



# Tilsynsrapport

## Plejecenter Krogstenshave

Risikobaseret planlagt tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

Plejecenter Krogstenshave  
Krogstens Alle 47

2650 Hvidovre

CVR- eller P-nummer: 1003268027

Dato for tilsynet: 08-10-2018

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Øst  
Sagsnr.: 5-9514-6/1

# 1. Relevante oplysninger

---

## Oplysninger om plejeenheden

- Plejecenter Krogstenshave består af 168 pladser fordelt på 120 plejeboliger samt 43 beskyttede boliger. Hertil kommer en centerbygning med kiosk, omsorgstandpleje, aktivitetslokaler og administration
- Den daglige ledelse varetages af Lene Pedersen
- Plejeenheden er fra 1961 og renoveret i 2008
- Der er en samlet leder for alle boliger herudover er der ansat afdelingsledere
- Der er tilknyttet to lægehuse, som fungerer som plejehjemslæger for en del af borgerne
- Plejeboligerne er ikke målrettet en bestemt målgruppe
- På plejecenteret er der ansat sygeplejersker, social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter, ernæringsassistenter, teknisk servicemedarbejdere, rengøringsassistenter og administrationsmedarbejdere

## Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre borgerjournaler
- Der blev interviewet tre borgere
- Der blev interviewet to pårørende
- Der blev foretaget interview med ledelsen
  - Plejecenterleder Lene Pedersen
  - Teamledere
- Der blev foretaget interview med tre ansatte
  - 2 Social- og sundhedsassistent
  - Sygeplejerske
- Afsluttende opsamling blev givet til leder Lene Pedersen og teamledere
- Tilsynet blev foretaget af tilsynskonsulenterne Susanne Jensen og Susie Poulsen.

## 2. Vurdering og sammenfatning

---

### Konklusion efter partshøring

Styrelsen for patientsikkerhed har i partshøringsperioden modtaget ændringer til de faktuelle forhold. De er skrevet ind i rapporten, men giver ikke anledning til ændringer i vurderingen efter tilsyn.

### Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 8. oktober 2018 vurderet, at plejeenheden indplaceres i kategorien:

Mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet

Det er styrelsens samlede vurdering, at der i plejeenheden er mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet.

Baggrunden herfor er, at der ved tilsynet blev fundet et målepunkt under temaerne *Selvbestemmelse og livskvalitet* samt *Trivsel og relationer* som ikke var opfyldt.

Styrelsen har vurderet, at der er tale om mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet, idet tilsynet fandt to målepunkter, som ikke var opfyldt, hvor interviewede borgere og pårørende fortalte om episoder med dårlig kommunikation fra personale til borgere, der ikke understøttede borgernes værdighed og selvbestemmelse. Det var dog samtidig styrelsens vurdering, at ledelsen var åbne og reflekterende og havde opmærksomhed på de uopfyldte målepunkter.

Fundene ved tilsynet giver anledning til, at Styrelsen for Patientsikkerhed henstiller til følgende:

- At ledelsen sikrer, at selvbestemmelse og værdighed bliver understøttet af tone, adfærd og kultur i plejeenheden, og at det sikres, at plejeenhedens arbejde understøtter borgernes trivsel (målepunkt 1.1 og målepunkt 2.1).

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden vil være i stand til at rette op på det uopfyldte målepunkt ud fra den rådgivning, der er givet under tilsynet, og derved opfylde henstillingen.

Nedenstående er en tematisk fremstilling af baggrunden for den samlede vurdering:

### **1. Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død**

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at to ud af tre borgere og en pårørende havde oplevet episoder, hvor personalet havde talt mindre pænt til borgerne, og at personalet var blevet vrede over konstruktiv kritik. To ud af tre borgeres oplevede ikke, at trivsel og værdighed blev understøttet af tonen og adfærden på plejeenheden. Ved efterfølgende samtale med ledelsen omkring disse to situationer blev det klart, at den lokale ledelse havde håndteret sagerne, og at ledelsen var vidende omkring medarbejdernes reaktioner.

Ledelsen redegjorde for, at de arbejdede med at sikre borgernes selvbestemmelse og livskvalitet. Borgerne fortalte, at de oplevede at have indflydelse på hverdagen på plejeenheden, og at de selv kunne vælge spisetider, tider for hjælp, sengetider og at der blev taget individuelle behov.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden efter tilsynet ville fortsætte med at arbejde og sætte fokus på at skabe god tone og adfærd og få fuldt ud implementeret Krogstenshaves værdier omkring aktiv lyttende, nysgerrighed, positivitet og refleksion.

### **2. Borgernes trivsel og relationer**

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er lagt vægt på, at tilsynet fandt, at der ved to ud af tre stikprøver ikke altid var god tone, adfærd og kultur, og at borgerne gav udtryk for, at dette påvirkede deres trivsel. Ledelsen oplyste, at de kendte episoderne og havde ageret i forhold til disse.

Ved interview med ledelse var det tydeligt, at de arbejdede aktivt med implementere Krogstenshaves leveregler og værdier blandt andet gennem undervisningsforløb for samtlige medarbejdere samt ugentligt opfølgning af leveregler og værdier som foregik på møder.

### **3. Målgrupper og metoder**

Styrelsen har fundet, alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at borgerne var ikke i en bestemt målgruppe, og at der ikke var specielle metoder og teorier, som blev benyttet i plejeenheden. Ved gennemgang af dokumentationen var der en beskrivelse af hjælp, omsorg og pleje af de enkelte borgere, hvor der var taget højde for den enkeltes behov og ønsker. Dette kunne dog med fordel systematiseres i højere grad.

### **4. Organisation, ledelse og kompetencer**

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at plejeenhedens kerneopgaver, vision og mission var beskrevet, og at ledelsen kunne ved interview redegøre for, hvorledes dette blev anvendt i hverdagen.

## **5. Procedurer og dokumentation**

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at det ved journalgennemgang fremgik, at der blev arbejdet med dokumentationen og borgernes mål og behov fremgik af journalen.

## **6. Aktiviteter og rehabilitering**

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at det ved interview med ledelse og medarbejdere fremgik, at der var daglige aktiviteter og borgerne havde medindflydelse på udvalget af aktiviteter. De interviewede beboerne og pårørende udtrykte tilfredshed med aktiviteterne. Der var endvidere et fint samarbejde med kommunens terapeuter fra træningsenheden og terapeuter herfra varetog bevilling og justering af hjælpemidler og træning efter sundhedslovens §140 og servicelovens §86 stk. 1.

# 3. Fund ved tilsynet

---

## Tema 1: Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder en værdig død

### 1.1 Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren oplever selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv	X			
B	At ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at bevare og fremme de enkelte borgeres livsudfoldelse, herunder selvbestemmelse, medindflydelse og livskvalitet	X			
C	At medarbejdernes beskrivelse af praksis afspejler, at de arbejder med at bevare og fremme borgernes selvbestemmelse og medindflydelse samt inddrager dem i det omfang, det er muligt	X			
D	At der er beskrivelser af borgernes vaner og ønsker	X			
E	At selvbestemmelse og værdighed bliver understøttet af tone, adfærd og kultur i plejeenheden		X		I to ud af tre stikprøver fandt tilsynet, at borgernes selvbestemmelse og værdighed ikke blev understøttet af tone, adfærd og kultur i plejeenheden. Ved interview med to borgere og en pårørende, blev givet eksempler på, at personalet talte grimt og nedladende til borgerne.

## 1.2 Pleje af borgere ved livets afslutning

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren oplever tryghed ved at tale med medarbejderne om borgerens ønsker til livets afslutning	X			
B	B1. At ledelsen kan redegøre for, hvordan borgerens ønsker til livets afslutning bliver indhentet og om muligt imødekommet	X			
	B2. At ledelsen kan redegøre for, at medarbejderne har de fornødne kompetencer i forhold til pleje af borgere ved livets afslutning	X			
C	C1. At relevante medarbejdere kan redegøre for udførelse af pleje af borgere ved livets afslutning	X			
	C2. At medarbejdere kan redegøre for, hvordan de fremfinder borgernes ønsker til livets afslutning	X			

## Tema 2: Borgernes trivsel og relationer

### 2.1 Borgernes trivsel og relationer

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A1. At borgeren - så vidt muligt - oplever at få hjælp til at kunne leve det liv, som borgeren ønsker	X			
	A2. At pårørende oplever at blive inddraget, og at der bliver lyttet til dem i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov	X			
B	B1. At ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at understøtte borgernes trivsel		X		I to ud af tre stikprøver fandt tilsynet, at plejeenheden ikke understøttede borgernes trivsel. Ved interview med to borgere og en pårørende, blev der givet eksempler på, at personalet talte grimt og respektløst til borgerne og plejeenheden understøttede derved ikke borgernes trivsel.

	B2. At ledelsen kan redegøre for, at plejeenheden understøtter borgernes relationer, herunder inddragelse af og samarbejde med pårørende, samt borgernes deltagelse i det omgivende samfund, hvis borgerne ønsker det	X			
C	C1. At medarbejdernes beskrivelse af praksis afspejler, at de inddrager borgerne og tager udgangspunkt i borgernes behov og ønsker for udførelsen af omsorgen og plejen	X			
	C2. At medarbejderne kan redegøre for, hvordan de understøtter borgernes tilknytning til deres eventuelle pårørende og det omgivende samfund	X			
D	At eventuelle aftaler indgået med de pårørende eller nære relationer er dokumenteret	X			

## Tema 3: Målgrupper og metoder

### 3.1 Borgere med kognitive funktionsnedsættelser, psykisk sygdom og/eller misbrug

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug og eventuelt pårørende oplever, at den hjælp, omsorg og pleje, borgeren modtager, tager højde for borgerens særlige behov	X			
B	At ledelsen kan redegøre for, hvilke faglige metoder og arbejdsgange plejeenheden anvender til at tilrettelægge hjælp, omsorg og pleje til borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug efter borgernes særlige behov	X			
C	At medarbejderne kender og anvender de ovennævnte metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje af borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug	X			
D	At der hos borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug forefindes beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer	X			



E	At borgere med kognitive funktionsevnedesættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug modtager hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for deres begrænsninger, og at det afspejles i tone, adfærd og kultur	X			
---	---	---	--	--	--

### 3.2 Forebyggelse af magtanvendelse

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At ledelsen kan redegøre for, hvilke metoder og arbejdsgange plejeenheden inddrager i deres indsats for at understøtte, at magtanvendelse så vidt muligt undgås	X			
B	At medarbejderne kender og anvender plejeenhedens faglige metoder og arbejdsgange for forebyggelse af magtanvendelse	X			
C	At der hos borgere, hvor det er relevant, er en beskrivelse af, hvilke faglige metoder og arbejdsgange der hos den konkrete borger kan blive anvendt til at forebygge magtanvendelse	X			

### 3.3 Fokus på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at medarbejderne er opmærksomme på ændringer i borgerens sædvanlige tilstand	X			
B	At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenheden arbejder systematisk med opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand, herunder brug af arbejdsgange, faglige metoder og redskaber	X			
C	At medarbejderne kender og arbejder systematisk med opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand, herunder brug af arbejdsgange, faglige metoder og redskaber	X			
D	At ændringer i borgerens fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning her på fremgår af dokumentationen	X			

### 3.4 Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgere

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at hjælp, omsorg og pleje til borgeren er rettet mod forebyggelse af uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne	X			
B	At ledelsen kan gøre rede for plejeenhedens arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne	X			
C	At medarbejderne kender og følger ledelsens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne	X			
D	At social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne er beskrevet	X			

## Tema 4: Organisation, ledelse og kompetencer

### 4.1 Organisation, ledelse og kompetencer

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A.1 At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenhedens organisering understøtter plejeenhedens kerneopgaver	X			
	A.2 At ledelsen kan redegøre for, at medarbejderne har de nødvendige kompetencer til at varetage plejeenhedens kerneopgaver, herunder hvordan der bliver arbejdet med rekruttering og introduktion af nye medarbejdere	X			
	A.3 At ledelsen kan redegøre for ansvars- og opgavefordeling blandt medarbejderne, herunder for elever/studerende samt vikarer	X			
B	At medarbejderne kender og følger ansvars- og opgavefordelingen	X			

# Tema 5: Procedurer og dokumentation

## 5.1 Plejeenhedens dokumentationspraksis

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A.1 At ledelsen har fastlagt en praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, herunder hvornår, hvor og hvordan der skal dokumenteres, samt hvordan viden bliver delt mellem medarbejderne	X			
	A.2 At ledelsen kan redegøre for, hvordan dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglig indsats	X			
B	At medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation	X			
C	C.1 At borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger	X			
	C.2 At borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsatser er beskrevet	X			
	C.3 At borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb er dokumenteret	X			
	C.4 At afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser er dokumenterede	X			

# Tema 6: Aktiviteter og rehabilitering

## 6.1 Borgere med behov for rehabiliteringsforløb efter § 83a og hjælp med rehabiliterende sigte efter § 83

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A1. At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de bliver inddraget i at fastsætte mål for rehabiliteringsforløbet			X	I plejeenheden blev der ikke ydet hjælp efter §83a og derfor ikke aktuelt
	A2. At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de i vidst mulig omfang bliver inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte			X	
B	B1. At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenheden arbejder med at tilrettelægge helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgernes egne mål			X	
	B2. At ledelsen kan redegøre for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte			X	
C	At medarbejderne kender og følger ledelsens arbejdsgange for gennemførelsen af helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgerens egne mål, samt arbejdsgangene for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte			X	
D	D1. At der ved opstart af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en individuel og konkret vurdering, som tager udgangspunkt i borgerens ressourcer, ønsker, behov og egne mål			X	
	D2. At der er opsat individuelle mål og en tidsramme for rehabiliteringsforløbet			X	
	D3. At der ved afslutning af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en beskrivelse af borgerens funktionsevne			X	
	D4. At der er fastsat mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte			X	

## 6.2 Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de færdigheder, borgeren har brug for i sine daglige gøremål er en del af genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløbet	X			
B	At ledelsen kan redegøre for, hvordan genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb bliver tilrettelagt og udført helhedsorienteret og tværfagligt, herunder at der bliver sat mål for de enkelte borgers forløb	X			
C	At medarbejderne kan redegøre for målene for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere, og hvordan de - hos disse borgere - inddrager træningselementer og -aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg	X			
D	D1. At der ved genoptræning og vedligeholdelsestræning er dokumenteret et formål med borgerens forløb	X			
	D2. At ændringer i forhold til borgerens forløb løbende er dokumenteret	X			

## 6.3 Tilbud om aktiviteter til borgere

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A1. At borgeren og eventuelt pårørende har haft en samtale med medarbejdere i plejeenheden om, hvilke aktiviteter der er meningsfulde for dem	X			
	A2. At borgeren oplever at have mulighed for at deltage i meningsfulde aktiviteter	X			
B	At ledelsen kan redegøre for, hvordan borgere tilknyttet plejeenheden og eventuelt pårørende bliver inddraget i og motiveres til at deltage i aktiviteter, der er meningsfulde for den enkelte borger	X			

C	C1. At medarbejderne kender borgernes ønsker og behov for deltagelse i meningsfulde aktiviteter	X			
	C2. At medarbejderne har fokus på, at borgerne bliver understøttet i deres evne til selv at udføre meningsfulde aktiviteter	X			

# 4. Begrundelse for tilsynet

---

I satspuljeaftalen for 2018-2021 blev der indgået en aftale om, at Styrelsen for Patientsikkerhed pr. 1. juli 2018 skal føre et risikobaseret tilsyn med den social- og plejefaglige indsats på plejecentre, midlertidige pladser og hjemmeplejeenheder efter servicelovens §§ 83-87 i en forsøgsperiode på fire år<sup>1</sup>.

Formålet med tilsynet er at styrke det social- og plejefaglige tilsyn på ældreområdet samt vurdere om den social- og plejefaglige hjælp, omsorg og pleje, den enkelte plejeenhed yder, har den fornødne kvalitet. Formålet er også at bidrage til læring i forhold til den social- og plejefaglige hjælp, omsorg og pleje, der ydes i de enkelte plejeenheder.

I bekendtgørelsen<sup>2</sup> er der fastlagt følgende seks temaer, som tilsynet skal omfatte i forhold til at afdække den fornødne kvalitet i den social- og plejefaglige indsats:

- Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død
- Trivsel og relationer
- Målgrupper og metoder
- Organisation, ledelse og kompetencer
- Procedurer og dokumentation
- Aktiviteter og rehabilitering

På baggrund af de seks temaer, er der udarbejdet 12 målepunkter, som repræsenterer vigtige risikotemaer i forhold til at vurdere den fornødne kvalitet.

Tilsynet er et organisationstilsyn. Det vil sige, at det er plejeenheden, der er genstand for tilsynet. Eventuelle fejl og mangler bliver anskuet ud fra et organisatorisk synspunkt.

Uddybning af målepunkter samt referencer ligger på styrelsens hjemmeside på dette link:

<https://stps.dk/da/sundhedsprofessionelle-og-myndigheder/social-og-plejefagligt-tilsyn-paa-aeldreomraadet/>

---

<sup>11</sup> <https://www.regeringen.dk/media/4365/satspuljeaftaletekst-paa-aeldreomraadet.pdf>

<sup>2</sup> Bekendtgørelse nr. 652 af 25. maj 2018 om Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn med ældreplejen

# 5. Vurdering af plejeenheden

---

På baggrund af tilsynet kategoriseres plejeenhederne i følgende kategorier:

- Ingen problemer af betydning for den fornødne kvalitet
- Mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet
- Større problemer af betydning for den fornødne kvalitet
- Kritiske problemer af betydning for den fornødne kvalitet

Styrelsens kategorisering sker på baggrund af en samlet vurdering af den fornødne kvalitet med konkret afsæt i de målepunkter, der er gennemgået. Der er i vurderingen lagt vægt på både opfyldte og uopfyldte målepunkter. Styrelsens vurdering er baseret på de forhold, der var til stede ved det aktuelle tilsyn i forbindelse med de gennemførte interviews af borgere, pårørende, ledelse og medarbejdere samt de foretagne stikprøver af borgernes omsorgsjournaler.

Styrelsen for Patientsikkerhed har forskellige sanktionsmuligheder afhængigt af kategoriseringen for den enkelte plejeenhed.

Hvis der konstateres mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet, har styrelsen mulighed for at reagere ved at give en henstilling til plejeenheden om eksempelvis at udarbejde og fremsende en handleplan for, hvordan plejeenheden vil følge op på uopfyldte målepunkter. Hvis der konstateres større problemer af betydning for den fornødne kvalitet, får plejeenheden et påbud om at opfylde et eller flere krav. Hvis der konstateres kritiske problemer af betydning for den fornødne kvalitet, gives der påbud om, at plejeenheden helt eller delvist skal indstille virksomheden.

Hvis styrelsen bliver opmærksom på mangler efter sundhedsloven eller anden lovgivning, kan styrelsen give informationen videre til de relevante tilsynsmyndigheder.