**Tilsynsrapport fra uanmeldt tilsyn**

**Svendborg Kommune**

Myndighedsafdelingen



Plejecenter Øst, Gudbjerg Plejecenter

Uanmeldt tilsynsbesøg d. 18. april 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 6

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. 18. april 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.

*Tilsynets bemærkninger og kommentarer*:

*Som nævnt lever det observerede op til gældende lovgivning, regler og aftaler m.m.* *I forhold til dokumentationen blev der ved Tilsynet konstateret flere mangler, idet der ikke var overensstemmelse mellem den enkelte borgers helhedsvurdering og de borgerplaner, der oprettes på baggrund af helhedsvurderingen.* *Et par borgerplaner var oprettet med forkert benævnelse, der mangler evaluering af handling/iværksat pleje i nogle af borgerplanerne, og problem- og målformuleringer kan med fordel uddybes og oprettes. Der kunne med fordel reduceres i antallet af borgerplaner for bedre overskuelighed. Generelt ses udfordring i at få dokumenteret handling og evaluering korrekt.*

*Der er vejledt heri, samt i at evaluere kontinuerligt når der gives P.N. medicin.*

*Den generelle udfyldelse af felterne Ugeplan, Samtykke og Ved Livets Afslutning var mangelfuld, og hos en borger var borgerplanen Akut sygdom i brug gennem længere tid.*

*Trods de nævnte mangler vurderer Tilsynet at borgerne tages godt og fagligt forsvarligt vare på.*

*Ved Tilsynet d. 18. april 2016 var der en god stemning både blandt borgere, personale og ledelse. Alle beboerne, der medvirkede ved tilsynet, var meget glade og tilfredse med at bo på Gudbjerg Plejecenter, og personalet gav udtryk for god trivsel på arbejdspladsen.*

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

Sektionslederen er i tilslutning til tilsynet orienteret om og vejledt i ovenstående og rapporten er efterfølgende sendt til høring hos sektionsleder og afdelingsleder.

Der er i høringsfasen ikke indkommet bemærkninger eller kommentarer 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?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 🗶 | Det oplyses at der er fortsat stort fokus på den sundhedsmæssige dokumentation. Hver uge er der generelt dialog omkring dokumentation, en social og sundhedsassistent har aktuelt særligt fokus på opgaven. Ledelsen oplyser at der har været stor udskiftning i beboerne, hvilket har øget presset på opdateret dokumentation. |  |

* **5.2. Kort beskrivelse af boligenheden**

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

|  |
| --- |
| Gudbjerg Plejecenter består af 24 lejligheder, fordelt på to afdelinger. Den nyeste af afdelingerne består af 14 store tidssvarende lejligheder, store og lyse, med rummelige badeværelser, og en lille altan/terrasse. Den er opdelt i to enheder af 7 lejligheder, hvor der til hver enhed er tilknyttet en hyggeligt indrettet fællesstue. Der er planer om at indrette stueetagens 7 lejligheder som samlet demensafsnit.Den ældre del af plejecentret består af 10 mindre lejligheder og en lille fællesstue. Denne del af plejecentret indgår imidlertid som en del af den kommunale bolighandlingsplan. Det oplyses at de små badeværelser ikke anvendes, men at der anvendes stort fællesbadeværelse til plejekrævende borgere. Det forventes, at der i nær fremtid igangsættes renovering/ombygning af de små lejligheder. Borgernes boliger fremstår alle rengjorte i sundhedsfaglig forsvarlig henseende. |

* **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 |
| 🗶 | Ledelsen oplyser, at beboersammensætningen er ændret således at der er:1. Flere plejekrævende beboere
2. 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 |
| 🗶 | Ledelsen oplyser, at personalesammensætningen er ændret således at der er:Flere assistenter |

* **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 er ligeledes Tilsynets vurdering, at der arbejdes værdibaseret i forhold til kommunens 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. Plejecentret er det ene ud af 4 steder i Svendborg der er tilknyttet Demensrejseholdet. |
|  | 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.  |
|  | 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 individuel oplæring.  |
|  | 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.  |
|  | 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 systematisk vurdering af den sundhedsfaglige dokumentation gives tilbagemelding til personalet, hvor det bl.a. drøftes, hvad der eventuelt skal iværksættes af tiltag, for at forbedre dokumentationen. Ledelsen oplyser at der i en kortere periode ikke har været foretaget egenkontrol men at dette er genoptaget. |
|  | 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. At rehabilitering er blevet en naturlig del af hverdagen og at både beboere og personale har god gavn af stedets tilknyttede terapeuter. |
|  | 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 indsatsen omkring måltiderne, på følgende måde:Det oplyses at der er daglig fællesspisning middag og aften og at personalet er deltagende omkring måltidet. Det oplyses at der hygges med borddækning og at der dufter med mad og hjemmebag. Pårørende har mulighed for at deltage i måltiderne efter tilmelding.Plejecentret har eget køkken. |
| 🗶 | Ledelsen oplyser, at 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 beskriver hvilke overvejelser der er foretaget ift at arbejde i borgers hjem og samtidig sikre de nødvendige arbejdsvilkår for personalet? **OBS: hjælpemidler, bleer, handsker, indretning osv.**Ledelsen oplyser at der holdes stort fokus på afbalancering mellem borgerens hjem og personalets arbejdsplads. Der oplyses stor respekt omkring borgerens egen bolig, og stort fokus på borgeren i centrum. Det Værdige Budskab beskrives som et godt redskab til optimere dialogen med beboerne og deres pårørende.Leder oplyser hun søger at være den gode rollemodel i relationen til den enkelte beboer, herunder også ift at banke på døren og vente på svar eller at beboeren selv åbner døren. |

**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).  |
|  | 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 er dog enige i, at de ønsker mere tid sammen med den enkelte beboer. |
|  | Personalet giver udtryk for, at rammerne kunne være bedre. **Konkret beskrivelse:** |

* **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. |
|  | 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 trivsel på arbejdspladsen. |
|  | 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. |
|  | Personalet oplyser, at der ikke arbejdes rehabiliterende. **OBS begrundelse herfor:** |

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

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Personalet beskriver hvilke overvejelser der er foretaget ift at arbejde i borgers hjem og samtidig sikre de nødvendige arbejdsvilkår for personalet? **OBS: hjælpemidler, bleer, handsker, indretning osv.**Der oplyses stor respekt for borgerens integritet og balancen mellem borgers hjem og personalets arbejdspladsDet oplyses at der er stort fokus på god dialog og individuelle løsninger omkring evt. problemstillinger. Hvis muligt afventer personalet altid svar før de går ind til borgeren, eller hvis denne kan åbne døren selv så venter de på det. |

**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. Det virkerede og der kom personale.

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | 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: |