**Tilsynsrapport fra uanmeldt tilsyn**

**Svendborg Kommune**

Myndighedsafdelingen



Plejecenter Øst Damgården

Uanmeldt tilsynsbesøg d. 2.3.2016

**Indholdsfortegnelse**

1. Baggrund for tilsynet ....................................................................................................... side 2

2. Læsevejledning ............................................................................................................... side 2

3. Tilsynsdato, tidspunkt og tilsynsførende ............................................................................. side 2

4. Samlet konklusion og anbefalinger………………………………………………………………………………………………… side 3

5. Aktuelle forhold på tilsynsdagen........................................................................................ side 4

1 Kvalitetsforbedrende opfølgning siden sidste tilsyn

2 Kort beskrivelse af boligenheden, herunder rengøring af boligen

3 Ændringer i beboersammensætning

4 Ændringer i personalesituation

5 ”Tonen” / dialogen på stedet, herunder vurdering af, om der arbejdes værdibaseret

6. Ledelse .......................................................................................................................... side 5

1 Ansvars- og kompetenceforhold

2 Oplæring og introduktion til nyansatte og afløsere

3 Specifik oplæring til personalet

4 Utilsigtede hændelser

5 Egenkontrol af sundhedsfaglig dokumentation

6 Rehabilitering

7 Måltider

8 Kulturen ift. borgerens hjem

7. Personale ....................................................................................................................... side 7

1 Hygiejne

2 Rammer for pleje og omsorg

3 Sundhedsfaglig dokumentation

4 Utilsigtede hændelser

5 Trivsel på arbejdspladsen

6 Rehabilitering

7 Kulturen ift. borgerens hjem

8. Borgere ......................................................................................................................... side 8

1 Borgerens tilfredshed med kontaktperson/personale samt kontinuiteten i opgavevaretagelsen

2 Nødkald

3 Udbud af aktiviteter

4 Måltider

 5 Boligforhold og fysiske rammer

**1. Baggrund for tilsynet**

Med baggrund i lov om social service § 151 og bekendtgørelse nr. 805 af 29. juni 2007, om tilsyn på plejehjem og i plejeboliger m.v., gennemføres årligt et uanmeldt tilsyn i samtlige plejeboligenheder i Svendborg Kommune.

**2. Læsevejledning**

Rapporten indledes med en samlet konklusion, anbefalinger fra tilsynet samt begrundelser herfor.

Alle oplysninger i rapporten er tilvejebragt gennem interview af leder, personale og borgere, samt tilsynets observationer.

Alle spørgsmål i rapporten tager udgangspunkt i Svendborg Kommunes værdier – helhed i opgaveløsningen, borgeren i centrum, læring og udvikling, trivsel – samt i principper for rehabilitering og kulturen i forbindelse med pleje af borgeren.

Ved rehabilitering forstås en tværfaglig indsats, hvor borgeren trænes for at modvirke funktionstab eller genvinde tabte færdigheder.

Træningen foregår i dagligdagen ved personalet og/eller rehabiliteringsterapeut eller træningsterapeut og tager altid udgangspunkt i det, der giver mening for borgeren.

Ved kulturen forstås respekten for at personalet arbejder i borgerens hjem, omgangstonen og dialogen omkring og med borgeren og de pårørende.

Derefter gennemgås de overordnede data indsamlings områder.

* Ledelsesmæssige opgaver i form af bl.a. opfølgning, oplæring, procedurer, instrukser,

formidlingsansvar.

* Personalemæssige opgaver i form af bl.a. kendskab til hygiejne, sundhedsfaglig dokumentation, praktisk udførelse af arbejdet.
* Borgernes oplevelse af bl.a. de leverede ydelser og den faktiske kvalitet samt dialog og tilfredshed med kontinuitet, aktivitet og personalestabilitet.

 Tilsynet observerer ydelserne i relation til lovgivning, kvalitetsstandarder og tildeling.

Hvert år er der spørgsmål til et særligt fokusområde, udvalgt på baggrund af kommunens ønske eller embedslægens anvisning.

Der vil blive udført tilsyn stikprøvevis af min. 3 borgere. Under tilsynet gøres observationer hos langt flere borgere, for eksempel under ophold på fællesarealer, hvor flere borgere er til stede.

**3. Tilsynsdato, tidspunkt og tilsynsførende**

Tilsynet blev gennemført d. 02.03.2016 af tilsynsførende sygeplejerske Therese Jakobsen

**4. Samlet konklusion og anbefalinger**

**Ingen bemærkninger**

Dette betyder, at det observerede lever op til lovgivning, forvaltningens

regler, instrukser, rutiner, værdier, kvalitetsstandarder og almen faglig

standard.

**Mindre mangler**

 🗷

Dette betyder, at det observerede lever op til lovgivning, forvaltningens

regler, instrukser, værdier, rutiner, kvalitetsstandarder og almen faglig

standard. Dog er der forhold, som kan give anledning til råd og vejledning

fra Tilsynet, som kan evalueres ved det efterfølgende anmeldte tilsyn.

Særlige fokusområder, som skal forbedres:

*Tilsynets vejledning og kommentarer: Som angivet lever det observerede op til lovgivning, regler, rutiner m.m.*

*I forhold til dokumentationen blev der ved Tilsynet foretaget stikprøvekontrol hos 3 tilfældigt udvalgte borgere. Der blev konstateret ikke dækkende dokumentation, idet der var uoverensstemmelser mellem den enkelte borgers helhedsvurdering og de borgerplaner der oprettes på baggrund af helhedsvurderingen.*

*Dokumentationen omkring P.N. medicin, især omkring evaluering, var mangelfuld.*

*Enkelte borgerplaner manglede enten et mål helt, eller målet blev først beskrevet længere inde i borgerplanen.*

*Der skelnes ikke konsekvent imellem handling og evaluering.*

*En del borgerplaner vil med fordel kunne evalueres og evt. gøres inaktive.*

*Ved Tilsynet den 2. marts 2016 var der en god og behagelig stemning både blandt borgere, personale og ledelse. Borgerne der medvirkede ved tilsynet var meget glade og tilfredse med at bo på Damgården, og personalet gav udtryk for glæde ved arbejdet på Damgården men oplyste at der var iværksat initiativer mhp at bedre trivslen mellem personalet, hvilket personalet så positivt på.*

*Tilsynsførende blev mødt med stor venlighed og imødekommenhed og der var en meget positiv tilgang til tilsynet.*

Sektionslederen er orienteret om ovenstående. Rapporten er den 2. marts 2016 sendt til høring hos afdelings- og sektionsleder.

Der er i høringsfasen ikke indkommet bemærkninger til rapporten.

**Betydende mangler**

Dette betyder, at det observerede på flere områder ikke lever op til

lovgivning, forvaltningens regler, instrukser, værdier, rutiner,

Kvalitetsstandarder og almen faglig standard. På baggrund af tilsynets

anbefalinger udarbejder plejecentret/ældreboligerne en tids- og handlingsplan

for at få rettet op på de påpegede mangler indenfor **10 dage**.

Handlingsplanen sendes til tilsynsførende, som herefter kan foretage de nødvendige opfølgningsbesøg.

**5. Aktuelle forhold på tilsynsdagen**

* **5.1. Kvalitetsforbedrende opfølgning siden sidste tilsyn**

Ledelsen oplyser, om der er foretaget kvalitetsforbedrende opfølgning af fokus områder på baggrund af sidste års tilsyn. Hvordan er der fulgt op på eventuelle kritikpunkter?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 🗶 | Ledelsen oplyser at der fortsat er fokus på og vejledning omkring korrekt dokumentation og at der foretages stikprøvekontroller hvert kvartal. Sygeplejerskerne er tovholder på dette sammen med beboerens kontaktperson. |  |

* **5.2. Kort beskrivelse af boligenheden**

Herunder indtrykket af boligen, rengøring af boligen i forhold til sundhedsfaglig standard

|  |
| --- |
| Damgården er et plejecenter, der i 2001 er ombygget, så det nu består af en skærmet enhed (Kærbo) med 10 demensboliger og en afdeling bestående af 14 plejeboliger (Dambo). Selvom boligerne er et-rums boliger, er de så store, at det er muligt at indrette dem så de fremstår med f. eks separat soveafdeling. Til hver bolig er der udgang til en lille terrasse og et dejligt haveanlæg. På hver afdeling er et stort fællesrum hyggeligt indrettet med spiseafdeling, dagligstue og åbne køkkenfaciliteter. Til plejecentret er endvidere tilknyttet 10 ældreboliger. Der er fast personaletilknytning i ældreboligerne i dagtimerne. I aften og nattetimerne er det personale fra plejecenteret, der varetager opgaverne. Der er dagcenter og cafè og et veludstyret træningsrum, som flittigt benyttes. Alle plejebolig-borgerne har mulighed for at deltage i aktiviteter i de enkelte afdelinger 2 gange ugentligt, hvor der også køres ud af huset på udflugter. Det oplyses at haven er totalrenoveret i 2014 og fremstår som omhegnet fælleshave, med hyggekroge, hyggeterrasser og med kørestier. Det er planen er der skal indrettes sanseafsnit i haven, med stimulation for øjne, ører og lugtesans. Borgernes boliger fremstår rengjorte i sundhedsmæssig forsvarlig henseende. Ved Tilsynet d. 2.3.2016 blev der foretaget stikprøvekontrol hos 1 borger i plejeboligerne, 1 borger i demensboligerne og hos 1 borger i ældreboligerne. |

* **5.3. Ændringer i beboersammensætning**

Ledelsen oplyser, om der er sket væsentlige ændringer i beboersammensætningen siden sidste tilsyn.

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Ledelsen oplyser, at der ikke er sket væsentlige ændringer i beboersammensætning siden sidste tilsyn. Dog oplyses at mange beboere har behov for kompleks pleje. |
|  | Ledelsen oplyser, at beboersammensætningen er ændret således at der er:1. Flere plejekrævende beboere
2. Flere selvhjulpne beboere
3. Flere demente beboere
4. Andre
 |

* **5.4. Ændringer i personalesituation**

Ledelsen oplyser, om der er sket væsentlige ændringer i personalesammensætningen siden sidste tilsyn.

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Ledelsen oplyser, at der ikke er sket væsentlige ændringer i personalesammensætningen siden sidste tilsyn. Dog oplyses at der aktuelt er 2 vakante stillinger. |
|  | Ledelsen oplyser, at personalesammensætningen er ændret således at der er:1. Flere hjælpere
2. Færre hjælpere
3. Flere assistenter
4. Færre assistenter
5. Flere sygeplejersker
6. Færre sygeplejersker
7. Et større vikarforbrug
8. Et mindre vikarforbrug
9. Andet
 |

* **5.5. ”Tonen” / dialogen på stedet, herunder vurdering af, om der arbejdes værdibaseret**

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Tilsynet vurderer, at der er en åben, ærlig og respektfyldt dialogform mellem ledelse, personale og borgere, og at der værnes om tavshedspligten. Det vurderes at der arbejdes ud fra Svendborg Kommunes 4 overordnede værdier. |

**6. Ledelse**

* **6.1. Ansvars- og kompetenceforhold**

Ledelsen oplyser om ansvars- og kompetenceforhold for personalegrupper tilknyttet pleje, praktisk hjælp og sygepleje.

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Ledelsen oplyser, at der er overensstemmelse mellem beboersammensætning og personalets ansvars- og kompetenceforhold. |
|  | Ledelsen oplyser, at der på følgende områder ikke er overensstemmelse mellem beboersammensætning og personalets ansvars- og kompetenceforhold: |

* **6.2. Oplæring og introduktion til nyansatte og afløsere**

Ledelsen oplyser, om oplæring / introduktion til nyansatte og afløsere, til sikring af viden om gældende lovgivning, procedurer, instrukser og kvalitetsstandarder. Det anføres, om det forespurgte personale er enigt i ledelsens oplysninger.

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Ledelsen oplyser, at der iværksættes oplæring/introduktion til nyansatte og afløsere, således at disse er bekendt med gældende lovgivning, procedurer, instrukser og kvalitetsstandarder.  |
|  | Ledelsen oplyser, at der ikke iværksættes oplæring/introduktion til nyansatte og afløsere.  |
| 🗶 | Personalet udtrykker enighed med ledelsens oplysninger. |
|  | Personalet udtrykker uenighed med ledelsens oplysninger. |

* **6.3. Specifik oplæring til personalet**

Ledelsen oplyser, om der i situationer hvor der er behov for specifikke sundhedsfaglige

opgaver, foretages individuel oplæring af personalet, samt sikrer korrekt dokumentation. Det anføres, om det forespurgte personale er enigt i ledelsens oplysninger.

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Ledelsen oplyser, at der foretages specifik oplæring af personalet i de situationer hvor der er behov for specifikke sundhedsfaglige opgaver. |
|  | Ledelsen oplyser, at der ikke/sjældent foretages individuel oplæring.  |
| 🗶 | Personalet udtrykker enighed med ledelsens oplysninger. |
|  | Personalet udtrykker uenighed med ledelsens oplysninger. |

* **6.4. Utilsigtede hændelser**

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Ledelsen oplyser, at utilsigtede hændelser indrapporteres elektronisk, og at der følges op på hændelserne sammen med medarbejderne med henblik på læring i organisationen. Det oplyses at indrapporteringen så vidt det er muligt varetages af den person, der har forårsaget hændelsen. |
|  | Ledelsen oplyser, at utilsigtede hændelser endnu ikke rapporteres elektronisk, og at der ikke følges op på hændelserne sammen med medarbejderne med henblik på læring.  |

* **6.5. Egenkontrol af sundhedsfaglig dokumentation**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ledelsen oplyser, at der foretages systematisk vurdering af den sundhedsfaglige dokumentation. |
| 🗶 | Ledelsen oplyser, at der efter en systematisk vurdering af den sundhedsfaglige dokumentation gives en tilbagemelding til personalet, hvor det bl.a. drøftes, hvad der eventuelt skal iværksættes af tiltag, for at forbedre dokumentationen. Det oplyses at der tages stikprøvekontroller ved sygeplejersker og assistenter |
|  | Ledelsen oplyser, at der ikke foretages systematisk vurdering af den sundhedsfaglige dokumentation. **OBS: Begrundelse herfor:** |

* **6.6. Rehabilitering**

Ledelsen beskriver, hvorvidt og hvordan der i dagligdagen arbejdes rehabiliterende for at modvirke funktionstab eller genvinde tabte færdigheder.

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Ledelsen oplyser, at der arbejdes rehabiliterende og at personalet tænker rehabilitering ind som en naturlig del af hverdagen med borgerne og personale og ledelse sparrer hyppigt med rehabliteringsterapeuten der er tilknyttet plejecentret. Der er ifølge ledelsen kontinuerligt fokus på borgernes funktionsniveau og ledelsen oplyser at hele personalet har gennemgået kursus omkring rehabilitering. |
|  | Ledelsen oplyser, at der ikke arbejdes rehabiliterende. **OBS: Begrundelse herfor:** |

* **6.7. Måltider**

Ledelsen beskriver indsats omkring måltiderne, herunder beskrivelse af hvordan der serveres, skabes hygge og hjemlig stemning samt om pårørendes mulighed for at deltage i måltidet.

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Ledelsen beskriver at der arbejdes for at fremme Det Gode Måltid for beboerne, på følgende måde: Der har været arbejdet med projektet fod under eget køkkenbord og der er samarbejde med kommunens kost- og ernæringskonsulent. Det oplyses at der tillaves mange lune retter, så der dufter af mad samt at der hyppigt arrangeres frokoster og spisearrangementer. Desuden oplyses stort fokus på gode mellemmåltider. |
|  | Ledelsen oplyser, hvorvidt borgerne har indflydelse på udarbejdelse af menuen, og at borgernes individuelle ønsker og behov i forhold til kosten tilgodeses / respekteres. |

* **6.8. Kulturen ift. borgerens hjem**

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Ledelsen oplyser at der er stor opmærksom på at respektere borgerens hjem og at der arbejdes med balancen mellem dette og personalets arbejdsplads.Ledelsen oplyser at der altid handles individuelt og i tæt samarbejde med pårørende og beboere om at finde passende løsninger. |

**7. Personale**

* **7.1. Hygiejne**

Er personalet bekendt med sektionens hygiejnekoordinator, hygiejnemappen og de hygiejniske principper? Bærer plejepersonalet smykker (ure/ringe)?

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Ovennævnte instrukser er kendte og tilgængelige for personalet.  |
|  | Ovennævnte instrukser er ikke kendte og tilgængelige for personalet.  |
| 🗶 | Det observeres, at plejepersonalet ikke bærer smykker (ure/ringe). Personalet giver udtryk for at de er bevidste om at påsætning af kunstige negle ej heller er tilladt hos plejepersonalet. |
|  | Det observeres, at personalet bærer smykker (ure/ringe). |

* **7.2. Rammer for pleje og omsorg**

Personalets oplevelser af rammerne for at kunne yde den optimale og individuelle pleje og omsorg til hver enkelt borger.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Personalet beskriver, at rammerne er gode.  |
| 🗶 | Personalet giver udtryk for, at rammerne kunne være bedre begrundet i at de kan mærke der aktuelt er færre personaler på arbejde i dagligdagen. Beboerne bliver fortsat professionelt taget vare på, men personalet ønsker mere tid til fordybelse omkring de enkelte aktiviteter med og for borgerne. Personalet oplyser at de er gode til at prioritere vigtige opgaver først. |

* **7.3. Sundhedsfaglig dokumentation**

Foreligger der ajourførte borgeraftaler og borgerplaner for borgeren, der indeholder alle relevante pleje- og omsorgsindsatser, eller henvisninger hertil.

Vurdering foretaget hos x borgere.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Hos de vurderede borgere foreligger der ajourførte borgeraftaler og borgerplaner, der indeholder alle relevante pleje- og omsorgsindsatser, eller henvisninger hertil. |
| 🗶 | Hos de vurderede borgere er der oprettet borgeraftaler og borgerplaner. Der er ikke overensstemmelse mellem borgeraftaler og de oprettede borgerplaner. (Se i øvrigt konklusion) |
|  | Hos de vurderede borgere foreligger der ajourførte borgerplaner. Borgeraftalerne findes mangelfulde. |
|  | Hos de vurderede borgere foreligger der ajourførte borgeraftaler. Borgerplanerne findes mangelfulde. |
|  | I et eller flere tilfælde hos de vurderede borgere foreligger ingen borgeraftaler eller borgerplaner. |

* **7.4. Utilsigtede hændelser**

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Personalet oplyser, at de rapporterer utilsigtede hændelser elektronisk og at ledelsen følger op på hændelserne sammen med medarbejderne med henblik på læring.Det oplyses at indrapporteringen så vidt det er muligt varetages af den person, der har forårsaget hændelsen. |
|  | Personalet oplyser, at de endnu ikke rapporterer utilsigtede hændelser elektronisk og at ledelsen ikke følger op på hændelserne sammen med medarbejderne med henblik på læring. |

* **7.5. Trivsel på arbejdspladsen**

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Personalet giver udtryk for glæde ved arbejdet på Damgården og oplyser at der er iværksat initiativer mhp at bedre trivslen mellem personalet, hvilket personalet ser positivt på. |
|  | Personalet giver udtryk for, at følgende forhold påvirker trivslen på arbejdspladsen: |

* **7.6. Rehabilitering**

Personalet beskriver, hvorvidt og hvordan der i dagligdagen arbejdes rehabiliterende for at modvirke funktionstab eller genvinde tabte færdigheder.

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Personalet oplyser, at der arbejdes rehabiliterende som en naturlig ting i hverdagen for og med borgerne. Personalet sparret med rehabliteringsterapeuten der er tilknyttet plejecentret og der er kontinuerligt fokus på borgernes funktionsniveau |
|  | Personalet oplyser, at der ikke arbejdes rehabiliterende. **OBS begrundelse herfor:** |

* **7.7. Kulturen ift. Borgerens hjem**

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Personalet oplyser at de har stor opmærksom på at respektere borgerens hjem og at der arbejdes med balancen mellem dette og med at det er personalets arbejdsplads.Personalet oplyser at der altid handles individuelt og i tæt samarbejde med pårørende og beboere om at finde passende løsninger.  |

**8. Borgere**

* **8.1. Borgerens tilfredshed med kontaktperson/personale samt kontinuiteten i opgavevaretagelsen.**

Ud fra borgerinterview afdækkes, om der er tilfredshed med ovenstående.

Vurdering foretaget hos 3 borgere.

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | De adspurgte borgere giver udtryk for tilfredshed med personaletilknytningen, og der opleves kontinuitet i varetagelsen af de forskellige borgerrelaterede opgaver. Dialogen med personalet fungerer fint. |
|  | Flere af de adspurgte borgere giver udtryk for utilfredshed med den personalemæssige tilknytning grundet meget skiftende personale. Der opleves dog kontinuitet i opgavevaretagelsen. Dialogen med personalet fungerer fint. |
|  | Flere af de adspurgte borgere giver udtryk for utilfredshed med den personalemæssige tilknytning grundet meget skiftende personale. Der opleves ingen kontinuitet i opgavevaretagelsen. Dialogen med personalet opleves utilfredsstillende. |

* **8.2. Nødkald**

Ud fra borgerinterview og tilsynets observationer vurderes det, om borgeren har

mulighed for at tilkalde hjælp.

Vurdering foretaget hos 3 borgere.

Har borgerne muligheden for at få hjælp - anvende nødkald eller er der

indlejret hensigtsmæssige tilsyn til borgere der ikke kan anvende kaldet?

Fungerer nødkaldet efter hensigten – oplever borgerne at hjælpen kommer efter tryk på nødkald? Nødkald er afprøvet hos 1 borger, virkede efter hensigten og personalet kom til borgers lejlighed.

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | De adspurgte borgere giver udtryk for tilfredshed med muligheden for at tilkalde hjælp. Borgere har mulighed for at anvende nødkald, og der er indlejret hensigtsmæssige tilsyn til borgere, der ikke kan anvende nødkaldet. Tilsynets observationer understøtter dette. |
|  | Flere af de adspurgte borgere udtrykker kun delvis tilfredshed med mulighederne for at tilkalde og få den fornødne hjælp. Tilsynets observationer understøtter dette. Evt. afprøves nødkald. |
|  | Flere af de adspurgte borgere udtrykker utilfredshed med muligheden for at tilkalde hjælp. Hos borgere, der ikke kan anvende nødkaldet er der ikke indlejret alternative løsninger (f.eks. i form af hyppige tilsyn). Tilsynets observationer understøtter dette. Evt. afprøves nødkald. |

* **8.3. Udbud af aktiviteter**

Tilsynet vurderer gennem borgerinterview, om der er et tilpas udbud af aktiviteter, samt mulighed for deltagelse i disse. Aktiviteter kan også ses som deltagelse i almindelige daglige gøremål.

Vurdering foretaget hos 3 borgere.

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | De adspurgte borgere angiver tilfredshed med tilbud og mulighed for deltagelse i aktiviteter. |
|  | Flere af de adspurgte borgere angiver, at der er for få aktivitetstilbud. |
|  | Flere af de adspurgte borgere angiver, at der er for få aktivitetstilbud og der tilbydes ikke deltagelse i aktiviteter. |

* **8.4. Måltider**

Gennem interview og observation vurderes det, om borgerne oplever tilfredshed med den valgte kost, og om borgerne får den hjælp, der evt. er behov for til indtagelse af mad.

Borgernes oplevelse af måltiderne, herunder hvordan der serveres, skabes hygge og hjemlig stemning samt om pårørendes mulighed for at deltage i måltidet, beskrives.

Vurdering foretaget hos 3 borgere.

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | De adspurgte borgere udtrykker tilfredshed med den valgte kost, oplevelsen af måltiderne og med den hjælp, der evt. er behov for til indtagelse af mad. Tilsynets observationer og faglige vurdering understøtter dette.  |
|  | En eller flere af de adspurgte borgere giver udtryk for utilfredshed med den valgte kost, oplevelsen af måltiderne og med den hjælp, der evt. er behov for til indtagelse af mad. Tilsynets observationer og faglige vurdering understøtter dette.  |
| 🗶 | De adspurgte borgere giver udtryk for, at individuelle ønsker og behov i forhold til kosten tilgodeses / respekteres. |
|  | En eller flere af de adspurgte borgere giver udtryk for, at individuelle ønsker og behov i forhold til kosten ikke tilgodeses / respekteres. |

* **8.5. Boligforhold og fysiske rammer**

Ud fra borgerinterview afdækkes, om der er tilfredshed med boligforholdende og de fysiske rammer for hverdagen samt om borgerne oplever selvbestemmelse i eget hjem.

Vurdering foretaget hos 3 borgere.

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | De adspurgte borgere udtrykker tilfredshed med nuværende boligforhold, fysiske rammer for hverdagen samt selvbestemmelse i eget hjem.  |
|  | Flere af de adspurgte borgere giver udtryk for utilfredshed med nuværende boligforhold, fysiske rammer for hverdagen samt manglende mulighed for selvbestemmelse i eget hjem på baggrund af følgende forhold: |