SENEST OPDATERET: 28.10.2026

Kommunale sygeplejetilstande/Sundhedslov (SUL)

Hvem henvender instruksen sig til:

Albertshøj Plejebolig: Social -og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker

Humlehusene Plejebolig: Social -og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker

Rehabiliteringen: Social -og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker

Hjemme- og sygeplejen: Social -og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker

Indikation og mål Gennemførelse

Indikationer

- Helbredstilstande skal altid være ajourførte og afspejle borgerens nuværende sundhedsmæssige problemstillinger.

Mål

- At autoriseret sundhedsprofessionelle dokumenterer indenfor sundhedsloven på en sikker og ensartet måde i Albertslund Kommune

+ Link til Cura navigationsseddel

- Cura navigationssedler findes her:

Sygeplejetilstande generelt

- Oprettelse af og opfølgning på sygeplejetilstande:
  - Efter indlæggelse
  - Straks ved ændringer i borgers tilstand, og senest inden din vagt er slut
  - Efter fagligt skøn
  - For plejebolig: Indenfor 1 uge efter indflytning
  - Hjemmesygeplejen: Ved nye borgere straks efter sygeplejefaglig udredning

- Aktuelle sygeplejetilstande skal udfyldes:
  - hvis borger har en en sundhedsfaglig problemstilling.
  - Hvis du håndterer borgers medicin - administrerer/dispenserer - skal alle sygdomme relateret til borgers medicin beskrives i relevant helbredstilstand.

  OBS: Hvis borger har et aktuelt problem, hvor der ikke oprettes en indsats skal de relevante Kommunale sygeplejetilstande udredes og beskrives på tilstandsniveau. Det kan fx være tilfælde, hvor borger har et aktuelt problem, men en pårørende varetager indsatsen.

- Risici tilstande skal udfyldes:
  - Hvis der er områder, hvor borger ikke får hjælp, men er i risiko for at udvikle helbredsmæssige problemer. Det kan f.x være at borger har dysfagi: Potentielt problem kan her være utilsigtet vægttab, lungebetændelse.

- Sygeplejetilstande skal altid være dækkende for borgers aktuelle helbredsmæssige problemer.

- Du skal altid have taget stilling til alle 12 sygeplejefaglige problemområder.

  Alle "øjne" skal enten markeres aktuelle, risici eller ikke aktuelle

Udfyldelse af sygeplejetilstande

- Brug Fællessprog III, så du sikrer dig, at det er det rigtige emne/område du har valgt at beskrive borgers helbredsmæssige problemer, se Guide til helbredstilstande

- **I Cura skal du udfylde aktuelle** sygeplejetilstande **således:**

  Hvis der er flere forskellige aktuelle problemer i den samme sygeplejetilstande, kan du angive hvert enkelt problem med et tal: 1, 2, 3.... osv.

  Et problem beskrives færdigt, før der startes op på det næste

- **Faglig vurdering**

Hvad fejler borger/hvad er borgers problem?

- Angiv en kort og præcis beskrivelse af, hvilken begrænsning/sygdom/hvilket problem borger har

Hvordan kommer det til udtryk?

- Hvilke symptomer/begrænsninger du specifikt kan se hos borger og hvordan det kommer til udtryk (så det kan identificeres, hvis behandlingen ikke er tilstrækkelig). Har borger ikke udvist specifikke symptomer indsættes de typiske symptomer, man skal reagere på
- Reaktioner/adfærd
- Husk at beskrive borgers udgangspunkt

Ved behandling med risikosituationslægemidler skrives det med stort, hvilken type risikosituationslægemiddel borger er i behandling med:

F.eks.: I behandling med ANTIDIABETIKA / ANTIKOAGULATION / METHOTREXAT / KALIUM / OPIOID / GENTAMICIN / DIGOXIN (obs. skriv KUN de/den type risikosituationslægemiddel borger får)

Hvilken behandling er sat i gang/ hvordan hjælper vi borger?

- Beskriv den overordnede plan for borgerens tilstand, inkl. plan for afvigelser**;** dvs. hvad skal der ske, hvis den ordinerede plan ikke kan følges. (Detaljer for udførelse af f.eks. selve sårplejen, produktvalg, kateterstørrelse mm skal beskrives i handlingsanvisningen).
- Er borger i medicinsk behandling angives dette.
- Angiv behandlingsansvarlig læge/afdeling og i hvilke tilfælde der skal tages kontakt til behandlingsansvarlig læge; f.eks. ved fravær af effekt af given behandling eller forværring i tilstand.
- Angiv, hvis der er andre end personalet eller borger, der varetager kontakt til andre sundhedsprofessionelle, f.eks. pårørende (angiv navn) og hvordan observationer formidles videre, samt hvordan det sikres, at personale informeres om nødvendige ændringer i pleje- og behandling.
- Hvilke kliniske/parakliniske undersøgelser borger skal have udført og hvor ofte der skal udføres. Hvordan skal behandlingsansvarlig læge få besked om resultater.
- *Hvem skal bestille, udføre og formidle svar/resultater af kliniske/parakliniske undersøgelser og hvordan skal plejepersonalet reagerer på resultaterne.*
- Indhent og angiv aftaler om lægeordinerede, borgerspecifikke referenceværdier; f.eks. blodsukkerværdier
- Dokumenter hvis borger har behov for støtte til planlægning af f.eks. kørsel, deltagelse af personale til undersøgelser m.v.

Hvad forventes af den givne behandling?

- Forventer du det bliver bedre? Skriv f.eks.: Det forventes at borger får det bedre, hvordan får borger det bedre?
- Forventer du det stabiliseres/forbliver det samme? Skriv f.eks.: Det forventes at tilstanden stabiliseres/bliver stabil
- Forventer du det bliver værre? Skriv f.eks.: Det forventes at borger får det værre/dårligere, hvordan får borger det
  værre?
- OBS: Hvis du forventer, at det bliver værre, så overvej, om der skal tilbydes yderligere sygepleje eller om du skal inddrage andre samarbejdspartnere (med samtykke fra borger/værge).

Opfølgning

- sæt dato for opfølgning; hvornår skal der senest evalueres og revurderes? Obs: Sker der ændringen inden denne dato, ajourføres helbredstilstande straks og senest inden din vagt er slut.
- sær dato for sidst vurderet

HUSK at relatere sygeplejetilstande og ydelser

- EKSEMPEL PÅ EN SYGEPLEJETILSTAND:

  FAGLIG VURDERING

  Borger har DM2 – dysreguleret blodsukker. Borger klarer ikke selv blodsukkermåling og medicinadministration (her kan henvises til anden helbredstilstand f.eks. kognitive problemer eller problemer med daglige aktiviteter, afhængig af hvad der gør at borger ikke selv kan varetage opgaven)

  Borger har meget svingende blodsukre – ved lavt blodsukker bliver borger klamsvedende. Vær opmærksom på følgende
  andre symptomer/forandringer: Uoplagthed - træthed, kvalme, dårligere almen helbredstilstand, tørst, vandladningstrang mm.

  Er sat i medicinsk behandling jf. FMK.

  Blodsukre sendes til egen læge hver 14. dag.

  Plan for tilsyn af fødder:

  Plan for tilsyn af øjne:

  Hjælp til blodsukkermåling og medicinadministration varetages af plejepersonale.

  Blodsukker skal ligge mellem 5 og 15

  Egen læge er behandlingsansvarlig og skal kontaktes ved blodsukker under 4

  Hvad forventes af behandling - velreguleret blodsukker

  HUSK at rette dato – både under opfølgning og vurdering

  HUSK at koble de visiterede ydelser til den relevante helbredstilstand

+ Områdedokumentation (risici/potentielle problemer)

- Risici/ potentielle problemer er kendetegnet ved, at de endnu ikke er opstået. Derfor er der ikke nødvendigvis borgerspecifikke kendetegn eller symptomer.

- Skriv hvad borger er i risiko for at udvikle.
  - Skriv, hvilke risikofaktorer du kan finde hos borger.
  - Skriv hvilke symptomer der kan forventes, hvis problemet bliver aktuelt.
  - Skriv evt. hvad man skal gøre, hvis symptomerne opstår.
  - Får borgeren PN medicin, skal du skrive, at borger får PN medicin og angive behandlingsansvarlig læge

- Når risikoen ikke længere eksisterer, afsluttes tilstanden
- Hvis problemet bliver et aktuelt problem, afslutter du problemet og opretter en "Aktuel sygeplejetilstand"

Ikke-aktuelle sygeplejetilstande

- Vurderer du og borger, at der ikke er aktuelle problemer eller risiko for at der opstår problemer indenfor en sygeplejetilstand, markerer du denne ”Ikke aktuel”.
- Ikke-aktuelle sygeplejetilstand udfyldes således:
  - Angiv, hvorfor sygeplejetilstande ikke er aktuel
  - Angiv, borgers nuværende funktionsniveau

  Helbredstilstanden lægger sig nu nederst i skærmbilledet.
  - Hvis en borger får et sundhedsfagligt problem indenfor en sygeplejetilstand, der er angivet som ikke-aktuel, skal du genaktivere sygeplejetilstand.
  - Udfyld sygeplejetilstand som angivet i "aktuelle sygeplejetilstand".

Oprettelse og håndtering af Kommunale sygeplejeindsatser (SUL)

- Plejebolig og rehabiliteringen: Det er social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker der opretter, planlægger, bestiller og lukker sygeplejeindsatser indenfor sundhedsloven (SUL).

  Hjemme- og Sygeplejen: Det er sygeplejersker der visiterer, ændrer og afslutter sygeplejeindsatser indenfor sundhedsloven (SUL)

  Alle indsatser skal oprettes, planlægges og bestilles.
  - Sygeplejeindsatser oprettes fra sygeplejetilstande
  - Alle sygeplejeindsatser skal have borgerspecifikke handlingsanvisninger.
  - Du kan således tjekke i overblikket "Borgers liv" om alle sygeplejeindsatser er tilknyttet en sygeplejetilstand.
- Når en sygeplejeindsats er udført, skal der kvitteres (leveres) for den ved at swipe i Cura.
- Hvis en planlagt sygeplejeindsats ikke udføres, skal indsatsen enten aflyses eller flyttes og det skal begrundes, hvorfor indsatsen aflyses eller flyttes.
- Lukning af SUL indsats

Når en borger ikke længere har brug for en specifik hjælp/indsats, skal den afsluttes; HUSK at lukke tilstanden

Handlingsanvisninger til Kommunale sygeplejeindsatser (SUL)

- SSA eller SPL opretter handlingsanvisninger på indsatser indenfor sundhedsloven (SUL).

  Alle indsatser *skal* have borgerspecifikke handlingsanvisninger. Handlingsanvisningerne skal være så detaljerede, at et personale, der ikke kender borgeren, kan varetage opgaven.

  En handlingsanvisning skal angive:
  - Hvad der skal gøres og hvor remedier til at udføre opgaven kan findes.
  - Hvor ofte det skal gøres (fremgår i Hjemme- og Sygeplejen af kørelister)
  - Hvordan det skal gøres. Hvad gør borger, hvad gør personale, så borger støttes i at bevare egne ressourcer.
  - Hvornår det skal gøres (fremgår i Hjemme- og Sygeplejen af kørelister)
  - Hvor det skal gøres
  - Hvem skal gøre det
  - Skriv gerne planlagte handlinger i punktform
  - Beskriv hvilke observationer, der skal dokumenteres. Skal der tages billeder ifm. f.eks. sår.
  - Henvis evt. til målinger, aktuelle afkrydsningsskemaer med videre (fx stikkeskema)
  - Hvordan der skal vurderes og handles på eventuelle komplikationer
  - Hvornår der skal tilkaldes yderligere hjælp/tages kontakt til SSA/SPL/læge
  - HUSK at beskrive hvis der er særlige forbehold der skal tages hensyn til hos den enkelte borger. f.eks. hvis:
    - Der skal være to personaler eller bestemt faggruppe til stede ved borgerbesøg
    - Borger har afasi og kommunikation skal foregå på en bestemt måde
    - Borger har demens og kommunikation skal foregå på en bestemt måde
    - Hvis der skal tages billeder af f.eks. sår/udslæt inkl. hvor ofte (evt. ugedag)
  - Der indhentes samtykke til ovenstående handlingsplan hos borger/værge/stedfortrædende samtykke og dette afkrydses i handlingsanvisningen
  - Tilknyt VAR link, hvor det er muligt og relevant:
    Udvalgte indsatser har allerede tilknyttet VAR procedurer i den tilhørende handlingsanvisning. I disse tilfælde skal du tjekke, om den er relevant for den opgave, der skal løses hos borger.
    - HUSK at slette versionsnummer (f.eks. /20), så linker du til den nyeste version

- Ved TAKST 2 indsatser: Det kan være hjælpsomt, at markere forskelle på handlingsanvisninger i vagtlag ved at skrive: NV (for nattevagt), AV (aftenvagt) og DV (dagvagt)

- Handlingsanvisninger skal altid være ajourførte.

  Sæt opfølgningsdato og vurderingsdato.

Observationer

- Du skal som udgangspunkt kun lave en observation, hvis der opstår et nyt problem eller en ændring i borgers sygepleje-eller pleje- og omsorgstilstand, som en kollega skal handle på.

  Du skal vælge den observation, der er relevant/beskrivende for den ændring/problem, du har set hos borger.

- Du skal altid lave trinvise observationer.

  Hvis der allerede er oprettet en observationsrække i det emne, du skal beskrive, så skal du fortsætte med at bruge denne observationsrække. Hvis der ikke er observationer indenfor området, skal du oprette en ny trinvis observation. Se denne arbejdsgang

  UNDTAGELSE:

  Ved dokumentation af sårpleje, hvor du tager et nyt billede, skal du altid oprette et ny observation - vælg Sårbehandling - hver gang du vil tage et nyt billede; der kun kan være ét billede tilknyttet hver observation. Husk beskrivelsen af såret skal fremgå af helbredstilstanden.

  Målinger oprettes heller ikke som trinvis observation

- **En observation skal beskrive:**

  • Hvilken ændring/problem har du set hos borger?

  • Hvornår skete det/ hvornår begyndte det?

  • Hvad har du gjort ved det og hvordan har det virket? Eller hvem skal gøre noget ved det?

  • Hvordan har det virket, det du gjorde?

  • Hvilke aftaler har du lavet med borger/værge vedrørende problemet/ ændringen

  • Når en anden end dig skal gøre noget ved problemet, skal du lægge observationen som en opgave til rette gruppe.

  Når du opretter en observation, skal du huske at oprette/opdatere relevante tilstande.

- **Opfølgning på observationer:**
  En observation skal altid have en opfølgning, der enten beskriver, hvordan ændringen/ problemet har udviklet sig eller som beskriver, at ændringen/problemet ikke længere er tilstede.

Hvis din kollega tidligere på døgnet har lavet en observation om, at man skal være opmærksom på f.eks. feber, opkast eller uro, så skal du lave et nyt trin i samme observation, der beskriver, hvordan det ser ud i din vagt.
Hvis borger forsat har f.eks. feber/opkast eller uro, så beskriv dette og hvad du har gjort ved det.

Ansvarsfordeling

- SSA og SPL er ansvarlige for at udfylde og opdatere borgers sygeplejestilstande i Cura inden for de angivne tidsrammer

Information

Instruksen er udarbejdet af: Udviklingssygeplejerske Berit Rasmussen, Udviklingssygeplejerske Sanne Andersen, kvalitetssygeplejerske Louise Sørensen

Instruksen er godkendt af: Leder af Plejeboligerne Camilla Pedersen og leder af Hjemme- og Sygeplejen Tenna Lund

Instruksen skal opdateres ved ændringer

Litteraturreferencer for denne procedure