaler**)

Præsentation af enheden

Plejecenter Violskrænten og Grønnegården

Plejecenter Violskrænten og Grønnegården er et kommunalt plejecenter med 126 plejeboliger beliggende på 2 adresser. Af de 126 er 3 lejligheder midlertidige aflastningsboliger med visitation fra visitationseenheden. Som en del af besparelser i Sundhed og Omsorg, er der midlertidigt lukket 10 lejligheder på plejecenteret. Disse plejeboliger skal åbnes igen i forbindelse med at Demensindsatsen samles i Glesborg. Generelt har vi i 2024 haft få ledige lejligheder i forhold til de sidste år.

Lederteamet består af:

Espen Cramer Korsvold, plejecenterleder.

Helle Schmidt Kjeldgaard, afdelingsleder.

Mette Gert Nielsen, afdelingsleder.

Sandie Skaaning, afdelingsleder.

Plejecenteret er opdelt i tre huse og medarbejderne er organiseret i 14 teams, heraf 9 plejeteams. De øvrige teams løser opgaver på tværs af de tre huse og er et rengøringsteam, et sygeplejeteam, et aktivitetsteam, et køkkenteam og et leder-/administrativt team.

Der er ansat ca. 120 faste medarbejdere og ca. 40 midlertidigt ansatte og timelønnede vikarer hen over et år. Medarbejderne er fordelt på følgende faggrupper: sygeplejersker, ergoterapeuter, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, pædagoger, uuddannede hjælpere, ernæringsassistenter, husassistenter, tekniske servicemedarbejdere, aktivitetsmedarbejdere, spirer og ledere. Derudover har vi et varierende antal af elever: sosu-elever, sygeplejestuderende, ergoterapeut studerende og psykomotorik studerende. Vi har ligeledes et varierende antal af forskellige personer i praktik.

Fremmødeprofil

Dagvagt: ca. 40 medarbejdere i hele huset (social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, sygeplejersker, ergoterapeuter, pædagoger, husassistenter og elever. Herudover teknisk servicemedarbejder, ernæringsassistenter og ledere.)

Weekend dagvagt: ca. 24 medarbejdere

Aftenvagt: 15 medarbejdere i hele huset (social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere og pædagoger)

Nattevagt: 3 i hele huset (social- og sundhedsassistent og social- og sundhedshjælpere)

Aktuelle rammer og vilkår for arbejdet:

Vi har gennem de sidste år oplevet en tiltagende udfordring med at rekruttere det ønskede antal faglærte medarbejdere – gælder alle faggrupper og alle vagtlag men specielt gældende for aftenvagt. Vi har fokus på at ansætte kvalificerede medarbejdere og har valgt ikke at gå på kompromis med fagligheden. Vi har derfor også ansat kompetente uuddannede hjælpere i kortere vikariater. Det er typisk medarbejdere i forskellige aldersgrupper, der samler erfaring for at komme på en sundhedsfaglig

uddannelse. Vi har ligeledes fået tilknyttet medarbejdere, der tidligere er stoppet i arbejdslivet, men nu ønsker ansættelse på løse vilkår.

Her i december 2024 oplever vi stadig rekrutteringsudfordringer.

Rekrutteringsudfordringen har flere konsekvenser. Det belaster arbejdsmiljøet og økonomien og risikoen er, at vi kommer ind i en negativ spiral. Det faktum, at vi ofte ikke har det ønskede personalefremmøde, betyder, at arbejdspresset på dem, der er på arbejdet stiger. For at afhjælpe denne belastning bruger vi en del vikarer fra vikarbureau. Det har økonomiske konsekvenser og samtidigt leverer en vikar ikke den samme kvalitet og pleje hos vores beboere. Så derfor er, trods relativt højt vikarforbrug, arbejdsmiljøet belastet for vores medarbejdere. Denne udfordring ses indenfor vores området generelt og trods en massiv rekrutteringsindsats, er det stadig en alvorlig udfordring for os.

Vi oplever, at den gennemsnitlige tid beboerne bor på plejecentret, bliver kortere. De nye beboere er ved indflytning tiltagende dårligere og har et øget behov for hjælp. Der er stor udskiftning og det stiller krav til medarbejdernes kompetencer og ikke mindst til dokumentationen. Der er ved indflytning ofte en stor opgave med at få dokumentationen op på det rette niveau. Det faktum, at vi ofte ikke er det antal medarbejdere til stede på arbejdet som ønsket, har også medført at pleje og omsorg prioriteres.

Aktuelle udviklingsinitiativer og hvad de er lykkedes med inden for det seneste års tid:

For at styrke fagligheden og styrke den sundhedsfaglige indsats - både på opgaver og dokumentation - har vi lavet en organisering af vores sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. De er hus-vis knyttet til et fælles team og løser samlet de sundhedsfaglige opgaver i huset.

Vi har sat fokus på den sundhedsfaglige dokumentation og arbejder intensivt på, at den hver dag prioriteres, at der sker fremskridt i den sundhedsfaglige dokumentation og at der dagligt følges op i dokumentationen ved ændring i beboernes tilstand.

Vi har stadig en teknisk udfordring i forbindelse med netværket i vores hus, og her er IT afdeling ind over som support. Lige nu er vi usikre på hvad næste skridt i løsningen af denne udfordring er.

For os er det meget vigtigt at være et plejecenter, hvor der er aktiviteter, der giver beboerne livsindhold og livskvalitet, og en effekt heraf er, at personale får en bedre trivsel når beboerne har det godt. Vi har haft koncerter og andre aktiviteter, der giver livskvalitet og glæde til vores beboere.

Vi har igen i år haft en meget velbesøgt sommerfest for beboere og pårørende. Der var mange smilende ansigter hos beboere, pårørende og personalet på den skønne solrige dag.

Vi er meget privilegerede, da vi har en stor og aktiv gruppe af frivillige, som laver mange arrangementer og deltager aktivt i livet på plejecenteret.

Vi har også dagplejebørn der kommer en gang om ugen og et samarbejde med flere børnehaver.

Jul er vores travleste tid med aktiviteter, hvor vi blandt andet har; Lucia med en børnehave, fredsllys, julefrokost, julebanko, FDF spiller julemusik og meget mere ud over de faste aktiviteter.

Overordnede indsatsområder som vi aktuelt er startet op med og som vi vil arbejde med fremover;

Vi arbejder med 3 overordnede indsatsområder hvor vores beboeres livskvalitet og gode liv er omdrejningspunktet, sammen med kommunens værdier. De 3 områder er fastholdelse og rekruttering, kvalitetssikring og udvikling samt bæredygtighed.

Disse indsatsområder indeholder både nye elementer og elementer vi allerede arbejder med. Som eksempler på del-elementer kan nævnes udvikling og understøttelse af et bæredygtigt arbejdsmiljø, der blandt andet indeholder autonomi, kompetence og relationer. En forsat indsats på dokumentation samt bæredygtighed både i forhold til drift, arbejdsmiljø og miljø.

For at skabe et bedre arbejdsmiljø, større trivsel, bedre kvalitet og bedre udnyttelse af ressourcer, til gavn for personale, beboere og organisationen, har vi valgt at indgå et samarbejde med firmaet INKU omkring et 2-årigt forløb for alle medarbejdere der kaldes KAMPUS, som afsluttes sidst i 2025.

Flere af kommunens andre plejecentre er i gang med KAMPUS-forløbet, og de oplever en forbedring på mange af de ønskede parametre, herunder øget trivsel, øget arbejdsglæde, bedre samarbejde og reduceret sygefravær. Alle fastansatte medarbejdere/ledere skal deltage i KAMPUS der blandt andet består af 12 hele uddannelsesdage over de 2 år. Antal dage og deltagere betyder, at det kræver en stor fælles indsats for at KAMPUS kan gennemføres, både af dem der er af sted den pågældende dag, men også af dem der er tilbage på arbejdet.

Tilsynets samlede vurdering

Her er en samlet oversigt over tilsynets vurdering.

Vurderingen er delt i to:

- 1) En vurdering af de data der indsamlet ved **dette års tilsyn** til at belyse kvaliteten i enhedens varetagelse af de kommunale opgaver efter serviceloven (§§ 83, 83a og 86)
- 2) En vurdering af de data, der er indsamlet som **opfølgning på de fund, der er gjort ved sidste års tilsyn**.

Vurderingen er i begge tilfælde udtryk for et øjebliksbillede på baggrund af en mindre stikprøve.

Opsamling – dette års tilsyn:

Hvert år gennemføres det ordinære kommunale tilsyn på enhederne i Sundhed og Omsorg for at belyse kvaliteten i løsningen af de kommunale opgaver efter serviceloven (§§ 83, 83a og 86). Tilsynet er baseret på følgende data: Interviews med seks beboere tilknyttet enheden. I interviewet spørges beboerne til deres tilfredshed med de fysiske rammer, leveringen af personlig pleje, leveringen af den praktiske hjælp, maden, samarbejdet med personalet, organisering af hjælpen, beboerens oplevelse af at blive inddraget i indsatsen og beboerens tilfredshed med at bo på plejecenteret samlet set.

I figuren nedenfor vises tilsynets aktuelle vurdering. Farven i feltet i venstre side, angiver tilsynets vurdering sidste år.

Tilsynet 2023	Tilsynet 2024 vurderer, at der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet på baggrund af beboernes vurdering
---------------	---

I afsnittet: 'Borgernes vurdering af kvaliteten af de leverede ydelser' er datagrundlag og tilsynets vurdering af data præsenteret.

Opfølgning på sidste års tilsyn:

Ved dette års tilsyn er der også blevet fulgt op på enkelte områder i den *sundhedsfaglige dokumentation*, da der ved sidste års tilsyn, blev gjort fund af betydning for den leverede kvalitet med henstilling om at udarbejde en handleplan i forhold til disse områder.

Ved dette års tilsyn er ledelsen blevet interviewet om, hvordan de har arbejdet med deres handleplaner og der er blevet indsamlet data, med henblik på at vurdere den aktuelle kvalitet inden for disse punkter:

Tilsynet 2023	Samlet vurdering på opfølgning i forhold til Dokumentation baseret på tre journalaudits Der er ikke gjort fund af betydning for den leverede kvalitet
---------------	--

Borgernes vurdering af kvaliteten af de leverede ydelser

I tilsynet indsamles data for at belyse kvaliteten af de ydelser, der leveres af enheden efter servicelovens § 83 og § 83a.

I oversigten nedenfor præsenteres data fra beboerinterviews med seks tilfældigt udvalgte beboere på Plejecenter Violskrænten, som får en eller flere ydelser efter serviceloven §§ 83 og/eller 83a leveret af enheden. Beboerne er blevet spurgt til deres oplevelse af at være inddraget i og deres tilfredshed med de leverede ydelser.

Beboer interviews med 5 borgere	Tilsynets vurdering	Kommentarer ¹
Hvor tilfreds er du med din bolig?		
Hvor tilfreds er du med fællesarealerne?		
Hvor tilfreds er du med udendørsarealerne?		
Hvor tilfreds er du med de daglige aktiviteter?		
Hvor tilfreds er du med arrangementerne?		
Deltager du i det du selv vil/ønsker?		
Hvor tilfreds er du med den hjælp og støtte, du får til at komme i bad?		
Hvor tilfreds er du med den hjælp og støtte, du får til at vaske dig?		
Hvor tilfreds er du med den hjælp og støtte, du får til af- og påklædning?		
Hvor tilfreds er du med den hjælp og støtte, du får til toiletbesøg?		
Praktisk hjælp		
Hvor tilfreds er du med rengøringen af din bolig?		
Hvor tilfreds er du med hjælpen til tøjvask?		
Hvor tilfreds er du med rengøringen af fællesarealerne?		
Får du hjælp til indkøb?	Kan ikke vurderes, da det ikke er relevant for de interviewede borgere	
Hvor tilfreds er du med den hjælp, du får til indkøb?	Kan ikke vurderes, da det ikke er relevant for de interviewede borgere	
Maden		
Hvor tilfreds er du med maden?		

Er du tilfreds med den hjælp du får til måltidet?	Kan ikke vurderes, da det ikke er relevant for de interviewede borgere	
Personalet		
Personalet lytter til, hvad jeg har behov for?		
Personalet udviser respekt over for mig?		
Omgangstonen mellem personalet og mig er god?		
Personalet ved hvad de skal, når de kommer for at hjælpe dig?		
Praktiske forhold		
Du får den hjælp og støtte, der er aftalt?		
Du får den hjælp og støtte du har behov for?		
Personalet tager hensyn til, hvordan du gerne vil have din døgnrytme?		
Bliver din hjælp nogle gange aflyst?		
Inddragelse og målfastsættelse		
Deltager du i udførelsen af hjælpen?		
Personalet støtter dig i at klare flest mulige dagligdagsting?		
Har du været med til at beslutte, hvad du skal kunne selvstændigt i dagligdagen?		
Føler du dog tilpas her på plejecenteret eller den midlertidige plads?		
Hvad synes du samlet om at bo her på plejecenteret?		

Forklaring: Farven i kolonnen 'Tilsynets vurdering'

Hvis 30 % eller flere af de interviewede borgere svarer med en af de negative svarkategorier på et spørgsmål, så markeres feltet: 'Tilsynets vurdering' ud for det pågældende spørgsmål med farven orange og der angives en svarfordeling.

Hvis 30 % eller flere af de interviewede borgere svarer med en af de negative svarkategorier *og/eller* med mellemkategorien på et spørgsmål, så markeres feltet 'Tilsynets vurdering' ud for det pågældende spørgsmål med farven gul og der angives en svarfordeling

Hvis færre end 30 % af de interviewede borgere svarer med en af de negative svarkategorier eller mellemkategorien, så markeres feltet 'Tilsynets vurdering' ud for det pågældende spørgsmål med farven grøn

Bilag 1: Opfølgning på sidste års tilsyn

I dette afsnit præsenteres de områder, hvor der blev gjort fund ved sidste års tilsyn og hvor der var en henstilling om, at enheden udarbejdede en handleplan.

Derefter præsenteres de opfølgende data bestående af:

- Ledelsesinterview om hvordan der er blevet arbejdet med handleplanen siden sidste tilsyn
- De data der er indsamlet for at følge op på de fund, er blev gjort ved sidste års tilsyn

Opfølgning: Dokumentation

Ved det kommunale tilsyn 2023 fik enheden en henstilling om at udarbejde en handleplan for, hvordan det inden for en begrænset periode kunne sikres at:

- Det angives i handlingsanvisninger, hvornår fagperson kontaktes
- Borgerens samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger til tredjepart dokumenteres

Enheden har udarbejdet følgende handleplan i forbindelse med tilsynet år 2023:

SAMTYKKE:

Det italesættes løbende i teamet, samt på det ugentlige stop op møde, at der skal dokumenteres samtykke ved kontakt til 3. part.

Lederen er ansvarlig for italesættelse i teamet, og faglig koordinator er ansvarlig på stop op møderne.

SSA og sygeplejerskerne aftaler indbyrdes i temaet hvem der gennemgår hvilke borgere. Der bookes så vidt muligt medarbejderaftale med dokumentationstid på kørelisten til opgaverne.

Kravene for dokumentation af informeret samtykke samt videregivelse af helbredsoplysninger til tredjepart gennemgås med alle SSA og sygeplejersker.

Sygeplejerfaglig koordinator er ansvarlig for dette på stop op møderne.

Journalaudit ved sygeplejerfaglig koordinator i forhold til dokumentation af samtykke – 10 journaler hver 2. måned.

Af interview med ledelsen ved opfølgende tilsyn 2024 fremgår det:

SAMTYKKE:

Der har været et løbende fokus på at sikre dokumentation af samtykke siden sidste tilsyn.

Som nævnt i handleplanen har dette blandt andet været taget op på de ugentlige stop-op-møder for sygeplejersker og assistenter ligesom det løbende er blevet taget op på teammøder.

Det har ikke været muligt at booke dokumentationstid til medarbejderne i det tilsigtede omfang.

Sygeplejerfaglig koordinator har foretaget 10 journalaudits hver anden måned for blandt andet at følge op på dette område.

Det er ledelsens vurdering at samtykke i øget grad dokumenteres systematisk, men at der fortsat er behov for at det er et fokusområde.

HANDLINGSANVISNINGER

Alle SSA og sygeplejersker skal have en "brush-up i, hvordan handlingsanvisninger udarbejdes fyldestgørende. Der er efter sidste tilsyn lavet en skabelon for oprettelsen af fyldestgørende handlingsanvisning.

Vi skal forsætte og videreudvikle implementering af de standardiserede skabeloner for handlingsanvisninger, som vi har lavet efter sidste tilsyn.

Alle SSA og sygeplejersker gennemgår løbende journalerne for "egne beboere" mhp. at få oprettet fyldestgørende handlingsanvisninger.

SSA og sygeplejerskerne gennemgår relevante beboere med egen læge mhp. fastsættelse af plan for kontakt til autoriseret personale, der hvor der kræves kontakt til tredje part.

Vi fortsætter arbejdet hvor den faglig koordinator gennemgår rette procedure for oprettelse af fyldestgørende handlingsanvisning samt brug af nyoprettede skabeloner, med alle SSA og sygeplejersker.

Der arbejdes løbende med emnet blandt andet på stop op møde ugentlig mellem SSA og sygeplejersker. De ugentlige møder er et nyt tiltag siden sidste tilsyn.

KMD nexusplanlæggerne booker så vidt muligt medarbejderaftale på køreplanen med dokumentationstid ved SSA og sygeplejerske dagligt.

Sygeplejersken kontakter egen læge ved behov for fastsættelse af plan for kontakt til tredjepart, hvor dette er nødvendigt.

1. Faglig koordinator laver løbende journalaudit – 10 journaler hver 2. måned.

HANDLINGSANVISNINGER

Der har været et løbende fokus på at implementere en standardskabelon for handlingsanvisninger, der sikrer, at medarbejderne husker, hvad der skal fremgå af handlingsanvisningen, uden at medarbejderne selv behøver at skrive en stor mængde fritekst.

Implementeringen af skabelon for standardhandlingsanvisning har været en succes, som medarbejderne har taget godt i mod og som har øget den faglige kvalitet i handlingsanvisningerne. Arbejdet med implementeringen er blandt andet foregået på de ugentlige stop-op-møder for sygeplejersker og assistenter.

Det har ikke været muligt at booke dokumentationstid til medarbejderne i det tilsigtede omfang.

Sygeplejefaglig koordinator har foretaget 10 journalaudits hver anden måned for blandt andet at følge op på arbejdet med handlingsanvisninger.

Det er ledelsens vurdering, at der fortsat er behov for at have arbejdet med handlingsanvisninger som et fokusområde.

Viser journalaudit, at der ikke sker fremdrift i oprettelsen af handlingsanvisninger, evalueres med ledelsen mhp. evt. igangsættelse af nye tiltag.

2. Resultaterne fra journalaudits drøfte med SSA og sygeplejersker på efterfølgende ugentlige stop op møder.

3. Følges der op på de oprettede handlingsanvisninger og opnås målene mhp. afslutning af tilstande?

Dette gennemgås ligeledes ved samme journalaudit – 10 journaler hver 2. måned.

**Opfølgende dataindsamling 2024:
Journalaudit på tre journaler**

Vurdering

Kommentarer

Beskrevet, hvornår den ansvarlige autoriserede sundhedsperson eller evt. anden fagperson skal inddrages ved delegerede opgaver

Borgers samtykke ved videregivelse af helbredsoplysninger dokumenteret*

Beskrevet helt fyldestgørende i alle relevante handlingsanvisninger

Anført systematisk i alle relevante handlingsanvisninger

Samlet vurdering på opfølgning i forhold til Dokumentation

Der er ikke gjort fund af betydning for den leverede kvalitet