

Til

Ældreminister Mette Kierkgaard  
Folketingets ældreudvalg  
Alzheimerforeningen  
Ældre Sagen

13.09.2024

### **Der mangler viden og ressourcer vedr. demente borgere i plejesektoren og i sygehussektoren**

Gennem de seneste år har jeg været vidne til flere ”episoder”, hvor der ikke har været taget tilstrækkelig ”hånd om” demente borger / patienter.

Der er ikke den tilstrækkelige viden om hvordan demente skal ”håndteres”, der er ikke ressourcer nok til at bruge den ekstra tid, som demente kræver.

Det er på tide at Folketinget får øjnene op for, at der ikke vedvarende kan spares i kommunernes plejesektorer og i regionernes sygehussektor, da der bliver flere borgere med demenssygdomme.

Det kræver mange ressourcer til korrekt uddannelse, til pleje- og til sygehussektoren.

Folketinget må frigive midler til kommunerne og regionerne. Det skal være tilstrækkelige midler, så personale kan blive uddannet, og så der er ressourcer nok i plejesektoren og sygehussektoren til at håndtere demente borgere og patienter korrekt og værdigt.

Dette brev er også sendt til Alzheimerforeningen og Ældre Sagen, da jeg håber de også vil arbejde med at påvirke Folketinget og dets medlemmer, så der kan tilføres flere midler til kommunerne og regionerne til demensområdet.

Herunder følger de episoder jeg har oplevet i plejesektoren og i sygehussektoren.

### **Episoder fra plejesektoren**

#### **Eksempel 1**

#### **Alt for stive regler ved indflytning i ledig plejebolig.**

En ældre dement kvinde er på plejehjem i en aflastningsplads. Den ældre kvinde har gangbesvær, men kan dog gå ved rollator. Hendes ægtefælle skal hofteopereres og kan derfor ikke passe hende i eget hjem i en periode på mindst 6 uger.

Inden de 6 uger er gået bliver det aftalt, at kvinden skal søge om en blivende plejehjemsplads, da hun er blevet meget mere gangbesværet og er kommet i kørestol. Det er derfor ikke muligt at passe hende i eget hjem mere.

Aflastningsplejehjemmet er 18 km. fra deres fælles hjem. Kvinden ønsker at komme på plejehjemmet i samme by som deres fælles hjem er. Kvinden får lov at blive på aflastningsplejehjemmet indtil, der er en blivende plejehjemsplads.

Kvinden skal tage den første ledige plads der bliver. Det viser sig at være i en tredje by også 18 km. fra det fælles hjem. Hun er dog stadig skrevet op til en plads i hjembyen. Der kommer besked, at der er en ledig plads i hjembyen en måned senere end den første ledige plads. Beskeden kommer inden hun er flyttet fra aflastningsboligen og ind i den første ledige plejehjems plads 18 km. fra det fælles hjem.

Men reglerne er så strikse /stive, at den ældre demente kvinde skal flytte til den først anviste plads i den tredje by og bo der en måned for så at flytte til den ønskede bolig i hjembyen.

Det er under al kritik, at en dement borger skal flytte så mange gange. Reglerne er alt for stive. Et aflastningsplejehjem bør have tilført tilstrækkelige ressourcer, så borgeren kan blive der blot en måned længere.

## **Eksempel 2**

### **Manglende samarbejde mellem afdelinger i kommunen ved indflytning i ledig plejebolig.**

En dement mand udskrives fra Regionssygehuset til et afklarende forløb på et demensplejehjem efter et fald i eget hjem, for afklaring af om der er sket et stort skred i hans demens. Neurologen på Regionssygehuset skønner, at det var usandsynligt, at han kan klare sig selv i eget hjem. Hans mentale tilstand taget i betragtning.

Efter knap 3 uger er der fremtidssamtale på demensplejehjemmet med deltagelse af familie, visitator, demenskonsulenten fra kommunen og kontaktpersonen fra demensplejehjemmet.

Manden er ikke længere i stand til at klare sig selv i eget hjem, og der visiteres til en blivende plads på demensplejehjemmet. En plejebolig ansøgning bliver underskrevet. Der er en ledig bolig på demensplejehjemmet, som familien får fremvist efter mødet. Familien får at vide, at det kan gå rimelig hurtigt med at få svar på ansøgningen – dog blev der ikke nævnt en dato.

Manden er ofte meget urolig / rastløs sidst på eftermiddagen og vil gerne hjem. Han sover dårligt om natten og er træt i dagtimerne. Han har fået pn. Serenase (antipsykotisk medicin), men det hjælper ikke ret meget. Familien har et håb om at en indflytning i blivende bolig med mandens hjemlige ting, vil give ham noget mere ro.

Aflastningsstuen på demensplejehjemmet er ny og flot med højt til loftet, klinisk hvid og minder mest af alt om en hospitalsstue. Det minder slet ikke om mandens hjemlige omgivelser. Den passer slet ikke til demente.

En uge efter mødet hvor boligansøgningen blev udfyldt kommer der brev fra Kommunen. Manden er blevet tildelt en plejebolig med overtagelse 3 uger senere til den første i næste måned. Familien henvender sig til plejehjemslederen, for at få lov at flytte manden tidligere, da de ved der er en ledig / tom bolig. Familien bliver henvist til afd. for Regnskab & styring, der står for udleje. Familien får det svar fra denne afdeling, at det overhovedet ikke kan lade sig gøre.

Der bør være en hurtig sagsbehandling, når der er en tom bolig med mulighed for hurtig indflytning, så manden kunne få sine hjemlige omgivelser og muligvis falde mere til ro. Der mangler samarbejde / der mangler dialog mellem de to afdelinger. Den manglende dialog kommer borgeren til skade.

Der bør tages mere hånd om tildeling af plejeboliger til demente, især når den demente som i dette tilfælde savner sit hjem og er meget urolig. Det er alt for stift. Der bør tages hensyn til den demente borgers situation.

Plejehjemmet bør lave en indstilling til "boligkontoret" om at der ønskes en hurtig indflytning. Der skal være en bedre dialog mellem de to afdelinger. Afdelingen der står for udlejen skal se mere på det enkelte menneske og følge anbefalingerne fra plejehjemmet.

Hvis GDPR reglerne siger, at plejehjemmet ikke må dele info med afdelingen der står for udlejen, vil et samtykke fra borgeren med tilladelse til at dele informationerne kunne opfylde GDPR kravet. Det er i borgerens interesse, at afdelingen der står for udlejen får de oplysninger, der er nødvendige for hurtig sagsbehandling og indflytning.

### **Eksempel 3**

#### **For lav normering af personale på demensplejehjem.**

En ældre dement mand er i aflastning på et demensplejehjem, der findes ikke en "kaldeknop" på hans aflastningsstue. Han har ikke fået et "armbånd" med kaldeknop. Manden opholder sig derfor fortrinsvis i fællesområderne på demensplejehjemmet.

Manden har ved indflytningen i aflastningen fået en rollator, da hans gang er blevet usikker. Han har svært ved at håndtere rollatoren, da det er nyt for ham og han kan derfor ikke altid få placeret hænderne korrekt på rollatoren.

Det er sket flere gange, at der ikke har været personale tilstede i fællesområdet, da alle har været ude på stuerne. Dette har bevirket, at manden ikke har haft den fornødne hjælp i nærheden til at hjælpe og vejlede ham med rollatoren, når han vil rejse sig for at gå, måske også fordi han glemmer at han skal buge rollatoren. Manden har derfor haft flere fald episoder.

Indenfor en måned er manden faldet mindst 5 gange.

Demente borgere har brug for mere hjælp og støtte end andre borgere. Der er for lav nominering af personale på demensplejehjemmet. Der er for lidt personale til at støtte og tage hånd om de demente borgere.

### **Eksempel 4**

#### **Alt for sen reaktion af plejepersonale efter dement borgers fald.**

Ved det sidste fald den ovenfor nævnte demente mand har, brækker han venstre lårben.

Faldet sker en onsdag aften, straks efter faldet konstaterede personalet at manden kunne bøje venstre ben, så de konkluderede at det ikke var brækket ved faldet. Der skal lift og 2 personer til at løfte manden op igen.

Manden klager gentagne gange over smerter og han får smertestillende. Først fredag middag bliver mandens læge kontaktes pr. telefon. Lægen rekvirer straks en Falck sygetransport og manden indlægges på regionspsygehuset, hvor det konstateres at han har lårbensbrud. Han bliver opereret den næste dag.

Plejepersonalet skal informere de pårørende hver gang en borger har en fald episode. Familien bliver først informeret fredag middag.

Det er under al kritik og meget umenneskeligt, at der skal gå fra onsdag aften og til fredag middag, før mandens læge kontaktes og manden bliver kørt til undersøgelse på sygehuset efter hans fald. Han har klaget over smerter meget af tiden. Undtagen når han har fået smertestillende medicin. Personalet har ikke reageret som de bør og skal gøre.

Demente personer kan ikke altid give udtryk for hvor meget smerte de føler. Plejepersonale, der har med demente at gøre, bør vide, at demente ikke kan udtrykke sig omkring hvor meget smerte de føler. En dement borger, der falder og skal hjælpes op med lift og 2 stk. personale, bør straks undersøges på hospitalet for brud. Hellere en straks undersøgelse for meget end en for lidt.

Der er ikke den tilstrækkelige viden om hvordan demente skal ”håndteres”, der er ikke ressourcer nok til at bruge den ekstra tid som demente kræver.

## **Episoder i Sygehussektoren**

### **Eksempel 1**

Hjemmeplejen finder en morgen en ældre dement kvinde ukontaktbar på gulvet i eget hjem. Der rekvireres ambulance, der kører kvinden til Regionssygehuset.

På sygehuset kommer kvinden til sig selv, får væske i drop og undersøges fysisk for brud på sygehuset. Der bliver ikke benyttet scanner. Det konstateres at kvinden ikke har fysiske skader.

Kvinden har svært ved at gå efter faldet og skal i kørestol. Kvindens eget hjem er ikke indrettet til kørestolsbrug. Kvinden udskrives samme dag til aflastning på et demensplejehjem.

Personalet på demensplejehjemmet observerer, at kvinden giver udtryk for megen smerte og der rekvireres en mobil scanner. Resultatet af scanningen er, at kvinden har flækket / brækket halebenet. Kvinden får først herefter den fornødne smertedækkende medicin til at tage smerterne fra halebenet.

Det er under al kritik at sende en dement patient på plejehjem uden at have udredt patient korrekt for smerter. Sygehuspersonalet har ikke den fornødne viden omkring demente personer. De kan ikke aflæse at patienten har voldsomme smerter. Sygehuspersonalet har ikke den fornødne tid til at tage hånd om patienterne og få patienten 100% udredt før udskrivning til plejehjemmet.

### **Eksempel 2**

En ældre dement mand indlægges på regionssygehuset efter et fald i eget hjem. Indtil dette fald har manden klaret sig i eget hjem med minimal hjemmehjælp. Manden er indlagt til observation af en hjerneblødning, der er opstået efter et kraftigt slag i hovedet ved faldet. På grund af overbelægning på neurologisk afdeling er manden blevet indlagt på D2 Ortopædkirurgisk Afdeling.

Lørdag eftermiddag er familien på besøg. En sygeplejerske informerer manden om, at han skal flyttes til neurologisk afdeling til undersøgelse. Manden bliver meget forvirret, og nævner om han nu kan finde tilbage igen osv.

Søndag er familien igen på besøg, da er manden blevet flyttet tilbage til D2. Han sover, sygehuspersonalet siger han ikke må vækkes, da han trænger til ro. (Manden er nok blevet endnu mere forvirret af at blive flyttet nok engang og har måske fået beroligende medicin?)

Manden udskrives efter 9 dage til et afklarende forløb på et demensplejehjem, for at afklare om der er sket et skred i hans demens. Neurologen på Regionssygehuset skønner, at det er usandsynligt, at han kan færdes i eget hjem. Hans mentale tilstand taget i betragtning.

Det er under al kritik, at man på sygehuset flytter så meget rundt på en dement person. Det forvirrer ham og gør ham meget urolig. Manden er i forvejen forvirret over ikke at være i eget hjem. Det gør blot hans situation endnu værre, at han flyttes fra en afdeling til en anden afdeling og tilbage igen. Der bør tages hensyn til mandens demensdiagnose og skabes mest mulig ro for ham. Så han kun er på én afdeling, og kun flyttes når han skal undersøges.

### Eksempel 3

En ældre dement mand bliver indlagt på Regionssygehuset efter et fald 2 dage før på et demensplejehjem. Der bliver konstateret hoftenær fraktur i venstre side. Manden ligger i venteposition, da der er mange patienter i kø til operation. Manden bliver opereret den næste dag.

2 dage efter operationen konstateres det, at manden har fået lungebetændelse. Der gives penicillin intravenøst. Smertestillende bliver også givet intravenøst, da manden fejlsynker / har synkebesvær. Den intravenøse behandling foregår gennem vener i foden, da manden har hevet kanylerne ud af venerne i hånden.

Der er visiteret til spisestøtte fra hospitalets side. Der serveres aftensmad til manden synkevenlig kost bl. a. varm suppe. Den person, der serverer maden for manden, skal også yde spisestøtten. Manden er den første, der får serveret mad. Spisestøttepersonen opfordrer familien, der er på besøg, til at forsøge at hjælpe manden med at spise, da personen skal servere mad for alle andre på afdelingen, før der kan ydes spisestøtte. Personen kommer ikke tilbage i de næste 20 minutter, hvor familien forsøger at yde spisestøtten, selvom det ikke er noget familien er trænet i.

Det er helt forkert, at en spisestøtte til en fejlsynkende mand serverer maden hos ham som den første, og så også har opgaven at skal servere maden for alle stuer på afdelingen, før personen kan yde spisestøtten. Er det mon en faguddannet person, der er sat til at yde spisestøtten?

Familien kan læse dette i aktindsigt papirer omkring indlæggelsen:

*Det beskrives fra sygehuset, at manden har haft et vægttab under indlæggelsen og er i ernæringsrisiko. Hans indtag af energi og protein har ligget omkring 50% af det estimerede behov. Sygehuset har ikke givet manden den korrekt hjælp, så han kan tage ernæring til sig, der har været for få ressourcer.*

#### *Udskrivningsforløb*

Efter 10 dages indlæggelse udskrives manden til demensplejehjemmet i kørestol. Den intravenøse behandling stoppes af sygehuset ved udskrivningen og der sendes tabletter med. Sygehuset har ikke foretaget synkevurdering.

Personalet på demensplejehjemmet kan ikke få den smertestillende medicin i manden, da han har synkebesvær. Det konstateres at smerteplasteret, der er påsat fra sygehuset, er gledet af huden og sidder på undertrøjen. Manden virker smerteforpint. Personalet på demensplejehjemmet kontakter sygehuset, der giver dem lov til at sætte et nyt smerteplaster på.

Sygehuset kontaktes flere gange af personalet på demensplejehjemmet for at få de rigtige recepter på smertestillende medicin, der kan gives subkutan (indgives lige under huden gennem speciel kanyle). Der kommer mere ro på manden, og han kan spise sin aftensmad.

Om morgenen på dag 11 har manden igen synkebesvær, han fejlsynker maden. Da det kan kvæle ham, må personalet ikke give ham noget gennem munden. Sygehuset kontaktes kl. 10 for mulig genindlæggelse. Udskrivende afdeling på sygehuset siger til personalet på Værestedet ”at de skal give manden tid til at ”lande” på plejehjemmet igen”. Og der sendes i stedet den mobile akutlæge.

Akutlægen ankommer ca. kl. 16,30 – 6 timer efter.

Manden undersøges af lægen og der lægges kateter, da blæren er helt fyldt og manden ikke selv kan tømme den.

Manden har ikke fået vådt eller tørt hele dagen. Manden drikker 3 glas saft uden synkebesvær. Akutlægen konstaterer, at manden kan synke. Akutlægen læser i journalen, at manden skal

mobiliseres og genoptrænes efter operationen. Lægen stopper den beroligende medicin, da den kan hæmme genoptræningen. Manden skal smertedækkes. (Men mon lægen har fået læst alt i mandens journal omkring demens - neurologisk læges udtalelser mm.?)

Manden er i stand til at spise aftensmad, synkevenlig kost, øllebrød.

Dag 12 om natten mellem dag 11 og dag 12 er manden meget urolig og får næsten ingen søvn. Om morgenen konstateres det, at der ligger meget store rester efter aftensmaden i mandens mund. Manden har igen synkebesvær, han fejlsynker maden. Der bliver lavet en synkevurdering af manden. Personalet må igen ikke give ham noget gennem munden. Sygehuset kontaktes igen for at få besøg af den mobile akutlæge. Der kommer ingen akutlæge, og ifølge sygeplejersken på demensplejehjemmet er der op til 7 forskellige læger inde over sagen i løbet af dagen, indtil sygehuset meget sent på dagen meddeler, at manden er overgået til egen læge.

Det er en meget fatal fejl, at sygehuset ikke får lavet en synkevurdering af manden, før han udskrives til demensplejehjemmet med smertelindrende medicin i pilleform. Manden har haft mange kraftige smerter, da han kom tilbage. Også fordi smertepasteret ikke var sat korrekt fast / placeret korrekt på huden, da personalet på demensplejehjemmet fandt den på undertrøjen. Det er helt forkert af udskrivende afdeling blot at sige til personalet på Værestedet *"at de skal give manden tid til at "lande" på Plejehjemmet igen"*.

Der er alt for lang respons tid fra Akutlægen på dag 11. Det er umenneskeligt, at manden skal lide i så mange timer før en læge kommer og tilser ham. Sygehuset har et stort ansvar for at udføre synkevurdering før udskrivning og for at sende korrekt og for manden indtagelsesvenlig medicin med ham, hvilket ikke var sket.

På dag 12 er der alt for mange læger ind over mandens "sag" / tilstand og ingen har tid til at læse hans journal helt grundigt. Det er forkasteligt, at der til sidst på dagen, blot bliver givet den besked, at manden er overgået til egen læge, uden han har fået hjælp i løbet af natten og dagen med bedre smertestillende medicin.

Der er for få ressourcer i sygehusvæsnet, og de ressourcer der er, har ikke den rette forståelse for demente personer. Sygehuset bør være bedre til at "aflevere" udskrevne patienter til plejehjem. Der bør være et bedre samarbejde mellem plejehjem og sygehus. Sygehusene bør være mere lydhøre overfor de problemer, der opstår på plejehjemmene, især når sygehuset ikke har givet en brugbar medicin med som i dette tilfælde.

Det har ikke været et værdigt forløb for manden. Han var meget smerteforpinet fra udskrivningen og til han på 13 dagen blev erklæret terminal og kunne få tilstrækkelig smertedækning. Han kunne ikke sove og var meget urolig om natten fra dag 10 til dag 13 på grund af store smerter og mangel på mad og drikke.

Med min beskrivelse af de ovenstående episoder håber jeg at I alle får øjnene op for, at der skal frigives midler til kommunerne og regionerne, så der er tilstrækkelige ressourcer og viden omkring pleje af demente personer. Jeg står gerne til rådighed for uddybning af de ovenstående episoder.

Med venlig hilsen  
Aase Dahl Tranberg  
[aase@dahltranberg.dk](mailto:aase@dahltranberg.dk)