

Charlotte Agger  
Eva Bonde Nielsen

# Kvalitetssikring af omsorg for svage ældre

Pilotaufprøvning  
af DCM-metoden,  
Dementia Care Mapping,  
i Danmark

**Kvalitetssikring af omsorg for svage ældre  
Pilotafprøvning af DCM-metoden,  
Dementia Care Mapping, i Danmark**

Charlotte Agger • Eva Bonde Nielsen

Københavns Kommune  
Sundhedsforvaltningen

Daniæ  
Danmarks Institut  
for Ældrepædagogik

Titel: Kvalitetssikring af omsorg for svage ældre  
Pilotafprøvning af DCM-metoden,  
Dementia Care Mapping, i Danmark  
Forfattere: Charlotte Agger og Eva Bonde Nielsen  
Sats og grafer: Jytte Sørensen  
Korrektur: Bente Søgaard  
Omslag: Hedegaard Grafisk Design  
Tryk: Schultz Grafisk  
© Daniæ og  
Københavns Kommune  
Sundhedsforvaltningen  
1. udgave, 1. oplag 2001

Publikationen købes fra:  
Pilehuset  
Bystævneparken 25  
2700 Brønshøj  
Tlf. 3827 4290  
Fax 3827 4207  
Birgitte\_Campen.suf@ipost.kk.dk

Pris: kr. 75,00

ISBN 87-7910-009-0

# Forord

Denne rapport beskriver resultaterne af den første pilotafprøvning, der er gennemført i Danmark af DCM-metoden (Dementia Care Mapping).

DCM-metoden har været afprøvet i tre demensenheder, to aflastningsenheder samt tre daghjemsenheder for borgere, der har demens. I alt har 45 borgere og 25 medarbejdere deltaget. En stor tak for deres engagement og positive medvirken.

Det er Socialministeriets mini-pulje for lokale praktikere på demensområdet og Kvalitetspuljen, Ældrefagligt kontor, Sundhedsforvaltningen, Københavns Kommune, der har finansieret pilotafprøvningen.

Da DCM-metoden kan betragtes som en kvalitetssikringsmetode, der sætter fokus på det, som sker i selve kerneydelsen, nemlig den omsorgsrelation, der er mellem borgeren og personalet, kan DCM-metoden i de kommende år være med til at forbedre kvaliteten af omsorgen for mennesker, der har demens. Men det kræver, at der bliver uddannet flere personer til at kunne udføre observationerne samt, at metoden, på længere sigt, tilpasses danske forhold.

Lars Bo Bülow

# Indhold

Indledning .....	6
Sammenfatning og konklusion .....	7
Kapitel 1	
Pilotafrøvningen .....	9
Projektets formål .....	9
Projektets målgrupper .....	9
Projektets fremgangsmåde .....	9
Kapitel 2	
Hvad bygger metoden på? .....	11
Tom Kitwoods opfattelse af demenssygdommen .....	11
Hvad kræves af personalet for at kunne yde god omsorg? .....	14
Kapitel 3	
Hvad registrerer DCM-metoden? .....	17
Handlinger .....	17
Befindende .....	18
Positive hændelser .....	18
Negative hændelser .....	18
Hvordan opgøres data? .....	20
Kapitel 4	
Hvordan anvendes data	
– et eksempel fra en demensenhed .....	21
Handlinger .....	21
Befindende .....	22
Negative hændelser .....	24
Positive hændelser .....	25
Sammenfatning .....	26
Resumé af individuel omsorg .....	27
Opsamling .....	40

## Kapitel 5

Kvaliteten i de øvrige to demensenheder .....	42
Handlinger .....	42
Befindende .....	45
Negative hændelser .....	47
Positive hændelser .....	47
Sammenfatning .....	48

## Kapitel 6

Kvaliteten i aflastningsenheder .....	49
Handlinger .....	49
Befindende .....	52
Negative hændelser .....	54
Positive hændelser .....	55
Sammenfatning .....	56

## Kapitel 7

Kvaliteten i daghjemslignende tilbud .....	57
Handlinger .....	57
Befindende .....	61
Negative hændelser .....	64
Positive hændelser .....	65
Sammenfatning .....	66

## Kapitel 8

DCM-metodens styrke og begrænsninger .....	67
Kan metoden, som den er udviklet i England, anvendes direkte i Danmark? .....	67
Bidrager metoden til at sikre kvaliteten af omsorgen for personer, der har demens? .....	68
Er metoden anvendelig uanset hvor i et demensforløb en person befinder sig? .....	69
Er metoden pålidelig? .....	70
Registrering af positive hændelser .....	70
Litteraturanbefalinger .....	72

# Indledning

I 1999 udkom en dansk oversættelse af Tom Kitwoods bog: “Dementia Reconsidered – the person comes first” med titlen: “En revurdering af demens – personen kommer i første række” (Kitwood, 1999).

Med bogen i hånden og en hurtig gennembladring, ser det ud som om, det er en bog, man skal gemme til, ‘når der er to torsdage i ugen’. Men ved gennemlæsning af de første sider af bogen fanges man af indholdet. Bogen sætter ord på, hvad mange, der har arbejdet inden for eller haft kontakt med demensområdet gennem en årrække, har følt og reflekteret over. Praksiserfaringer sættes ind i en socialpsykologisk forståelsesramme, og bogen forsøger at besvare spørgsmålene:

Hvad er henholdsvis god og dårlig omsorg for mennesker, der har demens? Et af hovedbudskaberne i bogen er, at kvaliteten af omsorgen har en afgørende betydning for demensforløbet hos det enkelte menneske.

I bogen henvises der flere gange til en observationsmetode: Dementia Care Mapping – forkortet DCM-metoden – som kortlægger god og dårlig omsorg, og som gennem feedback til personalet bidrager til forbedring af omsorgen for mennesker, der har demens.

En litteratursøgning om metoden viste, at der er udkommet en del engelsksprogede artikler om metoden, men ikke artikler, der detaljeret beskriver metoden. For at få et detaljeret indblik i DCM-metoden, må man lade sig indskrive ved Universitetet i Bradford, England og gennemføre en diplomuddannelse. Dette skyldes, at der er ophavsrettigheder til at bruge metoden, og for at kunne bruge den er det et krav, at man har gennemført diplomuddannelsen.

Som led i uddannelsen i Bradford har vi anvendt DCM-metoden i relation til et pilotprojekt, som denne rapport omhandler. Det er Socialministeriets mini-pulje for lokale praktikere på demensområdet og Kvalitetspuljen, Ældrefagligt kontor, Sundhedsforvaltningen, Københavns Kommune, der har finansieret pilotprojektet. Det skal bemærkes, at vi er underlagt restriktioner med hensyn til at give en detaljeret indføring i metoden, og læseren må derfor ikke forvente at kunne gøre brug af metoden efter gennemlæsning af denne rapport.

# Sammenfatning og konklusion

DCM-metoden har været pilotafprøvet i Danmark med henblik på at finde ud af, om metoden, som den er udviklet i England, er direkte anvendelig her. Metoden har været afprøvet i forhold til tre grupper af borgere, der har demens, og deres tilknyttede personale. Én gruppe er borgere, der opholder sig permanent i demensenheder, en anden gruppe er borgere, der opholder sig i aflastningsenheder i en periode på cirka tre måneder, og en tredje gruppe er hjemmeboende borgere, der kommer i dag-hjemslignende tilbud nogle gange om ugen. Afprøvningen omfatter i alt 45 borgere, fordelt med 15 borgere inden for hver af de nævnte målgrupper og 25 medarbejdere. Hver borger er, så vidt det har været muligt, observeret 10-12 timer i alt fordelt over to dage.

I kapitel 1 er pilotafprøvningen nærmere beskrevet.

DCM-metoden er udviklet af psykologen Tom Kitwood, som indtil sin død var professor ved Bradford Universitet. Metoden er udviklet på baggrund af studier af omsorg til mennesker, som har demens.

Hans grundantagelse er, at den omsorg, som personalet yder, har en afgørende indflydelse på udviklingen af det enkelte menneskes demens. Han har identificeret 17 områder, som kan medføre en hurtigere udvikling af demens – han kalder dette ‘ondartet socialpsykologi’. Overalt i det følgende vil vi i stedet bruge betegnelsen ‘negative hændelser’, idet vi ønsker at understrege, at sådanne hændelser ikke er noget, personalet gør af ond vilje. Ligeledes har Kitwood opstillet nogle kriterier for, hvad personalet skal kunne for at yde en omsorg, som er identitetsbevarende og -skabende. Endelig har han opstillet kriterier for, hvad en organisation skal indeholde for at give personalet mulighed for at yde en sådan omsorg.

Metoden bygger på et bestemt syn på omsorg, som er personcentreret. Omsorgsopgaven anskues som langt mere end det at opfylde fysiske behov; det drejer sig om at have opmærksomheden rettet mod hele mennesket; om at sætte den enkelte i stand til at få størst muligt udbytte af sine ressourcer og forblive et selvstændigt, socialt menneske og om at respektere den identitet, som personen har på det givne tidspunkt i demensforløbet.

Kapitel 2 omhandler en nærmere beskrivelse af, hvad metoden bygger på.

Metoden er hovedsagelig udviklet til at forbedre kvaliteten af omsorgen for mennesker, der har demens, og som befinder sig i såkaldt formelle omgivelser, som for eksempel dagcentre, -hjem, aflastningsenheder, ældreboliger, plejehjem og hospitalsafdelinger.



DCM-metoden omfatter observationer af omsorgsprocesser i fællesrum, og de data, der registreres, falder inden for tre kategorier:

1. Registrering af borgernes handlinger og befindende. Disse registreringer giver et detaljeret overblik over, hvad en person har foretaget sig eller ikke foretaget sig i løbet af en 12-timers periode, fordelt over to dage med registreringer for hvert femte minut. Til hver handling føjes, hvilken oplevelse af befindende personen har udtrykt verbalt eller nonverbalt.

2. Registrering af positive hændelser. Her kastes lys på momenter af god praksis.

3. Registrering af personnedgørelse (negative hændelser). Her registreres episoder, hvor omsorgen ikke tager udgangspunkt i den enkelte persons identitet, ressourcer og mulighed for at handle som et selvstændigt og socialt menneske, for eksempel ved at ydmyge eller nedvurdere personen.

Den samtidige brug af disse tre koderammer giver et omfattende og detaljeret overblik over nøgleaspekter af omsorgsprocessen og især den betydning, denne har for den enkelte persons befindende.

I kapitel 3 findes en mere detaljeret beskrivelse af dataregistreringer.

For DCM-metoden gælder, som for andre metoder, at den har sine styrker, men også begrænsninger. I kapitel 4, 5, 6 og 7 vises, hvordan metodens dataregistreringer kan anvendes i praksis, mens kapitel 8 omhandler metodens styrke, begrænsninger og udviklingsmuligheder.

Pilotafprøvningen har vist, at DCM-metoden, som den er udviklet i England, overordnet set er anvendelig også i Danmark. Metodens konstruktion gør, at man får mange informationer om omsorgskvaliteten. Dens detaljerede regler for scoringer og dens krav til observatøernes uddannelsesbaggrund sikrer en forholdsvis ensartet vurdering af omsorgskvaliteten. Ligeledes er der i metoden indbygget standardmål for omsorgskvaliteten, hvilket gør metoden velegnet som generelt redskab til kvalitetssikring af omsorgen. Frem for alt er der også, når metoden anvendes i forbindelse med udviklingsevaluering, en opfølgende fase, hvor personale, ledelse og observatører i samarbejde og på baggrund af dataanalyser opstiller og iværksætter specifikke handlingsplaner tilpasset hver enkel borger med henblik på at forbedre omsorgskvaliteten.

Hvor andre kvalitetssikringsmetoder oftest lægger vægten på, hvad man kan kalde strukturelle sider af de omgivelser, hvori omsorgen finder sted, som fx vurderinger af normeringer, fysiske rammers kvalitet, kvaliteten af maden og metoder og retningslinjer, som ledelsen anvender, så adskiller DCM-metoden sig fra disse ved at sætte fokus på processen, der hvor dynamikken i omsorg findes. At sikre en høj standard i forhold til de punkter, som andre kvalitetssikringsmetoder undersøger, er selvfølgelig væsentligt, men selv et sted, der scorer højt i disse henseender, kan stadig godt levere en omsorg af dårlig kvalitet.

Pilotafprøvningen har alene omfattet personer med demens og deres tilknyttede personale, men umiddelbart burde der ikke være noget til hinder for, at metoden også kan bruges i forhold til en bredere gruppe af svage ældre.

# Kapitel 1

## Pilotafprøvningen

### Projektets formål

Det overordnede formål med projektet var at foretage en pilotafprøvning af DCM-metoden (Dementia Care Mapping) i Danmark. Dette med henblik på at finde ud af følgende:

- Kan metoden, som den er udviklet i England, anvendes direkte i Danmark?
- Bidrager metoden til at sikre kvaliteten af omsorgen for personer, der har demens?
- Er metoden anvendelig, uanset hvor i et demensforløb en person befinder sig?
- Er metoden pålidelig?

### Projektets målgrupper

Pilotafprøvningen af DCM-metoden er foretaget i forhold til tre målgrupper af borgere, der har demens. En gruppe er borgere, der opholder sig permanent i demensenheder, en anden gruppe er hjemmeboende borgere, der opholder sig i aflastningsenheder i en periode på maksimum tre måneder, og den tredje gruppe er hjemmeboende borgere, der kommer i daghjemslignende tilbud.

Valget af målgrupper skal ses i sammenhæng med ønsket om at teste metodens anvendelighed i forhold til borgere, der befinder sig på forskellige stadier i deres demenssygdom, vel vidende at der her er tale om en forholdsvis grov inddeling. Hvad angår de to sidstnævnte målgrupper, havde alle enten gennemgået en demensudredning, eller var i gang med en sådan. Anderledes forholder det sig med målgruppen af borgere, der opholder sig permanent i en demensenhed. Her var der få, der havde en demensudredning. Et metodisk problem, der tages op til diskussion i kapitel 8.

Pilotafprøvningen omfatter i alt 45 borgere, fordelt med 15 borgere inden for hver af ovennævnte målgruppe og 25 personaler. Pilotafprøvningen er foretaget i otte forskellige enheder i hovedstadsområdet. Det er forskelligt, hvor mange borgere, der er observeret ad gangen, men hver borger er, så vidt det har været muligt, observeret 10-12 timer i alt, fordelt over to dage.

### Projektets fremgangsmåde

Forud for pilotafprøvningen havde begge observatører gennemført et uddannelsesforløb ved universitetet i Bradford. Dette var et krav for overhovedet at kunne gennemføre en pilotafprøvning af metoden i Danmark. Efterfølgende og forud for pilotafprøvningen trænede observatørerne i brugen af DCM-metoden for at sikre, at begge observatører var fortrolige med metoden. Denne træning foregik i to enheder for personer med demens. Disse enheder var også beliggende i hovedstadsområdet.

### *Pilotafprøvningen igangsættes*

Den første kontakt til de enheder, der skulle indgå i pilotafprøvningen, foregik gennem lederne. For lederne afholdtes der et informationsmøde om metoden, dens baggrund, indhold og formål, samt hvilke typer af resultater personalet ville blive præsenteret for. Lederne kontaktede herefter de borgere og i nogle tilfælde pårørende samt det personale, der skulle deltage, med henblik på at få deres samtykke hertil. Efterfølgende blev der holdt informationsmøder med personalet i de enkelte enheder. Her blev de orienteret om indholdet af metoden, samt hvad data skulle bruges til.

Efter gennemførelse af observationerne afholdtes der feedback-møder, hvor dataresultater blev præsenteret og diskuteret med personale og ledelse.

Dataindsamlingen er gennemført fra maj til november 2000.

# Kapitel 2

## Hvad bygger metoden på?

Grundstenene til DCM-metoden blev lagt i 1989 i forbindelse med et forskningsprojekt, som Tom Kitwood og Kathleen Bredin gennemførte for Bradfords sundhedsmyndigheder. Målet med dette projekt var at evaluere kvaliteten af demensomsorg i forbindelse med et kommunalt sundhedsprogram.

Siden starten i 1989 har metoden gennemgået en betydelig udvikling, idet man blandt andet har trukket på erfaringer gjort af de mange mennesker, som har brugt metoden.

Metoden er hovedsagelig udviklet til at forbedre kvaliteten af omsorgen for mennesker, der har demens, og som befinder sig i såkaldt formelle omgivelser som for eksempel dagcentre, daghjem, aflastningstilbud, ældreboliger, plejehjem og hospitalsafdelinger.

DCM-metoden er specielt opmærksom på den socialpsykologiske holdning, der praktiseres, og den går tæt på dynamikken i omsorgsprocessen.

Frem for alt er det også en metode, der fokuserer på brugernes synspunkt.

Idet følgende gives en forholdsvis kortfattet beskrivelse af den socialpsykologiske holdning, der ligger til grund for DCM-metoden.

Tom Kitwood giver i sin bog: "En revurdering af demens – personen kommer i første række" (Dafolo Forlag, 1999) en langt mere detaljeret gennemgang af sin socialpsykologiske holdning. Nærværende kapitel bygger i høj grad på udpluk fra denne bog.

### Tom Kitwoods opfattelse af demenssygdommen

Demensbilledet hos den enkelte person forstår Kitwood som resultatet af en kompleks interaktion mellem sygdommens fem hovedfaktorer:

- Demenssygdommen = personlighed + biografi + helbred + neuropatologi + socialpsykologi.
  - Personlighed: Hvordan har man lært at leve, hvilke ressourcer har man, og hvilke forsvarsmekanismer bruger man?
  - Biografi: Livserfaringer og konsekvenserne af ændrede livsbetingelser.
  - Helbred: Hvordan er ens helbred samt skarpheden af ens sanser?
  - Neuropatologi: Ændringerne i hjernecellerne.
  - Socialpsykologi: Betingelser i personens omgivelser, hvordan er familie/personale sammen med personen?

Tom Kitwood har den opfattelse, at demenssygdommen er en sygdom, hvor nogle færdigheder går tabt, og stemnings- og handlemønstre ændres. For eksempel svækkes

ens hukommelse, hvorved man blandt andet mister dele af sin livshistorie, formåen til at indgå i de livssituationer, man ellers har gjort, færdigheder i forhold til at planlægge og overskue konsekvenser samt får forstyrrelser i sprogopfattelse og -dannelse.

Samtidig siger Tom Kitwood, at psykologisk set kan de ændrede handlemønstre også fortolkes som et resultat af tab af ressourcer og sammenbrud af det psykologiske forsvar, idet personer, der har demens, kan opleve

- sorg over at miste arbejdsliv, venner og familie;
- ængstelse over at være en byrde;
- vrede over demenssygdommen og andres reaktioner;
- frustration over tab af evner og ikke at slå til;
- frygten for at blive forladt, kontrolleret og ydmyget;
- følelsen af at være mærkelig og ekskluderet;
- følelsen af at være truet og forfulgt;
- følelsen af dyb forvirring, panik og sorg (efter Kitwood, 1999, s. 87-88).

Disse oplevelser knytter sig til subjektive tilstande, hvor følelserne er klart forbundet med specifikke oplevelser, for eksempel at man bliver fyret, fordi man ikke magter sit job længere.

Møder personen med demens ikke forståelse, omsorg og respekt i forbindelse med disse oplevelser, kan det betyde, at personen udvikler en global tilstand, hvor rædsel, elendighed, raseri og kaos, som ikke er udtryk for noget konkret, bliver de overvejende psykologiske oplevelser. Får denne tilstand lov at videreudvikle sig, opstår der ifølge Tom Kitwood en udbrændthedstilstand, hvor personen er fortvivlet, deprimeret, vegeerende og apatisk.

Denne tilstand kan sammenlignes med at forestille sig at være havnet på en fjern planet, hvor ingen forstår en. Man forstår ikke, hvad de foretager sig på denne planet, man taler ikke det samme sprog, man ved ikke, hvad man skal foretage sig. Man prøver at gøre nytte, men man begår hele tiden fejl. Man oplever den totale ensomhed, føler sig ikke respekteret, forstået, savner omsorg, har ikke noget at tage ansvar for. I glimt brydes denne ensomhed, som når man ser et stjernesud – personen føler sig for eksempel forstået. Dette kunne være et billede af den rejse, personer med demens må foretage.

Tom Kitwoods grundantagelse er, at den socialpsykologiske holdning, der praktiseres, har en afgørende indflydelse på, hvordan det enkelte menneskes demens udvikler sig. Det, omsorgspersonalet gør (eller ikke gør), har en afgørende betydning for demente personers tilværelse: Det gælder om at have en omsorgspraksis, som indeholder mange stjernesud.

Når omsorgen er af meget høj kvalitet, er der nogle mennesker, der har en tendens til at stabilisere sig, og der kan endog forekomme en vis grad af genvinden af

færdigheder, der tilsyneladende var gået tabt. I det lange løb vil der dog med stor sikkerhed være tale om, at kognitionsfunktionen forfalder, men dette anser Kitwood ikke som det vigtigste. Det, der har førsteprioritet i en omsorgspraksis, er opretholdelsen af et generelt velbefindende.

Ifølge Tom Kitwood har mennesker med demens følgende grundlæggende psykologiske behov:

- At møde trøst i form af ømhed, nærhed, lindring af smerter, ængstelse og sorg, beroligelse samt tryghedsfølelse, som kommer af det at være et andet menneske nær. Det andet menneske må kunne holde sammen på helheden, når den er i fare for at styrte sammen.
- At knytte forbindelse, som tjener det formål at føle sig sikker.
- At føle, at man hører til i en gruppe, at man er en del af en større sammenhæng. Gerne med den oplevelse, at gruppen vil klare sig dårligere uden den enkelte.
- At man har en meningsfuld beskæftigelse, som trækker på ens formåen og kræfter ud fra ens livshistorie. At være med i livsprocesser og hverdagsaktiviteter.
- At have en identitet, at vide hvem man er, det vil sige kunne 'fortælle' en livshistorie (efter Kitwood, 1999, s. 90-92).

Disse behov skal ses som behov, der fletter sig ind i hinanden. Når et behov tilfredsstilles, kan et andet også blive dækket, og omvendt kan opfyldelse af ét behov være en forudsætning for muligheden af at opfylde et andet.

Når disse grundlæggende behov bliver tilfredsstillet over en længere periode, er der den tryghed, hvor muligheden for at bevare personlige ressourcer er til stede, og personen får selvtilid nok til at leve sit liv som et socialt væsen.

Når hele miljøet er trygt og godt, er personer med demens i stand til at håndtere en vis grad af konflikt, udfordring, forandring, frustration, tab og skuffelse. De kan i nogen grad anerkende andres behov og sætte sig ud over egen bekymring.

Den gode direkte demensomsorg indeholder følgende:

- At anerkende personen som den, vedkommende er.
- At udgangspunktet altid er personens behov og ønsker.
- At personens formåen og initiativ altid involveres.
- At personen får mulighed for spontanitet og selvudtrykkelse.
- At personen får sanselige oplevelser.
- At personen oplever højdepunkter i hverdagen.
- At personen får mulighed for at slappe af.
- At anerkende det virkelige ved personens følelser, og at respondere på det på et følelsesmæssigt plan.
- At man kan rumme og favne personen i psykologisk forstand
- At personen får mulighed for at gøre det, som vedkommende gerne vil (efter Kitwood, 1999, s. 99; 104-105).

Demensomsorg er for det første at skabe det før omtalte trygge og gode miljø, således at der sker positive interaktioner. Og det næste bliver at skabe muligheder for, at de kan fortsætte.

I sin ringeste form består socialpsykologisk praksis af en blanding af forsømmelse og interaktionsformer, der på en eller anden måde ødelægger eller undergraver retten til at være en person for de mennesker, der er udsat for denne form for omsorg. Disse interaktionsformer benævner Kitwood ved 'ondartet socialpsykologi'. Det skal her bemærkes, at det stærke ord 'ondartet' ikke dækker ond vilje eller ondskabsfuldhed hos omsorgspersonalet. Det er langt mere sandsynligt, at man blot handler uden omtanke og følger allerede fastlagte mønstre. Derfor kaldes disse interaktionsformer her for negative hændelser.

## Hvad kræves af personalet for at kunne yde god omsorg?

Tom Kitwood mener, at det kræver særlige kvalifikationer hos personalet for at kunne yde god omsorg til personer med demens. Han mener, at demensomsorgen er underlagt følgende grundvilkår:

- At det er følelsesmæssigt krævende at yde omsorg til personer, som har demens. Personalet kan opleve fortvivlelse og afmagt.
- At det har en betydning, hvordan personalet ser sig selv som gamle, for eksempel om de frygter at blive demente.

En god omsorgsgiver – uanset ansættelsesniveau – er en person, der har udviklet specielle kompetencer.

Blandt de kvalifikationer og færdigheder, der særligt skal udvikles, er, at man kan være til stede i betydningen at stå til rådighed menneskeligt set, det vil sige, at der gives fri opmærksomhed – der er ikke udefra eller indefra kommende forstyrrelser.

Personalet må kunne 'frigøre sig selv', det vil sige, at de er mindre plagede af fortiden, mindre bekymrede for fremtiden og derved mere centrerede om det, der ligger lige for. Personalet må ikke udelukkende være fikseret på at skulle handle, men have større kapacitet med hensyn til at *være* (efter Kitwood, 1999, s. 127).

Personalet må have opmærksomheden rettet mod

- hvilken 'emotionel bagage' de har med sig, for eksempel hvad det gør ved dem, når en dement person er total magtesløs; bliver de så også magtesløse?
- hvilke forsvarsmekanismer personalet bruger, for eksempel når en dement person udtrykker sorg og smerte. Kan personalet rumme denne følelse, eller giver de sig til at tale om noget andet?
- hvorvidt deres ressourcer og erfaringer er tilstrækkeligt veludviklede til, at de kan være i stand til at hjælpe andre, der trænger til det.

Det er overvejelser, som er nødvendige i mødet med den demente person. Det grundlæggende problem er derfor ikke, hvordan personalet forandrer mennesker, som har demens, eller hvordan personalet forvalter deres handlemønstre. Det består i, at personalet rykker ud over egen ængstelse og forsvar, så et ægte møde kan finde sted, og livgivende relationer kan trives (efter Kitwood, 1999, s. 23).

I relation til, hvad god direkte demensomsorg indeholder (se forrige side), vil omsorgsgiverens rolle være følgende:

- Omsorgsgiveren er fordomsfri og udviser respekt for, at hver eneste person er blevet den, vedkommende er, ad den vej, som er enestående for dette menneske, og at hvert stadium på rejsen har sat sine spor.
- Omsorgsgiveren har ikke færdigsyede antagelser om, hvad der skal gøres, men spørger, rådfører sig og lytter.
- Omsorgsgiveren skaber et rum, hvor den demente persons ønsker og handlinger understøttes.
- Omsorgsgiveren tør bruge sin kreative og 'barnlige' side.
- Omsorgsgiveren har erfaring med egne sansemæssige oplevelser.
- Omsorgsgiveren er åben over for glæde.
- Omsorgsgiveren kan sætte sig ind i, hvornår den demente person har brug for at være sig selv.
- Omsorgsgiveren er empatisk og forstående.
- Omsorgsgiveren kan være nærværende, sikker og respondere, uanset hvilke emotioner den demente person gennemgår.
- Omsorgsgiveren har forståelse for, at de handlinger, som demente personer foretager, kan have en anden betydning for dem end for omsorgsgiveren.
- Omsorgsgiveren kan bidrage til at skabe mening med og understøtte demente personers handlinger (efter Kitwood, 1999, s. 23; 127-128).

Det ses af ovenstående, at god omsorg kræver personale med stor personlig og faglig kompetence.

For at understøtte og videreudvikle denne kompetence, kan der ifølge Tom Kitwood opstilles følgende krav til en organisation:

- I enhver organisation, som leverer menneskelige tjenesteydelser, vil der være en tæt parallel mellem den måde, hvorpå de ansatte bliver behandlet af deres overordnede, og den måde, hvorpå de ansatte behandler brugerne (efter Kitwood, 1999, s. 111).
- Lederens rolle er at skabe muligheder og bane vejen for, at personalet kan yde en god omsorg. Dette indebærer blandt andet, at personalet får feedback på deres arbejde.
- Magt minimeres, der lægges vægt på en anderledes og meget mere konstruktiv form for ledelse, hvor smidighed, kreativitet, generøsitet samt det at få gode ting til at ske, er i fokus.



- Veludviklede kommunikationskanaler. Der er en høj grad af fleksibilitet, effektivitet og man er meget lydhør.
- Uformel adgang til erfaren person, som kan give råd og støtte.
- Alle modtager supervision ca. en time om måneden, nye medarbejdere oftere. Effektiv supervision indebærer, at man indgår en slags læringsalliance med en klar forståelse af formålet og formen. Målet er at fremme dannelsen af en 'reflektiv udøver'.
- Ny viden fungerer bedre i hold, fordi deltagerne udvikler fælles mål og kan støtte hinanden i forbedring af deres praksis.
- Støtte personalet til kontinuerligt at gøre egen praksis til genstand for refleksion (efter Kitwood, 1999, kapitel 7).

Som nævnt tidligere er feedback til personale og ledelse en væsentlig del af DCM-metoden, når den anvendes som metode til udviklingsevaluering.

De data, der indsamles via DCM-metoden, giver et fint overblik over, hvor personalets og organisationens ressourcer og svagheder ligger.

Data afspejler ligeledes, hvad det er for en omsorgskultur, der praktiseres og fremfor alt også, hvad denne form for omsorg betyder for de personer, der modtager den, herunder deres velbefindende.

På feedback-mødet gennemgås konkrete eksempler på henholdsvis god og dårlig omsorgspraksis. Målet med dette er blandt andet at få en konstruktiv dialog i gang med henblik på sammen at udarbejde en konkret plan for, hvordan omsorgskvaliteten kan forbedres.

# Kapitel 3

## Hvad registrerer DCM-metoden?

DCM-metoden omfatter observationer af omsorgsprocesser i fællesrum, og de data, der registreres, falder inden for tre kategorier:

1. Registrering af borgernes handlinger og befindende. Disse registreringer giver et detaljeret overblik over, hvad en person har foretaget sig eller ikke foretaget sig i løbet af en 12-timers periode, fordelt over to dage med registreringer for hvert femte minut. Til hver handling føjes, hvilken oplevelse af befindende personen har udtrykt verbalt eller nonverbalt.

2. Registrering af positive hændelser. Her kastes lys på momenter af god praksis.

3. Registrering af personnedgørelse (negative hændelser). Her registreres episoder, hvor omsorgen ikke tager udgangspunkt i den enkelte persons identitet, ressourcer og mulighed for at handle som et selvstændigt og socialt menneske, for eksempel ved at ydmyge eller nedvurdere personen.

Den samtidige brug af disse tre koderammer giver et omfattende og detaljeret overblik over nøgleaspekter af omsorgsprocessen og især den betydning, denne har for den enkelte persons befindende.

### Handlinger

De handlinger, der registreres er følgende:

- A Borgeren kommunikerer med andre borgere, personale eller pårørende, verbalt eller nonverbalt.
- B Borgeren viser interesse for sine omgivelser, men deltager ikke direkte.
- C Borgeren er uengageret og isoleret, da vedkommende ikke viser interesse for omgivelserne.
- D Borgeren viser tegn på nedtrykthed og får ingen støtte.
- E Borgeren deltager i en ekspressiv eller kreativ aktivitet.
- F Borgeren spiser eller drikker.
- G Borgeren deltager i en eller anden form for spil.
- H Borgeren deltager i en aktivitet, der kræver arbejde med hænderne.
- I Borgeren deltager i aktivitet, der kræver intellektuelle færdigheder.
- J Borgeren deltager i fysisk træning eller sport.
- K Borgeren går ved egen hjælp eller bevæger sig rundt i kørestol.
- L Borgeren udfører arbejde eller deltager i en arbejdslignende aktivitet.
- M Borgeren ser tv, hører radio eller lignende.
- N Borgeren sover, blunder.
- O Borgeren giver egenomsorg.
- P Borgeren modtager praktisk hjælp eller personlig pleje.
- R Borgeren deltager i religiøs aktivitet.

- S Borgeren deltager i aktivitet relateret til udtryk for seksualitet.
- T Borgeren deltager i aktivitet, hvor sanserne er direkte involveret.
- U Borgeren forsøger at kommunikere, men får ingen respons.
- W Borgeren er optaget af gentagen selvstimulering.
- X Borgeren går på toilettet.
- Y Borgeren taler med sig selv eller en indbildt ledsager.
- Z Handlinger, der ikke passer ind i nogen af ovennævnte kategorier.

Til hver af ovennævnte kategorier er der knyttet en række detaljerede regler for, hvornår man koder den ene eller den anden kategori. Disse regler er indbygget i metoden med henblik på at sikre så stor ensartethed i registreringer som mulig.

## Befindende

Skalaen for personlig befindende inddeler Kitwood i seks kategorier:

- +5 Exceptionelt velbefindende – man kan vanskeligt forestille sig noget bedre. Personen befinder sig på et meget højt niveau af engagement, selvudfoldelse, social interaktion.
- +3 Temmelig mange tegn på velbefindende, for eksempel i form af engagement, interaktion eller initiativer til social kontakt.
- +1 Klarer en situation nogenlunde tilstrækkeligt; har nogen kontakt til andre; viser ingen observerbare tegn på dårligt befindende.
- 1 Viser tegn på lidt dårligt befindende, eksempelvis kedsomhed, rastløshed eller frustration.
- 3 Viser tegn på tydeligt dårligt befindende, eksempelvis bedrøvelighed, angst eller vedholdende vrede; bevæger sig stadig længere ind i en tilstand af apati og isolation; bliver udsat for konstant negligering i over en halv time.
- 5 Går til ekstremer i retning af apati, isolation, raseri, sorg eller fortvivlelse; bliver udsat for konstant negligering i over en time.

## Positive hændelser

DCM-metoden omfatter ikke en systematisk registrering af hændelser, hvor der er tale om god omsorgspraksis. Den foreslår, at man registrerer få, men typiske eksempler på positive hændelser, idet god omsorgspraksis oftest vil afspejle sig i scores for 'borgernes velbefindende'.

I forbindelse med den danske pilotafprøvning af DCM-metoden, har vi valgt at registrere samtlige positive hændelser under observationerne. Dette er blandt andet gjort ud fra den betragtning, at man her kan få vigtige informationer om potentialer hos personale og borgere, som ingen tidligere har været opmærksom på.

## Negative hændelser

Kitwood har identificeret 17 områder, hvor der er tale om negative hændelser. Disse omfatter episoder, hvor omsorgen ikke tager udgangspunkt i den enkelte persons

identitet, ressourcer og mulighed for at handle som et selvstændigt og socialt menneske:

1. *Forræderi* – at bruge former for bedrag med henblik på at distrahere eller manipulere en person eller tvinge vedkommende til medgørlighed.
2. *Umyndiggørelse* – ikke at tillade en person at bruge de færdigheder, som vedkommende faktisk har; ikke at formå at hjælpe vedkommende med at fuldføre påbegyndte handlinger.
3. *Barnliggørelse* – at behandle en person meget patroniserende (eller matroniserende), ligesom en ufølsom forælder kan behandle et lille barn.
4. *Intimidering* – at indgyde frygt i en person gennem brugen af trusler eller fysisk magt.
5. *Stempling* – at bruge demenssygdommen som hovedgrundlag for beskrivelse af og interaktion med en person.
6. *Stigmatisering* – at behandle en person, som om vedkommende led af en smitsom sygdom, var en fuldstændig fremmed eller var et udskud.
7. *Forcering af tempo* – give informationer, præsentere valgmuligheder etc. i et alt for højt tempo til, at personen kan forstå det; presse nogen til at gøre ting hurtigere, end vedkommende kan klare.
8. *Underkendelse* – ikke at anerkende den subjektive virkelighed i en persons oplevelser, især med hensyn til det, vedkommende føler.
9. *Forvisning* – at sende en person bort eller udelukke vedkommende – fysisk eller psykisk.
10. *Objektificering* – at behandle en person som et objekt, der kan skubbes, løftes, fyldes, pumpes eller drænes uden passende hensyn til, at det drejer sig om et sansende væsen.
11. *Ignorering* – føre en samtale eller udføre en handling under tilstedeværelse af personer, som om de ikke var der.
12. *Tvang* – at tvinge en person til at gøre noget, at tilsidesætte ønsker eller nægte vedkommende valgmuligheder.
13. *Negligering* – at nægte at yde ønsket opmærksomhed eller at opfylde et tydeligt behov, for eksempel for følelsesmæssig kontakt.
14. *Anklage* – at bebrejde en persons handlinger eller mangel på handling, som skyldes vedkommendes manglende færdighed, eller at vedkommende har misforstået situationen.
15. *Afbrydelse* – at bryde brutalt ind i en persons handling eller inaktivitet; at begå groft brud på vedkommendes 'referenceramme'.
16. *Latterliggørelse* – at gøre grin med en persons 'mærkelige' handlinger eller bemærkninger; at drille nogen, ydmyge dem eller gøre sig morsom på deres bekostning.
17. *Nedvurdering* – at fortælle en person, at vedkommende er inkompetent, ubrugelig, værdiløs etc.; at sende signaler, der er ødelæggende for en persons selvvurdering.

## Hvordan opgøres data?

På baggrund af de registrerede handlinger, jf. side 21-22, som den enkelte og gruppen af demente personer har været involveret i under observationsperioden, kan der udregnes handlingsprofiler.

Handlingsprofilerne udregnes for den enkelte og for gruppen og angives i procent. I udregningen medtages ikke handlinger, som har fundet sted mindre end 0,5% af observationstiden.

I tolkningen af handleprofilerne lægges der mærke til:

- Handlinger som benævnes type 1, som er A, E, F, G, H, I, J, L, M, O, P, R, S, T og X. Disse refererer til handlinger, hvor der er mulighed for at understøtte personens identitet og selvstændighed.
- Handlinger som benævnes type 2, som er B, C, D, U, W og Y, hvor der er risiko for, at behov overses. Hvis personer, som har demens, ikke er i interaktion med andre mennesker, er der risiko for, at de får det dårligt, for eksempel bliver forvirrede, rastløse og føler sig forladt.
- Varighed af søvn (N), idet der i metoden er beskrevet, at 1½ times søvn i dagtimerne på plejehjem er at betragte som passende og en time i dagtilbud.

Samtidig med registrering af handlinger registreres personens velbefindende i forhold til handlingen, jf. side 21-22. På baggrund af disse registreringer kan der udregnes et gennemsnitligt befindende for den enkelte og for gruppen.

Ifølge DCM-metoden er der standardmål for, hvad gennemsnitligt befindende refererer til i relation til kvaliteten af omsorgen i forhold til både dag- og døgntilbud.

Derudover kan der udregnes et index for kvaliteten af omsorgen, hvor denne dels kan sættes i relation til type 1-handlinger, dels i relation til anvendte personaleressourcer.

# Kapitel 4

## Hvordan anvendes data

### – et eksempel fra en demensenhed

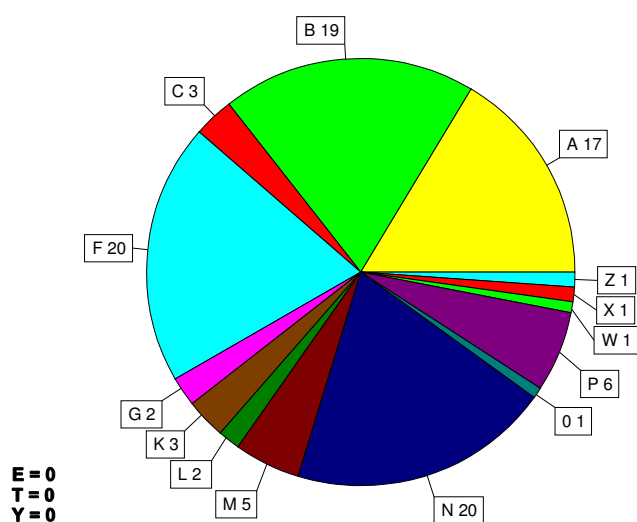
Dette kapitel koncentrerer sig om analyse af data fra én af de demensenheder, hvor borgerne opholder sig permanent. Kapitlet tjener til at give læseren et indblik i, hvordan DCM-data kan anvendes i praksis.

Som nævnt tidligere består de indsamlede data af såvel kvantitative som kvalitative oplysninger om omsorgskvaliteten. Det er muligt at kombinere disse oplysninger således, at der kan udsiges noget både om omsorgskvaliteten generelt i demensenheden og om omsorgskvaliteten for hver enkelt borger.

I det følgende gennemgås først kvaliteten af omsorgen generelt i demensenheden. Herefter differentieres der i forhold til hver enkelt borger.

## Handlinger

**Figur 1:** Handlinger for samtlige borgere opgjort i procent af den samlede observationsperiode



Note:

I udregningen medtages ikke handlinger, som har fundet sted mindre end 0,5% af observationstiden. Her drejer det sig om E, T og Y.

I det følgende skal der ses nærmere på omsorgsmiljøets stærke og svage sider med hensyn til at beskæftige de borgere, der drages omsorg for.

I figur 1 er opgjort den procentvise fordeling af de handlinger, der er foregået i demensenheden i løbet af de 12 timer, hvor observationerne foregik. Fordelingen er opgjort i forhold til samtlige seks observerede borgere. Det ses, at borgerne har sovet eller blundet i 20% af observationstiden (N). En procent, der er for høj i forhold til DCM's anvisninger, og derfor falder negativt ud. 20% er blevet anvendt til indtagelse af mad og drikke (F). I 19% af tiden har borgerne siddet og fulgt med i, hvad der foregår i enheden, uden selv at deltage aktivt (B). 17% af tiden er brugt på samtaler (A). I 6% af tiden har borgerne modtaget praktisk hjælp eller personlig pleje (P). 5% af tiden har borgerne brugt på at se tv (M). Få procent af tiden er brugt på at gå rundt (3%) (K); at sidde uengageret og isoleret (3%) (C), deltage i spil (2%) (G); deltage i arbejdslignende aktiviteter (2%) (L), gentagen selvstimulering (1%) (W) og egenomsorg (1%) (O).

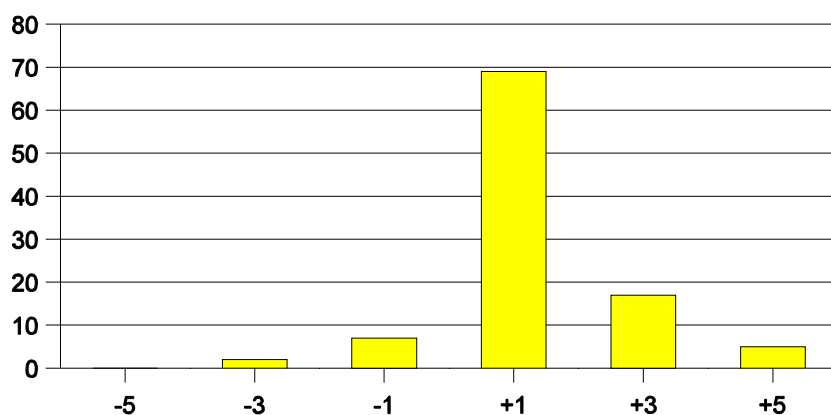
Ses der på typen af handlinger, som borgerne har deltaget i, har de i 54% af tiden været involveret i de såkaldte type 1-handlinger, der som nævnt i kapitel 3 refererer til kategorier, hvor der er muligheder for at understøtte deres identitet og selvstændighed gennem positiv interaktion. I denne enhed drejer det sig om handlingerne A, F, M, P, G, L, O og X. Om og hvordan disse handlingers muligheder for positiv interaktion bliver brugt afhænger af personalets kompetencer.

I 23 % af tiden har borgerne været involveret i de såkaldte type 2-handlinger der, som nævnt tidligere, refererer til kategorier, hvor der er stor risiko for, at borgernes behov overses. I denne enhed drejer det sig om B, C og W.

Som nævnt i kapitel 3 tilføjes der for hver handling en talværdi, der angiver, hvilken oplevelse af befindende borgerne har udtrykt verbalt eller nonverbalt.

## Befindende

**Figur 2:** Befindende for samtlige borgere, opgjort i procent af den samlede observationstid



Figur 2 viser, hvordan samtlige borgere havde det i observationsperioden. Hovedparten af tiden havde borgerne et befindende svarende til +1, og en meget lille del af tiden havde de et befindende på +5. Ligeledes ses, at borgerne i 9% af tiden havde et dårligt befindende. Som nævnt i kapitel 3 svarer +1 til, at borgerne ikke viser observerbare tegn på dårligt befindende, men samtidig er der heller ikke mange tegn på velbefindende i form af engagement, interaktioner eller initiativer til social kontakt.

I tabel 1 er det gennemsnitlige befindende opgjort for hver enkelt borger, ligesom der er en samlet udregning for gruppens befindende. Det ses, at borgernes befindende i gennemsnit strækker sig fra +1.0 til +1.7. I henhold til DCM-metodens anvisninger, betyder det, at der her er tale om en omsorg, der ligger i feltet rimelig til god. Ses der på det gennemsnitlige befindende for samtlige borgere, ligger den på +1.3 hvilket betyder, at der samlet set er tale om en omsorgskvalitet, der svarer til kategorien rimelig. Det betyder, at omsorgskvaliteten ikke er særlig høj, og at en række forbedringer er nødvendige for at højne kvaliteten.



Tabel 1: Gennemsnitligt befindende for hver enkelt borger

Borgere	Samlet befindende	Antal tidsintervaller	Individuelt befindende
Anna	+244	140	+1.7
Anton	+77	71	+1.1
Arvid	+151	129	+1.2
Amalie	+139	139	+1.0
Asta	+152	116	+1.3
Astrid	+37	25	+1.5
I alt	+800	620	+1.3

## Negative hændelser

Sideløbende med registreringer af borgernes handlinger og befindende er der foretaget registreringer af negative hændelser. I rådata er registreringerne foretaget med angivelse af præcise klokkeslæt. Formålet med dette er blandt andet, at man efterfølgende i analyserne kan sammenholde disse med borgernes befindende med henblik på at finde ud af, om, og i givet fald hvordan, negative hændelser indvirker på hver enkelt borger. Ligeledes er disse registreringer væsentlige i forbindelse med den dialog, der efterfølgende foregår med personale og ledelse, idet de giver et godt billede af, hvor der er muligheder for at udvikle kvaliteten af omsorgen.

I tabel 2 er antallet og arten af negative hændelser opgjort i løbet af de 12 timers observationer med angivelse af graden af negative hændelser.

Tabel 2: Negative hændelser fordelt på graden af hændelsen

Arten af negative hændelser	A	B	C	D	I alt
Umyndiggørelse		2			2
Barnliggørelse	1	4	2		7
Intimidering		1			1
Forcering af tempo	2	6	5	3	16
Objektificering		7	2	4	13
Ignorering		4		3	7
Tvang	1	3	2	3	9
Negligering	1	1			2
Anklage		6	1	5	12
Afbrydelse			1	1	2
Latterliggørelse	1	1	3	6	11
Nedvurdering	1	1	1	1	4
Samlet antal negative hændelser inddelt efter grad	7	36	17	26	86

A = mild grad

C = alvorlig grad

B = moderat grad

D = meget alvorlig grad

## Positive hændelser

Endelig er der foretaget registreringer af positive hændelser, hvor der er tale om god omsorgspraksis. Der er registreret i alt 81 positive hændelser i løbet af de to dage. Om end konsekvenserne af god omsorg vil afspejle sig i scores for befindende, så er disse registreringer et supplement hertil og er særdeles værdifulde i forbindelse med feedback-mødet, idet de kan rumme oplysninger om potentialer hos personale og borgere, som man ikke tidligere har været opmærksom på. Registrering af positive hændelser er implicit en erkendelse af, at der kan være tidspunkter, hvor selv meget god omsorg ikke synes at bidrage til god livskvalitet hos borgerne.

De positive episoder, der er registreret, er overvejende i forbindelse med, at borgerne får praktisk hjælp fra personalet. Her formår personalet generelt at opmuntre og støtte borgerne på en måde, der gør at borgerne gør brug af egne ressourcer. Potentialer, der er væsentlige at understrege i forbindelse med feedback-mødet og potentialer, der kan arbejdes med således, at de også kan udvikles til at omfatte opmærksomhed på og imødekommelse af borgernes socialpsykologiske behov.

## Sammenfatning

Samlet set er der i denne demensenhed tale om en omsorg, der vurderes som rimelig. Det er derfor væsentligt at se nærmere på, hvad der kan gøres for at forbedre omsorgskvaliteten og dermed højne borgernes befindende.

Kontakten med personalet har borgerne overvejende i forbindelse med hjælp til at spise og til at komme på toilettet. Meget lidt tid bruges på at imødekomme deres socialpsykologiske behov. Der er ikke så mange høje scores for godt befindende, og der forekommer 9% negative scores for befindende. Omfanget af forskellige handlinger er begrænset, og borgernes behov for beskæftigelse imødekommes langtfra.

Iøjnefaldende er også de mange episoder, hvor der forekom negative hændelser. I alt blev der registreret 86 af sådanne episoder, hvoraf syv var i mild grad, 36 i moderat grad, 17 i alvorlig grad og 26 i meget alvorlig grad. Forcering af tempo, objektivering, anklage og latterliggørelse var blandt de hyppigste.

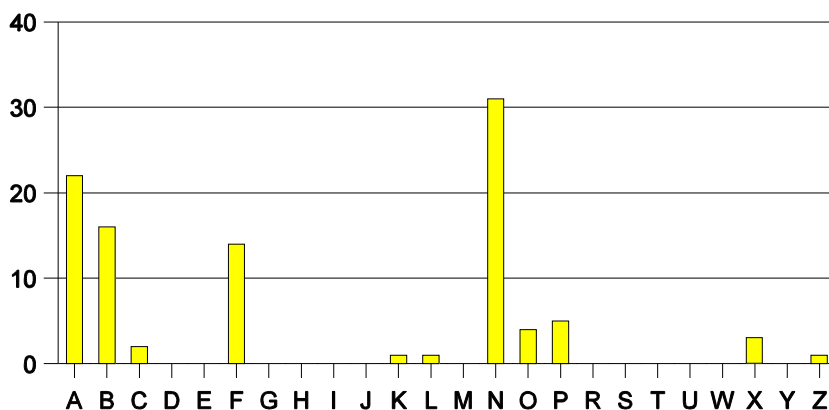
Observationerne viser, at der kan gøres en hel del for at forbedre kvaliteten af den omsorg, som borgerne får i denne enhed. Et vigtigt udgangspunkt her er de positive hændelser, der også blev registreret.

Med henblik på at få en detaljeret vurdering af, hvordan omsorgen for hver enkelt borger kan højnes, skal der i det følgende differentieres mellem de forskellige borgeres handlinger, befindende og oplevelser af negative hændelser samt deres oplevelser af positive hændelser.

# Resumé af individuel omsorg

Anna

Figur 3: Handlinger angivet i procent af observationstid



Type 1-kategorier, der ikke blev brugt: E, G, H, I, J, M, R, S, T

Figur 4: Annas befindende, opgjort i procent af den samlede observationstid

Befindende	-5	-3	-1	+1	+3	+5
% af tid		4	6	58	13	19

Annas gennemsnitlige befindende: +1.7

**Omsorg og livskvalitet:** Ses der på typen af handlinger, som Anna deltager i (se figur 3), er disse forholdsvis begrænsede. 22% af tiden er hun optaget af samtale (A) overvejende med sin mand, der er på besøg en af observationsdagene. Ellers går hendes tid med at sove (N), sidde og kigge på, hvad der foregår, uden selv at deltage aktivt (B) og at spise og drikke (F). Få procent af tiden får Anna hjælp fra personalet (P), hvilket er i forbindelse med, at hun skal have hjælp til at komme på toilettet eller får serveret sin mad.

Det, der giver Anna en forholdsvis god score for velbefindende, +1.7, hænger alene sammen med hendes mands tilstedeværelse. Hvis denne del af observationsperioden holdes uden for den gennemsnitlige udregning af hendes befindende, vil dette falde til +1.0, hvilket er på grænsen til det acceptable.

**Negative hændelser:** Der blev registreret i alt 11 episoder af negative hændelser i forhold til Anna. Disse omfattede: forcering af tempo, objektificering, ignorering,

anklage, afbrydelse og latterliggørelse. Fem af disse episoder blev registeret som i meget alvorlig grad, tre som i alvorlig grad og endelig tre som i moderat grad.

**Positive hændelser:** Der er registreret 16 episoder, hvor personalet har haft en positiv interaktion med Anna. Disse registreringer omfatter overvejende episoder, hvor Anna får praktisk hjælp af personalet i forbindelse med servering af mad samt toiletbesøg. Personalet har i disse situationer formået at opmuntre og støtte Anna i at gøre brug af de ressourcer, hun har.

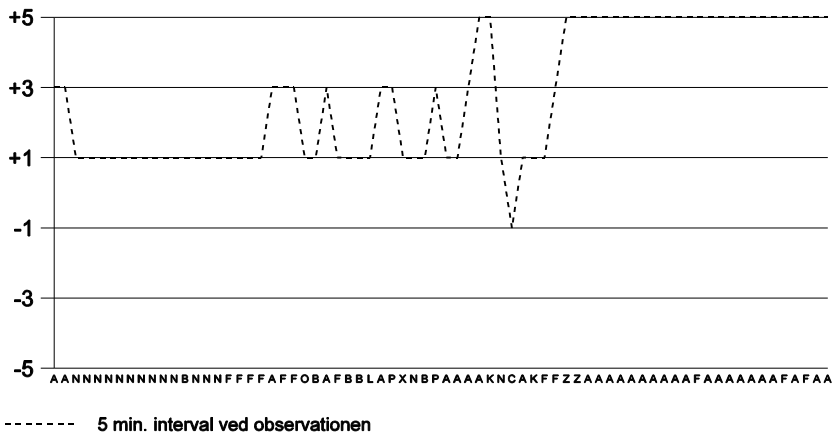
**Mønstret i Annas befindende:** I figur 5 og 6 er der til hver enkelt af Annas handlinger føjet hendes oplevelse af befindende inddelt i fem-minutters intervaller. Her fås et detaljeret billede af Annas befindende relateret til handlinger. Kurven giver også oplysning om mønstret i Annas befindende.

Det er informationer, der er væsentlige i forbindelse med feedback, da man får et klart overblik over det befindende, der er forbundet med hver enkelt handling eller ikke handling, og samtidig kan det vise, hvorvidt en borgers behov blev opfyldt eller ej.

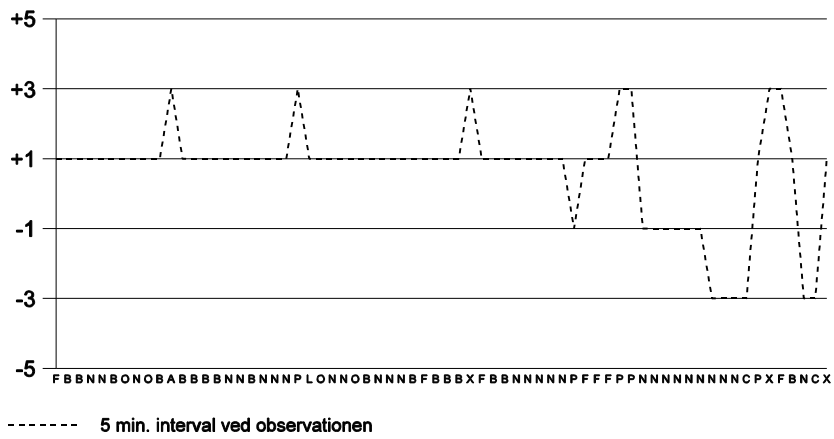
Det ses, at der er store udsving i, hvordan Anna har det. Hun stortrives, når manden er til stede. Hun befinder sig også godt, når personalet giver sig tid til at snakke med hende. Der er dog for få episoder, hvor personalet retter opmærksomheden mod Anna. Den manglende opmærksomhed resulterer i, at hun sætter sig til at sove eller sidder og kigger stille rundt.

**Generelle kommentarer:** Den omsorg, Anna fik fra personalet, var overvejende i forbindelse med praktisk hjælp. Hun blev udsat for mange episoder af negative hændelser, og der blev kun registreret enkelte positive episoder i forhold til at imødekomme Annas socialpsykologiske behov. Mange af hendes behov for kontakt blev ignoreret eller latterliggjort. Det er tydeligt, at Anna bliver ked af det og vred, når hun udsættes for negative hændelser. Det er nødvendigt, at personalet respekterer Anna som person og inddrager hende i forskellige handlinger.

**Figur 5:** Handlinger og befindende 1. observationsdag

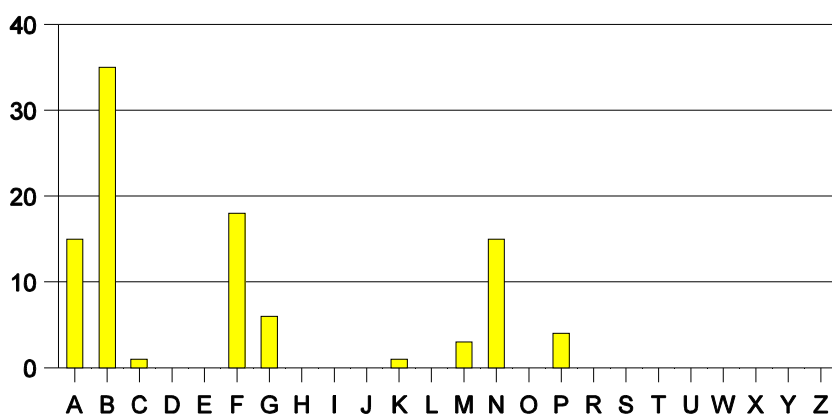


**Figur 6:** Handlinger og befindende 2. observationsdag



## Anton

Figur 7: Handlinger angivet i procent af observationstid



Type 1-kategorier, der ikke blev brugt: E, H, I, J, L, O, R, S, T, X

Figur 8: Antons befindende, opgjort i procent af den samlede observationstid

Befindende	-5	-3	-1	+1	+3	+5
% af tid			4	89	6	1

Antons gennemsnitlige befindende: +1.1

**Omsorg og livskvalitet:** Ses der på typen af handlinger, som Anton deltager i (se figur 7), er han i 15% af tiden involveret i samtale (A), 18% af tiden bruges til at spise og drikke (F) og få procent af tiden bruges på boldspil (G) og højtlesning (M). En forholdsvis stor del af tiden sidder Anton og kigger på, hvad der foregår rundt omkring ham, men uden selv at deltage direkte (B).

Sammenholdes disse oplysninger med Antons befindende i forhold til disse handlinger ses det, at dette i hovedparten af tiden er +1, hvilket betyder, at han ikke viser observerbare tegn på dårligt befindende, men samtidig udviser han heller ikke mange tegn på velbefindende, for eksempel i form af engagement, interaktion eller initiativer til social kontakt. Ses der på Antons gennemsnitlige score for befindende er denne +1.1, hvilket svarer til rimelig.

**Negative hændelser:** Alt i alt blev der registreret 10 episoder af negative hændelser i forhold til Anton. Disse omfatter: barnliggørelse, forcering af tempo, objektivering, ignorering, tvang, anklage og nedvurdering. En af disse episoder blev registreret som i meget alvorlig grad, en i alvorlig grad, seks i moderat grad og to i mild grad.

**Positive hændelser:** Der er i alt registreret fem episoder, hvor Anton har haft en positiv interaktion med personalet. Disse omfatter episoder med positiv samtale, hvor personalet har opmuntret Anton, givet ham kropslig berøring og udvist respekt for ham som person.

**Mønstret i Antons befindende:** I figur 8 ses, at Antons befindende overvejende er +1. Der er få episoder, hvor Anton har et velbefindende svarende til +3. Det er i forbindelse med højtlesning af bog samt i forbindelse med samtale med personale om sin kone. Alene i en fem-minutters periode udviser han udprægede tegn på velbefindende, hvilket er da hans kone ankommer.

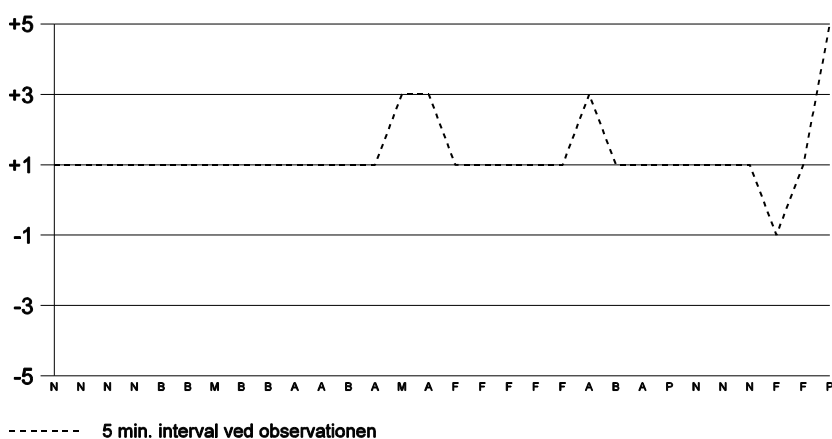
Det ses også, at han udviser tegn på dårligt befindende i forbindelse med boldspil, idet han her scorer -1.

**Generelle kommentarer:** Der kan gøres meget med hensyn til at forbedre omsorgen for Anton.

Tages der udgangspunkt i de positive hændelser, der er registreret i forhold til Anton, ses det, at han befinder sig godt, når en omsorgsgiver tager sig tid til højtlesning fra en bog. Det ses også, at han er i stand til at samtale omkring indholdet af oplæsningen. Ligeledes befinder han sig godt, når samtalen drejer sig om hans familie.

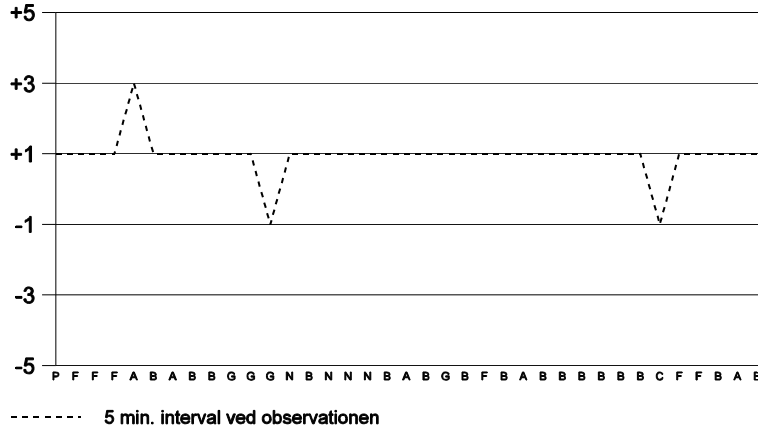
Der er for mange negative hændelser, hvoraf de værste er, når han tvinges til noget, han ikke har lyst til, for eksempel boldspil, eller hvis personalet skynder på ham.

**Figur 9:** Handlinger og befindende 1. observationsdag



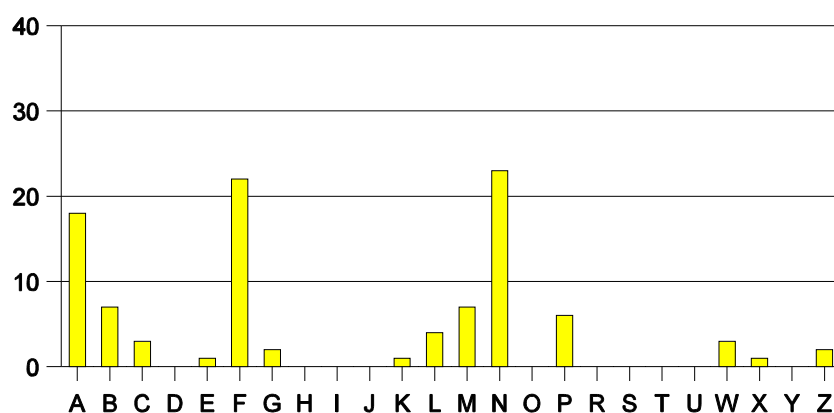


**Figur 10:** Handlinger og befindende 2. observationsdag



## Arvid

**Figur 11:** Handlinger angivet i procent af observationstid



Type 1-kategorier, der ikke blev brugt: H, I, J, O, R, S, T, X

**Figur 12:** Arvids befindende, opgjort i procent af den samlede observationstid

Befindende	-5	-3	-1	+1	+3	+5
% af tid	2	2	9	62	26	

Arvids gennemsnitlige befindende: +1.2

**Omsorg og livskvalitet:** Ses der på typen af handlinger, som Arvid deltager i, omfatter disse samtale (A), indtagelse af mad og drikke (F), deltagelse i boldspil (G), arbejdslignende aktiviteter (L) og avislæsning (M). En del af tiden sover han (N).

Sammenholdes disse oplysninger med Arvids befindende ses, at det i gennemsnit ligger på +1.2, hvilket svarer til rimeligt.

**Negative hændelser:** Der er registreret mange episoder af negative hændelser i forhold til Arvid, i alt 20. Disse omfatter umyndiggørelse, barnliggørelse, forcering af tempo, objektivering, ignorering, tvang, anklage, latterliggørelse samt nedvurdering. 11 af disse episoder er registreret som i meget alvorlig grad, tre i alvorlig grad, fem i moderat grad og en i mild grad.

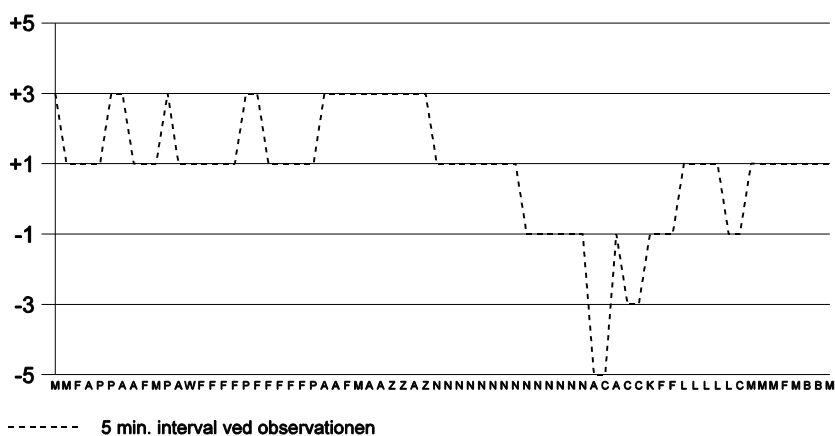
**Positive hændelser:** Der er registreret 19 episoder, hvor Arvid har en positiv interaktion med personalet. Disse omfatter overvejende positive samtaler med Arvid, hvor personalet har opmuntret ham og givet ham kropslig berøring.

**Mønstret i Arvids befindende:** I figur 13 ses, at Arvids befindende er meget svingende på den første observationsdag. Den første del af tiden befinder han sig forholdsvis godt, mens han senere på dagen scorer -5. Andendagen er mere stabil. Her får han besøg af sin kone.

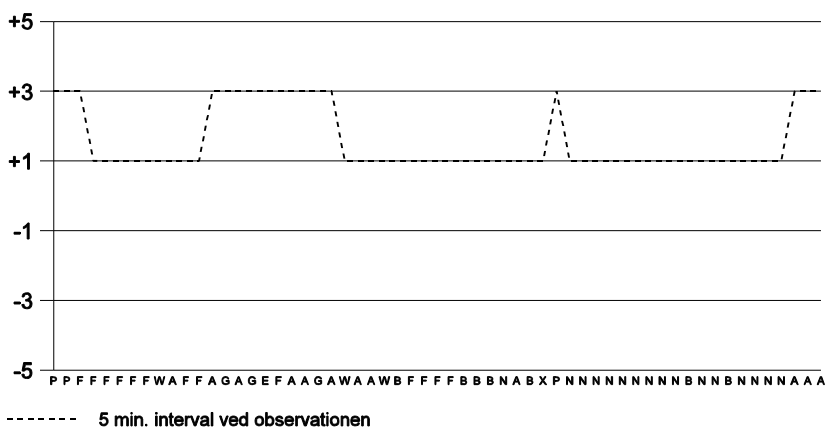
**Generelle kommentarer:** Arvid er den borger i enheden, som får mest opmærksomhed fra personalets side. Når han alligevel ikke scorer højere end +1.2 i gennemsnitligt befindende, hænger det blandt andet sammen med, at han udsættes for mange episoder af negative hændelser. Værst er, når han udsættes for latterliggørelse.

Tages der udgangspunkt i de positive hændelser, der er registreret i forhold til Arvid, ses det, at han holder af boldspil, af at snakke udenlandsk med personalet og af at synge.

**Figur 13:** Handlinger og befindende 1. observationsdag

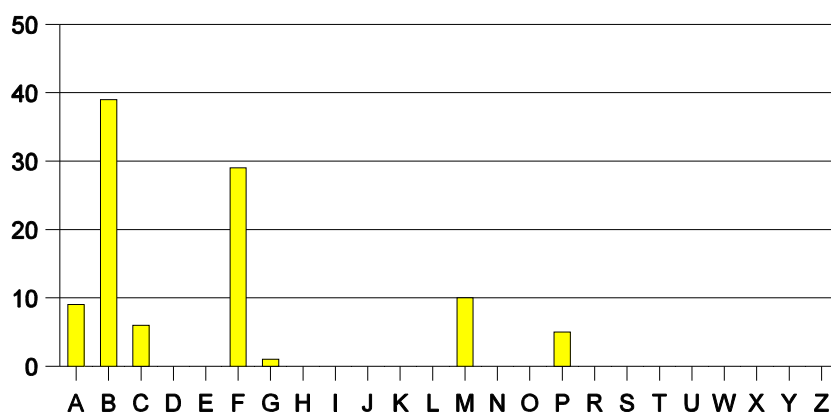


**Figur 14:** Handlinger og befindende 2. observationsdag



## Amalie

**Figur 15:** Handlinger angivet i procent af observationstid



Type 1-kategorier, der ikke blev brugt: E, H, I, J, L, O, R, S, T, X

**Figur 16:** Amalies befindende, opgjort i procent af den samlede observationstid

Befindende	-5	-3	-1	+1	+3	+5
% af tid			11	78	11	

Amalies gennemsnitlige befindende: +1.0

**Omsorg og livskvalitet:** Det er meget få handlinger, Amalie deltager i. Den overvejende del af tiden sidder hun stille og kigger rundt på, hvad der foregår, uden selv at deltage aktivt eller blive inddraget (B). I en periode er Amalie helt uengageret og isoleret, og viser ingen interesse for omgivelserne (C). Det er få procent af tiden, hun får opmærksomhed fra personalet (P), hvilket overvejende er, når hun skal have hjælp til at spise.

Hendes gennemsnitlige befindende er +1.0, hvilket er på grænsen til det acceptable.

**Negative hændelser:** Der er registreret 14 episoder af negative hændelser i forhold til Amalie. Disse omfatter: umyndiggørelse, forcering af tempo, objektivering, ignorering og anklage. To af disse er registreret som i meget alvorlig grad, fire som i alvorlig grad, syv i moderat grad og en i mild grad.

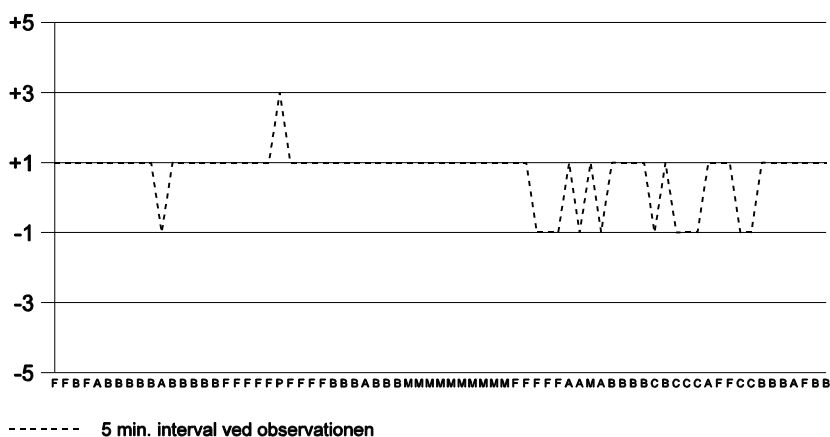
**Positive hændelser:** Der er registreret 12 episoder, hvor personalet har en positiv interaktion med Amalie. Disse omfatter overvejende episoder, hvor Amalie udviser

tydelige tegn på kropsligt velvære i forbindelse med massage af fødder og ben, men også positiv samtale omkring familie.

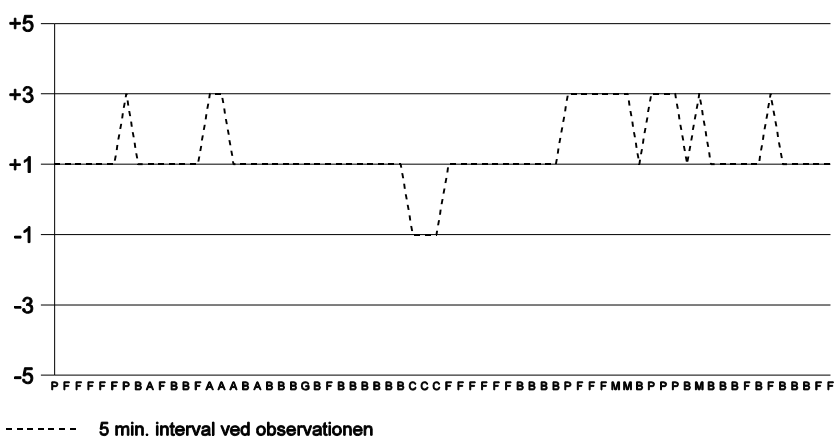
**Mønstret i Amalies befindende:** Der er få perioder, hvor Amalies befindende scores med +3. Det sker i forbindelse med, at hun får masseret fødder og ben samt ved oplæsning af kort sendt fra familie. Ellers ligger hendes befindende på +1 eller -1.

**Generelle kommentarer:** Amalies hverdag er præget af meget få handlinger og af for lidt opmærksomhed fra personalets side. Der er også i forhold til Amalie for mange episoder af negative hændelser. Der kan gøres meget i forhold til at forbedre omsorgskvaliteten for Amalie.

**Figur 17:** Handlinger og befindende 1. observationsdag

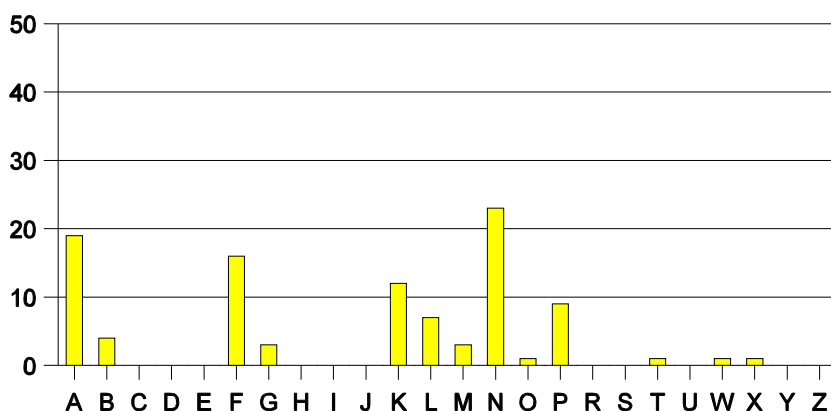


**Figur 18:** Handlinger og befindende 2. observationsdag



## Asta

**Figur 19:** Handlinger angivet i procent af observationstid



Type 1-kategorier, der ikke blev brugt: E, H, I, J, R, S, T

**Figur 20:** Astas befindende, opgjort i procent af den samlede observationstid

Befindende	-5	-3	-1	+1	+3	+5
% af tid		2	6	65	28	

Astas gennemsnitlige befindende: +1.3

**Omsorg og livskvalitet:** De handlinger, som Asta overvejende deltager i, er samtale med personale (A). En del af tiden sover hun (N), spiser (F) eller vandrer rundt (K). Astas gennemsnitlige befindende er +1.3, hvilket svarer til rimeligt.

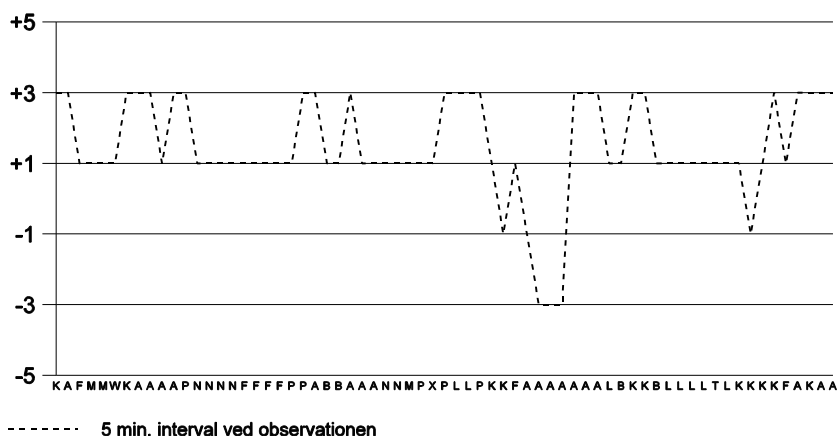
**Negative hændelser:** Der er registreret i alt 25 episoder af negative hændelser i forhold til Asta. Disse omfatter: umyndiggørelse, barnliggørelse, forcering af tempo, objektificering, ignorering, tvang, negligering, anklage, latterliggørelse og nedvurdering. Fem blev registreret som i meget alvorlig grad, fem i alvorlig grad, 12 i moderat grad og tre i mild grad.

**Positive hændelser:** Der er registreret 22 episoder, hvor personalet har en positiv interaktion med Asta. Det er i forbindelse med praktisk hjælp, hvor personalet opmuntrer Asta til at gøre brug af de færdigheder, hun har. Det er også i forbindelse med positive samtaler, hvor personalet er lyttende og empatiske.

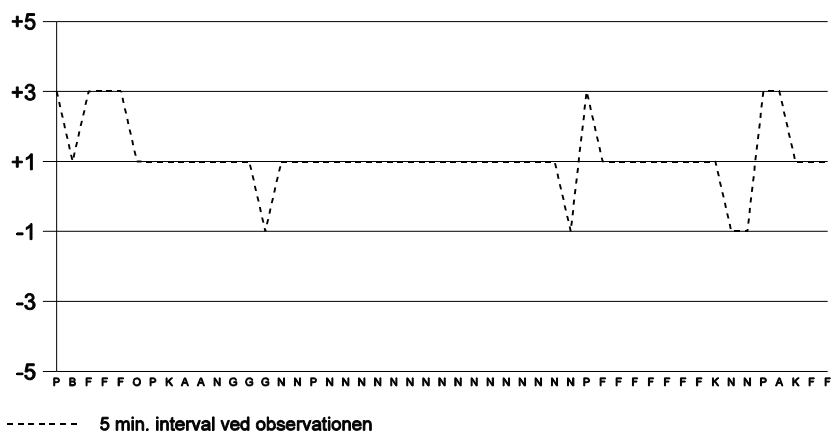
**Mønstret i Astas befindende:** Asta befinder sig bedst, når personalet giver sig tid til at snakke med hende. Efterlades hun for sig selv, falder hun i søvn. Astas befindende påvirkes meget af at blive udsat for negative hændelser. Værst er, at personalet opfatter hende som 'snobbet' og gør grin med dette

**Generelle kommentarer:** Asta nyder, når personalet giver sig tid til at snakke med hende. Til gengæld profiterer hun ikke specielt af at blive inddraget i arbejdslignende aktiviteter (L), ligesom det er tvivlsomt, hvorvidt hun lader sig engagere i at se tv. Hun er den borger i enheden, der udsættes for flest episoder af negative hændelser.

**Figur 21:** Handlinger og befindende 1. observationsdag

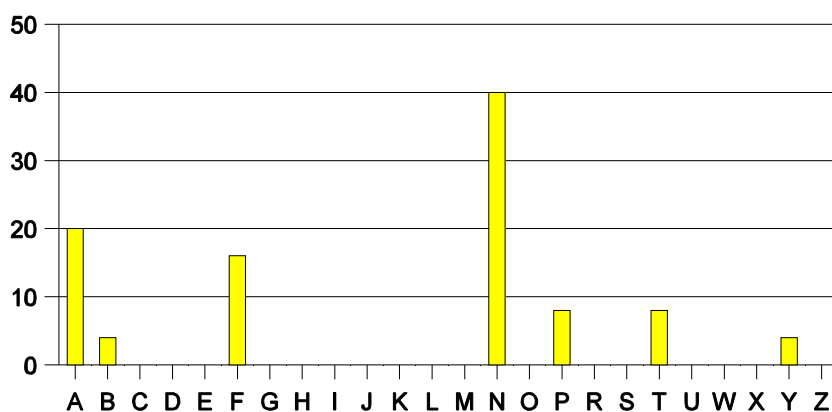


**Figur 22:** Handlinger og befindende 2. observationsdag



## Astrid

Figur 23: Handlinger angivet i procent af observationstid



Type 1-kategorier, der ikke blev brugt: E, H, I, J, L, M, R, S, X

Figur 24: Astrids befindende, opgjort i procent af den samlede observationstid

Befindende	-5	-3	-1	+1	+3	+5
% af tid				76	24	

Astrids gennemsnitlige befindende: +1.5

**Omsorg og livskvalitet:** Det skal bemærkes, at Astrid kun var til stede i fællesrummene den ene af observationsdagene. Den anden tilbragte hun i sengen. Resultaterne af hendes observationer må derfor tages med et stort forbehold, idet det er forholdsvis få timer, hun er blevet observeret. En stor del af tiden tilbringer Astrid med at sove. Hun samtaler også med personale (A), spiser (F) og ryger (T). Hendes gennemsnitlige befindende er +1.5, hvilket svarer til godt.

**Negative hændelser:** I alt er der registreret syv episoder af negative hændelser i forhold til Astrid. Disse omfatter: objektivering, ignorering, negligering, anklage, latterliggørelse og nedvurdering. Fire blev registreret som i meget alvorlig grad, to i moderat grad og en i mild grad.

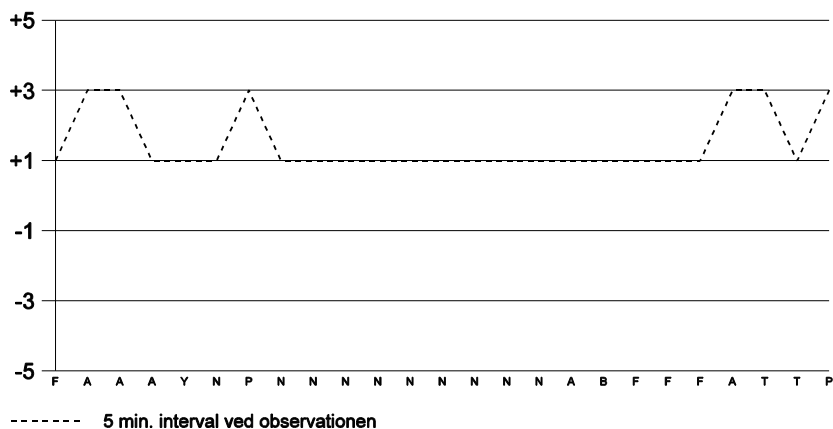
**Positive hændelser:** Der er registreret syv episoder, hvor personalet har en positiv interaktion med Astrid.



**Mønstret i Astrids befindende:** Det er ikke muligt ud fra det sparsomme materiale at udsige noget om mønstret i Astrids befindende.

**Generelle kommentarer:** Astrid nyder at snakke med personalet. Får hun ingen opmærksomhed, falder hun i søvn. Om end Astrid ikke er meget tilstede i observationsperioden, udsættes hun alligevel for syv episoder af negative hændelser.

**Figur 25:** Handlinger og befindende 2. observationsdag



## Opsamling

### Punkter, der blev drøftet på feedback-mødet med personale og ledelse

- Drøftelse af aktivitetsmønstre  
Samlet set foregår der meget lidt i enheden i forhold til at imødekomme borgernes behov for beskæftigelse. Mange af borgerne sidder passive i længere tid ad gangen, eller også sover de, hvilket kan tolkes som udtryk for kedsomhed og apati. Det er nødvendigt at opstille nogle mulige løsninger i forhold til at imødekomme hver enkelt borgers behov for beskæftigelse.
- Drøftelse af positive hændelser  
Samlet set er der registreret 81 positive hændelser.
- Drøftelse af episoder af negative hændelser  
Der forekommer alt for mange episoder af negative hændelser (86), og mange af disse er i meget alvorlig eller alvorlig grad.
- Drøftelse af fordeling af omsorgen  
Der er borgere, der stort set ikke får nogen opmærksomhed fra personalets side.

- Udformning af en plan for forbedring af omsorgen, herunder
  - ideer til forbedring af borgernes livskvalitet,
  - forslag til at udføre et større udbud af handlinger,
  - en forpligtigelse til at undgå episoder af negative hændelser,
  - behov for mere viden om de enkelte borgeres livshistorie,
  - behov for mere viden om demens og dens udvikling,
  - behov for supervision.

Blandt personale og ledelse var der enighed om, at der var en række forhold, der kunne forbedres.

Ledelsen var indstillet på at gå ind og støtte personalet i at gennemføre den plan, der blev lagt med hensyn til forbedring af omsorgen generelt og forbedring af omsorgen for hver enkelt borger. Dette indebar blandt andet imødekommelse af personalets behov for mere viden om demens gennem kurser, og imødekommelse af personalets behov for supervision.

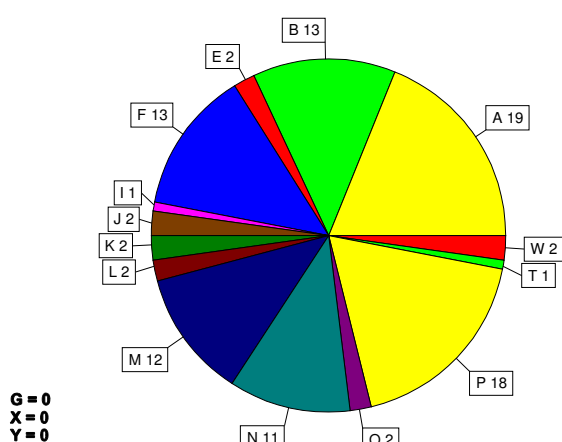
# Kapitel 5

## Kvaliteten i de øvrige to demensenheder

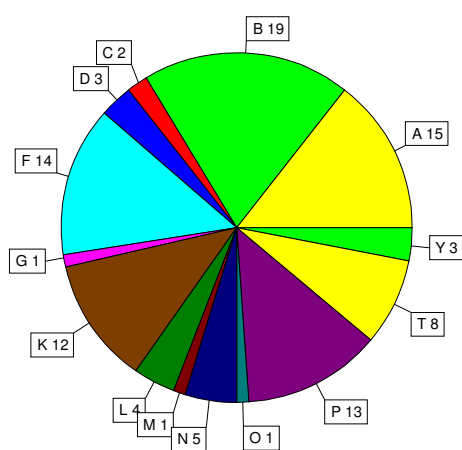
I dette kapitel gennemgås de overordnede resultater for de enheder, hvor borgerne opholder sig permanent. Det drejer sig her om resultaterne fra to enheder.

### Handlinger

**Figur 26:** Handlinger for samtlige borgere opgjort i procent af den samlede observationsperiode, 1. enhed



**Figur 27:** Handlinger for samtlige borgere opgjort i procent af den samlede observationsperiode, 2. enhed



I figur 26 og 27 er opgjort den procentvise fordeling af de handlinger, der er foregået i de to demensenheder i løbet af observationsperioderne. Det ses, at der i begge enheder er foregået en bred vifte af handlinger. Ses der på typen af de handlinger, som borgerne har deltaget i, har de i den ene enhed i 74% af tiden været involveret i de såkaldte type 1-handlinger, hvor der er muligheder for at understøtte borgernes identitet og selvstændighed gennem positiv interaktion. Det drejer sig i denne enhed om handlingerne A, T, P, O, M, L, J, I, F og E. I den anden enhed har borgerne været involveret i type 1-handlinger i 57% af tiden. Det drejer sig om handlingerne A, T, P, O, M, L, G og F.

Ses der på de såkaldte type 2-handlinger, hvor der er stor risiko for, at borgernes behov overses, så har borgerne i den ene enhed været involveret i disse i 15% af tiden. Det drejer sig her om B og W. I den anden enhed er der tale om, at borgerne har været involveret i disse handlinger i 24% af tiden. Det drejer sig om B, C, D og Y.

Ses der på, hvor mange procent af tiden borgerne i de to enheder i gennemsnit har sovet eller blundet (N), er disse procentandele lave i begge enheder. I den ene udgør N 11% og i den anden 5%. I begge enheder er der tale om procenter, der i forhold til DCM's anvisninger falder positivt ud.

**Tabel 3:** Handlinger for hver enkelt borger, opgjort i procent af observationstid, 1. enhed

Borgere	A	B	E	F	G	I	J	K	L	M	N	O	P	T	W	X	Y
Bent	17	16	2	19					2	11	3		22	2	7	1	
Birgit	18	9	2	12		3	2		1	11	30	5	6				1
Børge	23	14		2			5		10	8		38					1
Bodil	19	14	5	19	2	2		9	6	16		3	5				

**Tabel 4:** Handlinger for hver enkelt borger, opgjort i procent af observationstid, 2. enhed

Borgere	A	B	C	D	F	G	K	L	M	N	O	P	T	Y
Clara	3	23		22	8							42		2
Christine	8	33	5		8					16		19		11
Connie	39	1			15		21	5			4		16	
Christian	7	19			17	3	25	8	2			2	19	
Cecilie	15	19	5		22		11	5	6	7		11		

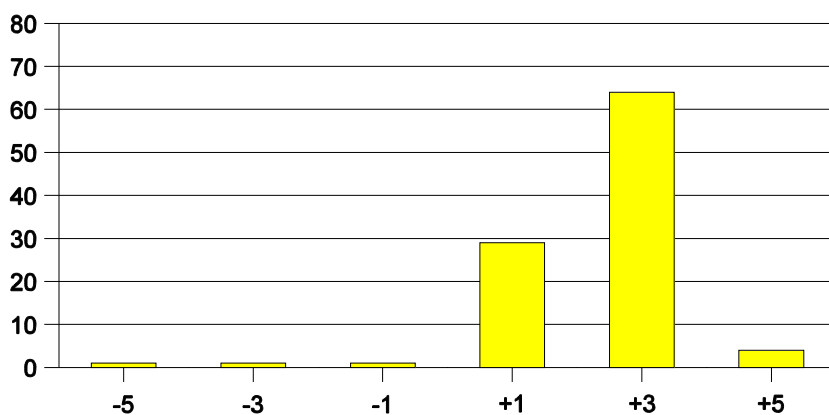
I tabel 3 og 4 er vist, hvordan de forskellige handlinger fordeler sig i forhold til de enkelte borgere.

Det ses, at der i den ene enhed er tale om, at type 2-handlingen B (borgeren viser interesse for sine omgivelser, men deltager ikke direkte) fordeler sig nogenlunde ensartet i forhold til de forskellige borgere, mens handling W (borgeren er optaget af gentagen selvstimulering) alene er relateret til én borger. Det ses også, at Y (borgeren

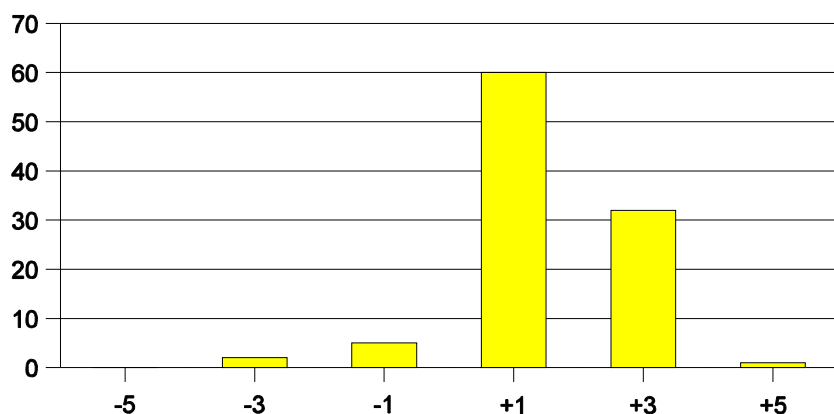
taler med sig selv eller en indbildt ledsager) er repræsenteret i denne opgørelse, men antallet af Y'er er så lille, at det ikke figurerer i den samlede opgørelse af handlinger i figur 27. I den anden enhed er fordelingen af type 2-handlinger i forhold til borgerne mere ujævne. Det er især Christine, der har flest B'er og Y'er, og alene hende, der har C'er (borgeren er uengageret og isoleret og viser ikke interesse for omgivelserne). Ligeledes ses, at det alene er Clara, der får registreret D'er (borgeren viser tegn på nedtrykthed og får ingen støtte). Det ses også, at det er Christine, der gør, at den samlede procent i forhold til at sove eller blunde bliver 5.

## Befindende

**Figur 28:** Befindende for samtlige borgere, opgjort i procent af den samlede observationstid, 1. enhed



**Figur 29:** Befindende for samtlige borgere, opgjort i procent af den samlede observationstid, 2. enhed



I figur 28 og 29 ses det, hvordan samtlige borgere havde det i observationsperioden. Det ses, at hovedparten af tiden havde borgerne i den ene enhed et befindende svarende til +3 (64% af tiden), mens hovedparten af borgerne i den anden enhed havde et befindende svarende til +1 (60%). I sidstnævnte enhed ses også, at borgerne i 32% af tiden havde et befindende svarende til +3. I begge enheder forekommer der i få procent af tiden borgere, der har et dårligt befindende.

**Tabel 5:** Gennemsnitligt befindende for hver enkelt borger, 1. enhed

Borgere	Samlet befindende	Antal tidsintervaller	Individuelt befindende
Bent	+317	129	+2.5
Birgit	+246	132	+1.9
Børge	+257	109	+2.4
Bodil	+232	88	+2.6
I alt	+1052	458	+2.3

**Tabel 6:** Gennemsnitligt befindende for hver enkelt borger, 2. enhed

Borgere	Samlet befindende	Antal tidsintervaller	Individuelt befindende
Clara	+44	64	+0.7
Christine	+144	132	+1.1
Connie	+217	103	+2.1
Christian	+188	118	+1.6
Cecilie	+148	88	+1.7
I alt	+741	505	+1.5

I tabel 5 og 6 ses det gennemsnitlige befindende for hver enkelt borger i de to enheder, ligesom der er en samlet udregning for gruppernes befindende. Det ses, at borgernes befindende i den ene enhed strækker sig fra +1.9 til +2.6. I henhold til DCM-metodens anvisninger, betyder det, at der for tre af borgerne er tale om en omsorg af meget god kvalitet og for den sidste borger om en omsorg af god kvalitet. Ses der på det gennemsnitlige befindende for samtlige borgere i denne enhed, ligger dette på +2.3, hvilket betyder, at der samlet set er tale om en meget god omsorgskvalitet. I denne enhed er det blandt andet værd at interessere sig for, hvorfor den ene borgers gennemsnitlige befindende ligger noget lavere end de andres.

I den anden enhed ses, at borgernes befindende i gennemsnit strækker sig fra +0.7 til +2.1. Der er her tale om en omsorgskvalitet, der er mere svingende i forhold til de forskellige borgere, idet den strækker sig fra rimelig til meget god. Ses der på det gennemsnitlige befindende for samtlige borgere, ligger dette på +1.5, hvilket svarer til en god omsorgskvalitet. I denne enhed ses, at personalet har potentialer til at yde en meget god omsorgskvalitet. Det er blandt andet derfor interessant at tage udgangspunkt i den borger, hvor omsorgskvaliteten er meget god, med henblik på at bruge de potentialer, som personalet har, således at omsorgskvaliteten også kan højnes for resten af borgerne.

## Negative hændelser

**Tablet 7:** Negative hændelser fordelt på graden af hændelsen, 1. enhed

Arten af negative hændelser	A	B	C	D	I alt
Negligering		1			1
Samlet antal negative hændelser inddelt efter grad		1			1

A = mild grad

C = alvorlig grad

B = moderat grad

D = meget alvorlig grad

**Tablet 8:** Negative hændelser fordelt på graden af hændelsen, 2. enhed

Arten af negative hændelser	A	B	C	D	I alt
Forcering af tempo	2	1			3
Ignorering	1	2			3
Negligering		2			2
Anklage		1			1
Latterliggørelse		1			1
Nedvurdering		1			1
Samlet antal negative hændelser inddelt efter grad	3	8			11

A = mild grad

C = alvorlig grad

B = moderat grad

D = meget alvorlig grad

I tabel 7 og 8 er antallet og arten af negative hændelser opgjort for de to enheder. I den ene enhed er der kun tale om én episode af negative hændelser, hvilken er karakteriseret som negligering i moderat grad. I den anden enhed er der i alt registreret 11 episoder, hvoraf otte er i moderat grad og tre i mild grad. Disse omfatter forcering af tempo, ignorering, negligering, anklage, latterliggørelse samt nedvurdering.

## Positive hændelser

I den ene enhed er der registreret i alt 55 antal positive hændelser, hvor der er tale om god omsorgspraksis. Disse episoder omfatter opmærksomhed, forståelse og respekt for de enkelte borgeres behov, formåen og interesser samt et ægte engagement i forhold til at imødekomme og understøtte førnævnte.

I den anden enhed er der registreret i alt 58 antal positive hændelser. Disse er overvejende registreret i forbindelse med samtaler, hvor personalet har været lyttende og understøttende samt i forhold til personalets opmærksomhed på borgernes behov for praktisk hjælp.



## Sammenfatning

Samlet set er der i den ene enhed tale om en omsorg, der vurderes som meget god. Der er i denne enhed registreret mange positive episoder og kun én episode af negative hændelser i mild grad. Enheden er karakteriseret ved en meget positiv atmosfære, hvor borgerne trives godt. Personalet besidder en stor viden om demens og dens udvikling. En viden, de formår at omsætte i deres omsorgspraksis. Omsorgsmiljøet er præget af empati, engagement og af, hvad Kitwood forstår ved en personcentreret tilgang. Om end der er tale om en meget god omsorgspraksis i denne enhed er der stadig gode muligheder for at højne omsorgskvaliteten yderligere, hvilket afhænger af personalets og ledelsens ambitioner.

I den anden enhed er der tale om en omsorg, der vurderes fra rimelig til meget god. Der er også i denne enhed registreret mange positive hændelser, men der forekommer også 11 episoder af negative hændelser. Personalet har gennem deres praksis vist, at de besidder kompetencer til at yde en omsorg af meget god kvalitet. Det er derfor nærliggende at tage disse eksempler som udgangspunkt, da de kan bidrage til at udfolde deres kompetencer til at omfatte samtlige borgere. Ligeledes er det nødvendigt at rette opmærksomheden på de episoder af negative hændelser, som forekom, da der må arbejdes konstruktivt med at undgå lignende episoder i fremtiden.

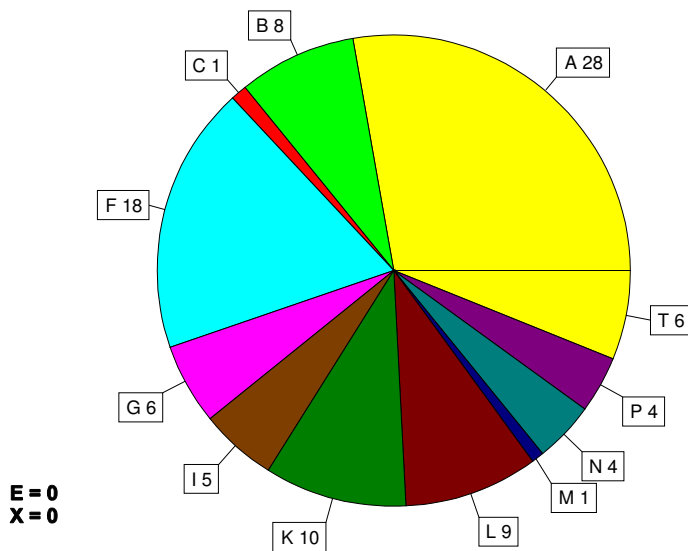
# Kapitel 6

## Kvaliteten i aflastningsenheder

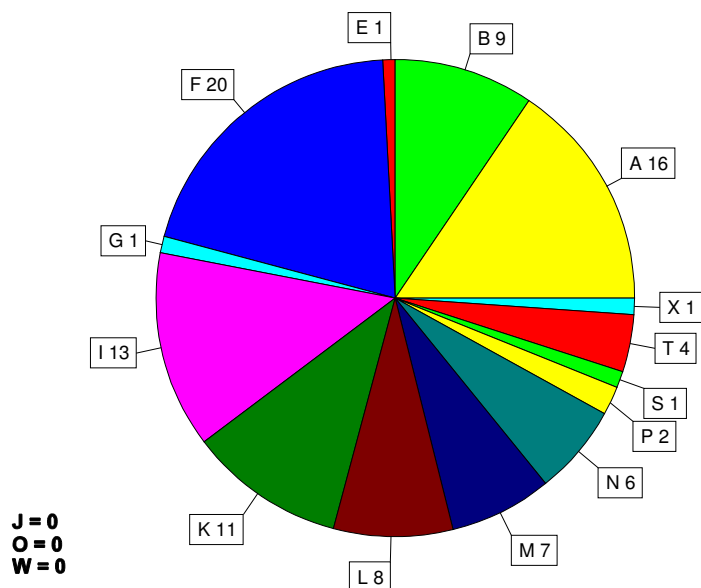
I dette kapitel gennemgås de overordnede resultater fra de to aflastningsenheder, hvor borgerne opholder sig i maksimum tre måneder. I den ene enhed blev der observeret syv borgere, og i den anden enhed blev der observeret otte borgere.

### Handlinger

**Figur 30:** Handlinger for samtlige borgere opgjort i procent af den samlede observationsperiode, 1. enhed



**Figur 31:** Handlinger for samtlige borgere opgjort i procent af den samlede observationsperiode, 2. enhed



I figur 30 og 31 er opgjort den procentvise fordeling af de handlinger, der er foregået i de to aflastningsenheder i løbet af observationsperioderne, der er på 12 timer for hver enhed. Det ses, at der i begge enheder er tale om en bred vifte af handlinger. Ses der på typen af handlinger, som borgerne har deltaget i, har de i den ene enhed i 77% af tiden været involveret i type 1-handlinger, hvor der er mulighed for at understøtte borgernes identitet og selvstændighed gennem positiv interaktion. Det drejer sig i denne enhed om handlingerne A, F, G, I, L, M, P og T.

I den anden enhed har borgerne været involveret i type 1-handlinger i 74% af tiden. Det drejer sig om handlingerne A, E, F, G, I, L, M, P, S, T og X.

Ses der på, hvor stor en del af tiden borgerne i de to enheder har været involveret i type 2-handlinger, hvor der er stor risiko for at deres behov overses, udgør disse 9% i begge enheder.

I få procent af tiden har borgerne sovet eller blundet. Det gælder for begge enheder.

**Tabel 9:** Handlinger for hver enkelt borger, opgjort i procent af observationstid, 1. enhed

Borgere	A	B	C	E	F	G	I	K	L	M	N	P	T	X
Dorte	56	7	1	2	12			10	8	3		2		
Dagny	32	16	1		12			4	6		1	3	23	1
Dagmar	5	5	1		17	35	22	5	6	3				
Dan	27	7	1	1	20			12	2		15		15	
Ditmar	20	8	1		28			12	15		9	5		
Dorthea	4	2			34			23	19			17		
Ditte	34	9			14			9	15			5	13	2
Dines	19	7	1		16	14	18	5	5		11	4		

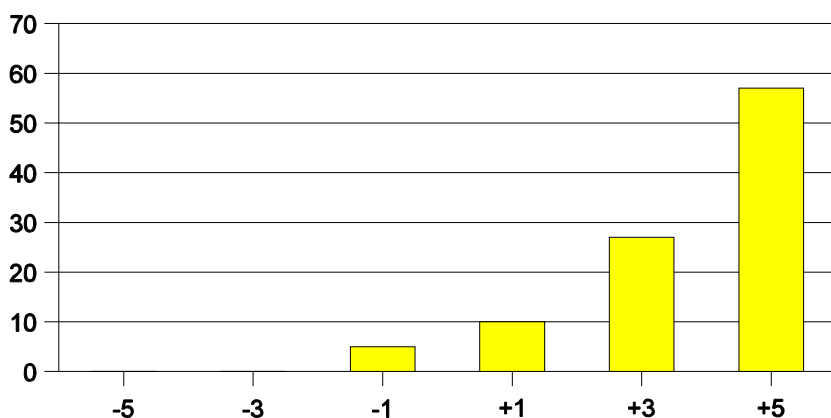
**Tabel 10:** Handlinger for hver enkelt borger, opgjort i procent af observationstid, 2. enhed

Borgere	A	B	E	F	G	I	J	K	L	M	N	O	P	S	T	W	X
Egon	4	1		14		61		5	14								
Ebbe	10	2		33		1		12	33	10							
Emil	16	1		26				36	5		5		6			1	3
Esben	24	3		23				25	17		1	1		3			2
Eigil	21	16	4	16			1	5		2	10		1		24		
Else	21	2	1	24		1	1	6	14	12	10		7				
Erik	18	28		17	4	11		1		6	14			1			

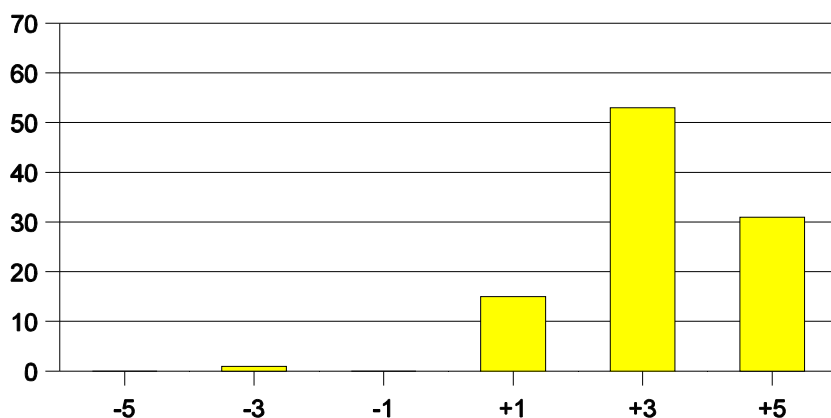
I tabel 9 og 10 er det vist, hvordan de forskellige handlinger fordeler sig i forhold til de enkelte borgere. Det ses, at alle borgere i begge enheder er involveret i en række forskellige handlinger. Det ses også, at det er forskellige handlinger, de er involveret i. Dette tyder på, at personalet er gode til at differentiere mellem borgernes forskellige behov og interesser, og gode til at få inddraget samtlige borgere.

## Befindende

**Figur 32:** Befindende for samtlige borgere, opgjort i procent af den samlede observationstid, 1. enhed



**Figur 33:** Befindende for samtlige borgere, opgjort i procent af den samlede observationstid, 2. enhed



Figur 32 og 33 viser, hvordan samtlige borgere i de to enheder havde det i observationsperioden. Hovedparten af tiden (57%) havde borgerne i den ene enhed et befindende svarende til +5, hvilket i henhold til DCM-metoden betyder, at borgernes velbefindende har været exceptionelt. Man kan vanskeligt forestille sig noget bedre. Borgerne har befundet sig på et meget højt niveau af engagement, selvudfoldelse og social interaktion. Det ses også, at de samme borgere i 5% af tiden har haft et lidt dårligt befindende, -1. De har her vist tegn på kedsomhed, rastløshed eller frustration.

I den anden enhed har borgerne ligeledes haft mange tegn på velbefindende i form af engagement og social interaktion. I 31% af tiden har borgerne befundet sig på et exceptionelt niveau af velbefindende, og i 53% af tiden har de haft et velbefindende svarende til +3. Kun i 1% af tiden har borgerne vist tydelige tegn på dårligt befindende, svarende til -3.

**Tabel 11:** Gennemsnitligt befindende for hver enkelt borger, 1. enhed

Borgere	Samlet befindende	Antal tidsintervaller	Individuelt befindende
Dorte	+487	117	+4.2
Dagny	+209	69	+3.0
Dagmar	+327	77	+4.2
Dan	+323	89	+3.6
Ditmar	+248	74	+3.4
Dorthea	+165	47	+3.5
Ditte	+421	117	+3.6
Dines	+327	83	+3.9
I alt	+2507	673	+3.7

**Tabel 12:** Gennemsnitligt befindende for hver enkelt borger, 2. enhed

Borgere	Samlet befindende	Antal tidsintervaller	Individuelt befindende
Egon	+576	134	+4.3
Ebbe	+295	83	+3.6
Emil	+189	77	+2.5
Esben	+302	88	+3.4
Eigil	+409	135	+3.0
Else	+294	94	+3.1
Erik	+355	127	+2.8
I alt	+2420	738	+3.3

I tabel 11 og 12 ses det gennemsnitlige befindende for hver enkelt borger i de to enheder, ligesom der er udregnet det gennemsnitlige befindende for samtlige borgere i hver enhed. Det ses, at borgerne i den ene enhed alle har et gennemsnitligt befindende på +3 og derover. Dette svarer til, at enheden har en omsorgskvalitet, der i henhold til DCM-metoden karakteriseres som udmærket, hvilket er det højeste niveau af omsorgskvalitet, DCM-metoden måler. I den anden enhed ses også, at hovedparten af borgerne har et gennemsnitligt befindende svarende til en udmærket omsorgskvalitet. Kun én borger falder i kategorien af omsorgskvalitet, der svarer til meget god. Ses der på den gennemsnitlige score af befindende for samtlige borgere i begge enheder, ligger omsorgskvaliteten for begge enheder på det højeste niveau.

## Negative hændelser

**Tabel 13:** Negative hændelser fordelt på graden af hændelsen, 1. enhed

Arten af negative hændelser	A	B	C	D	I alt
Forræderi			1		1
Umyndiggørelse		6	1	1	8
Barnliggørelse	5	1	2		8
Stempling		1	1		2
Forcering af tempo		1			1
Forvisning			8		8
Underkendelse			1		1
Objektificering	1				1
Ignorering	8	2			10
Negligering	2	1	2		5
Anklage				1	1
Latterliggørelse		1	2		3
Nedvurdering	1	1	9		11
Samlet antal negative hændelser inddelt efter grad	17	14	27	2	60

A = mild grad

C = alvorlig grad

B = moderat grad

D = meget alvorlig grad

**Tabel 14:** Negative hændelser fordelt på graden af hændelsen, 2. enhed

Arten af negative hændelser	A	B	C	D	I alt
Forræderi	2				2
Umyndiggørelse	1				1
Objektificering	1				1
Negligering	2		1	1	4
Anklage	1				1
Samlet antal negative hændelser inddelt efter grad	7		1	1	9

A = mild grad

C = alvorlig grad

B = moderat grad

D = meget alvorlig grad

I tabel 13 og 14 er opgjort antallet, arten og graden af negative hændelser i de to enheder. I den ene enhed blev der registreret i alt 59 episoder af negative hændelser. Heraf blev én episode registreret som i meget alvorlig grad, 27 episoder som i alvorlig grad, og de resterende som enten i moderat eller i mild grad. Man kan sige, at der er tale om forholdsvis mange episoder af negative hændelser i denne enhed. Samtidig må man også konstatere, at disse episoder ikke er gået mærkbart ud over borgernes befindende, hvilket ville have vist sig i deres gennemsnitlige scores for befindende. Umiddelbart kan det forekomme ulogisk, at man kan have et omsorgsmiljø af meget høj kvalitet og samtidig udøve episoder af negative hændelser, uden det går ud over borgernes befindende.

En nærmere gennemgang af dataregistreringerne viser, at disse episoder forekommer inden for en meget kort tidsperiode, hvilket er umiddelbart efter vagtskifte. Samtidig ses, at der i enheden generelt er skabt et miljø, hvor der er godt sammenhold mellem borgerne, og hvor borgernes behov og interesser i øvrigt imødekommes det meste af tiden.

I den anden enhed er der registreret ni episoder af negative hændelser. Heraf er én episode registreret som i meget alvorlig grad, en i alvorlig grad og de resterende som i mild grad.

Der er således stor forskel på enhederne i forhold til antal episoder med negative hændelser.

## Positive hændelser

I den ene enhed blev der registreret i alt 47 positive hændelser og i den anden enhed 40. Disse omfatter for begge enheders vedkommende overvejende episoder, hvor personalet er opmærksomme på og imødekommer borgernes individuelle behov og interesser, ligesom de understøtter de enkelte borgers identitet på engageret og ægte vis.



## **Sammenfatning**

Samlet set er der i begge enheder tale om en omsorg af meget høj kvalitet, idet den i gennemsnit for begge enheders vedkommende vurderes som udmærket. Der er i begge enheder registreret mange positive hændelser. Begge enheder er karakteriseret ved en meget positiv atmosfære, og borgerne stortrives generelt. Omsorgsmiljøerne er præget af empati, engagement og af, at personalet har en stor viden om borgernes individuelle livshistorie, behov og interesser. Personalet er i stand til at omsætte denne viden i praksis, hvilket blandt andet ses af, at der i begge enheder foregår en bred vifte af handlinger, der er målrettet mod borgernes individuelle behov og interesser.

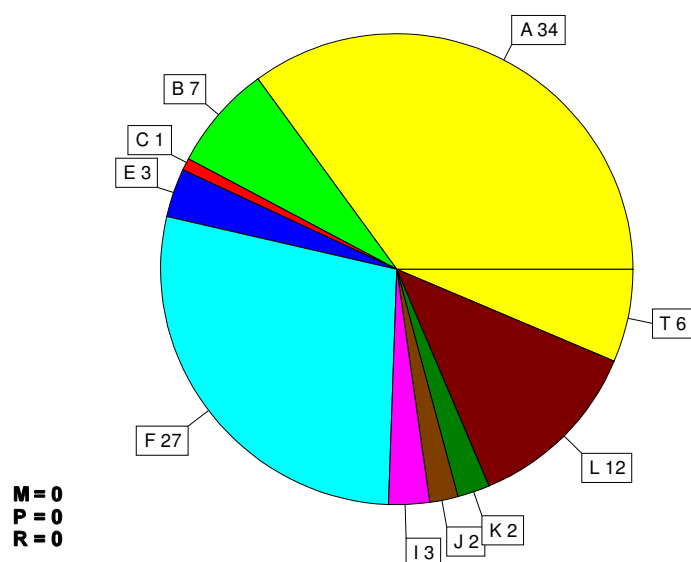
# Kapitel 7

## Kvaliteten i daghjemslignende tilbud

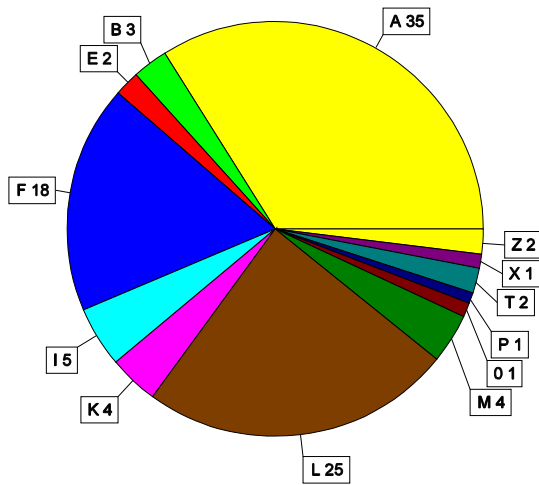
I dette kapitel præsenteres de overordnede resultater fra de enheder, hvor borgerne er i daghjemslignende tilbud. Det skal bemærkes, at der her alene præsenteres resultaterne fra 13 personer, idet de resterende to personer befandt sig i meget kort tid i fællesrummene under observationerne. Som tidligere nævnt skal der tages stort forbehold for data, der omfatter få timers observationer.

### Handlinger

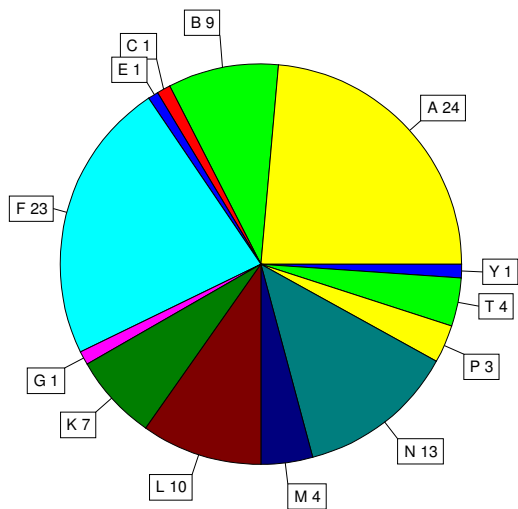
**Figur 34:** Handlinger for samtlige borgere opgjort i procent af den samlede observationsperiode, 1. enhed



**Figur 35:** Handlinger for samtlige borgere opgjort i procent af den samlede observationsperiode, 2. enhed



**Figur 36:** Handlinger for samtlige borgere opgjort i procent af den samlede observationsperiode, 3. enhed



H = 0  
O = 0  
U = 0

I figurene 34, 35 og 36 er opgjort de procentvise fordelinger af de handlinger, der er foregået i de tre enheder.

I den første enhed ses, at borgerne i 87% af tiden er involveret i type 1-handlinger. Det drejer sig om A, E, F, I, J, L og T. Type 2-handlinger er registreret i 8% af tiden. Disse omfatter B og C.

I den anden enhed ses, at borgerne i 96% af tiden har været involveret i type 1-handlinger. Det drejer sig om A, E, F, I, L, M, O, P, T og X. Bogstav Z står for handlinger, der ikke er indeholdt i DCM-metodens kategorier. Z er her anvendt i forbindelse med selvreflekterende samtale og om to borgere, der nusser hinanden, hvor begge nyder det, men der er ikke tegn på seksualitet forbundet hermed. I denne enhed er kun tre procent af tiden registreret som type 2-handlinger (B).

I den tredje enhed ses, at borgerne har været involveret i type 1-handlinger i 70% af tiden. Det drejer sig i denne enhed om handlingerne A, E, F, G, L, M, P og T. I 11% af tiden er der i denne enhed registreret type 2-handlinger. Disse omfatter B, C og Y.

Det er alene i den tredje enhed, borgerne har sovet eller blundet i observationsperioden, og procenten er her, så den falder positivt ud i forhold til DCM-metoden.

**Tabel 15:** Handlinger for hver enkelt borger, opgjort i procent af observationstid, 1. enhed

Borgere	A	B	C	E	F	I	J	K	L	M	P	R	T
Frede	18	17	3	2	32			2	1	1			25
Frida	29	7		4	30	6	3	3	16	1		2	
Flora	46	6		4	20	5	3	3	12		2		
Fie	43			4	26	1	3	1	21				

**Tabel 16:** Handlinger for hver enkelt borger, opgjort i procent af observationstid, 2. enhed

Borgere	A	B	E	F	I	K	L	M	O	P	T	X	Z
Gerda	40		2	17	5	1	20	5	2		7		1
Gunhild	35	3	1	17	2	10	22	3		2		1	4
Gitte	30		2	17	6	1	36	6			2		
Gunnar	33	8	2	23	5	2	21	3				2	1

**Tabel 17:** Handlinger for hver enkelt borger, opgjort i procent af observationstid, 3. enhed

Borgere	A	B	C	E	F	G	H	K	L	M	N	O	P	T	U	Y
Hanne	18	12	1	1	24			13	11	3	15		3			
Henny	15	12	4		21						38	2	7		2	
Hilda	22	13	1	1	24	3	1	8	5	9				14		
Hjørdis	30	5		1	25			10	21	2	2			3		
Herdis	33	2		1	21			5	14	4	11		3			6

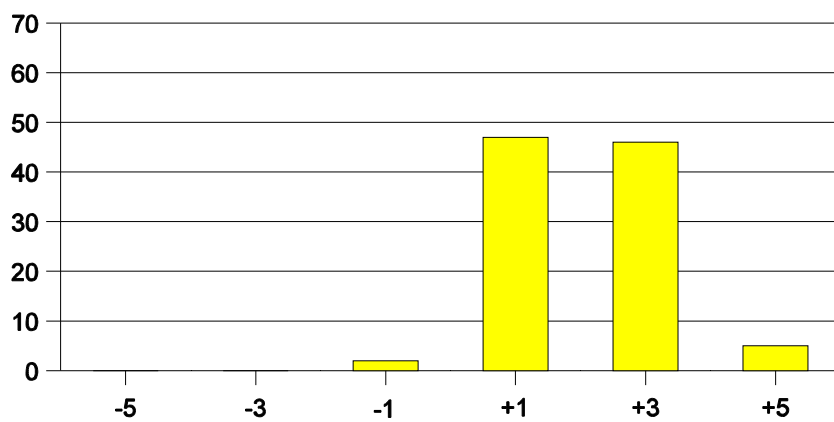
I tabellerne 15, 16 og 17 er vist, hvordan de forskellige handlinger fordeler sig i forhold til hver enkelt borger i de tre enheder.

I den første enhed ses, at det overvejende er Frede, der får registreret B og alene ham, der også får C. Ligeledes ses det, at det også er Frede, der er involveret i færrest handlinger udover at ryge.

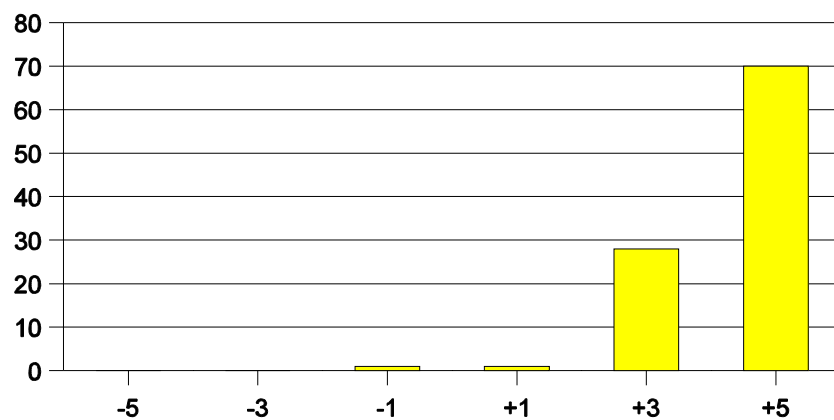
I den anden enhed ses en forholdsvis jævn fordeling af type 2-handlinger i forhold til borgerne, mens der i den tredje enhed ses, at Henny er den, der er involveret i færrest handlinger og ligeledes den, der sover eller blunder mest. Procentdelen er her, så den falder negativt ud i forhold til DCM-metoden. Henny er ligeledes den, hvor der registreres flest Cer og den eneste, der får registreret U.

## Befindende

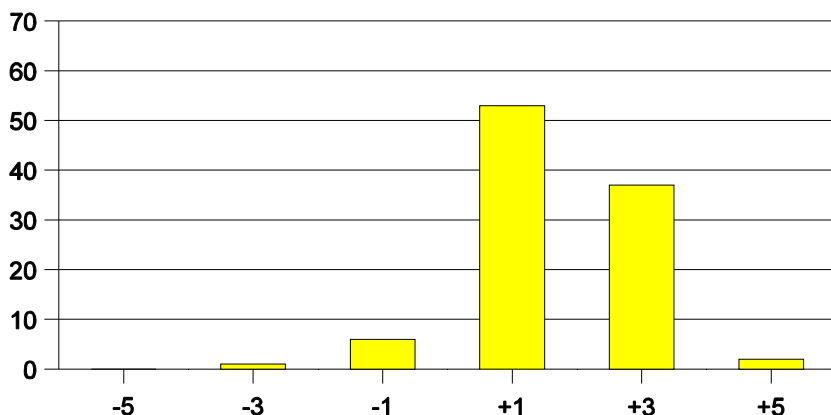
**Figur 37:** Befindende for samtlige borgere, opgjort i procent af den samlede observationstid, 1. enhed



**Figur 38:** Befindende for samtlige borgere, opgjort i procent af den samlede observationstid, 2. enhed



**Figur 39:** Befindende for samtlige borgere, opgjort i procent af den samlede observationstid, 3. enhed



I figurene 37, 38 og 39 ses det, hvordan borgerne i de tre enheder befandt sig i gennemsnit i observationsperioden.

I den første enhed ses, at borgerne i hovedparten af tiden havde et befindende på +1 og +3 og kun i 2% af tiden havde et befindende på -1.

I den anden enhed havde borgerne i hovedparten af tiden et exceptionelt befindende, svarende til +5 og kun i 1% af tiden et befindende svarende til -1. Sidstnævnte hænger sammen med, at Henny som nævnt ovenfor sover i længere tid, end det anbefales i DCM-metoden.

I den tredje enhed har borgerne i hovedparten af tiden et befindende svarende til +1, men det ses også, at de i 37% af tiden har et befindende, svarende til +3; 1% af tiden ses et befindende på -3, og i 6% af tiden et befindende svarende til -1.

**Tabel 18:** Gennemsnitligt befindende for hver enkelt borger, 1. enhed

Borgere	Samlet befindende	Antal tidsintervaller	Individuelt befindende
Frede	+133	101	+1.3
Frida	+240	106	+2.3
Flora	+204	104	+2.0
Fie	+256	90	+2.8
I alt	+833	401	+2.1

**Tabel 19:** Gennemsnitligt befindende for hver enkelt borger, 2. enhed

Borgere	Samlet befindende	Antal tidsintervaller	Individuelt befindende
Gerda	+472	104	+4.6
Gunhild	+398	100	+4.0
Gitte	+474	102	+4.6
Gunnar	+376	92	+4.1
I alt	+1720	398	+4.3

**Tabel 20:** Gennemsnitligt befindende for hver enkelt borger, 3. enhed

Borgere	Samlet befindende	Antal tidsintervaller	Individuelt befindende
Hanne	+161	111	+1.5
Henny	+88	130	+0.7
Hilda	+268	132	+2.0
Hjørdis	+265	121	+2.2
Herdis	+275	133	+2.1
I alt	+1057	627	+1.7

I tabellerne 18, 19 og 20 ses det gennemsnitlige befindende for hver enkelt borger i de tre enheder, ligesom der er en samlet udregning for gruppernes befindende. Det ses, at borgernes befindende i den første enhed strækker sig fra +1.3 til +2.8. Det betyder, at der for en af dem er tale om en omsorg af meget god kvalitet, for to af dem en omsorg af god kvalitet og for den sidste om en omsorg af rimelig kvalitet. Det skal her bemærkes, at kategoriseringen af omsorgskvaliteten i disse enheder vurderes



anderledes end i de tidligere gennemgåede enheder, idet der her er tale om dagtilbud, hvorfor der forventes en højere gennemsnitlig score.

I den anden enhed er der tale om en omsorg af højeste kvalitet, hvor det laveste gennemsnitlige score er +4.1. Dette svarer til det højeste niveau i forhold til DCM-metoden.

I den tredje enhed er borgernes gennemsnitlige scores for befindende noget lavere end i de andre to enheder. Disse svinger fra +0.7, der svarer til den laveste kategori, til +2.2, der i forhold til dagcentertilbud svarer til en omsorg af god kvalitet.

## Negative hændelser

**Tabel 21:** Negative hændelser fordelt på graden af hændelsen, 1. enhed

Arten af negative hændelser	A	B	C	D	I alt
Barnliggørelse	1				1
Ignorering	4				4
Negligering	2				2
Latterliggørelse	2				2
Samlet antal negative hændelser inddelt efter grad	9				9

A = mild grad

C = alvorlig grad

B = moderat grad

D = meget alvorlig grad

**Tabel 22:** Negative hændelser fordelt på graden af hændelsen, 2. enhed

Arten af negative hændelser	A	B	C	D	I alt
Underkendelse		1	1		2
Negligering		1			1
Latterliggørelse	1				1
Samlet antal negative hændelser inddelt efter grad	1	2	1		4

A = mild grad

C = alvorlig grad

B = moderat grad

D = meget alvorlig grad

**Tabel 23:** Negative hændelser fordelt på graden af hændelsen, 3. enhed

Arten af negative hændelser	A	B	C	D	I alt
Forræderi	1	1			2
Umyndiggørelse	1	1			2
Barnliggørelse		1			1
Underkendelse	1	1			2
Objektificering		1			1
Ignorering	2				2
Negligering		2			2
Anklage		1			1
Nedvurdering	1				1
Samlet antal negative hændelser inddelt efter grad	6	8			14

A = mild grad

C = alvorlig grad

B = moderat grad

D = meget alvorlig grad

I tabellerne 21, 22 og 23 er antallet og arten af negative hændelser opgjort i de tre enheder. I de to første er der tale om få episoder af negative hændelser og kun én er registreret som i alvorlig grad.

I den tredje enhed er der registreret lidt flere episoder af negative hændelser, men ingen af disse episoder er i alvorlig eller meget alvorlig grad.

## Positive hændelser

I 1. enhed blev der registreret i alt 49 positive hændelser; i 2. enhed 44 og i 3. enhed 67. For alle tre enheders vedkommende var der mange episoder, hvor personalet i forbindelse med praktisk hjælp opmuntrede og støttede borgerne til at gøre brug af egne ressourcer. I enhed 1 og 2 var der også en del episoder, hvor personalet imødekom nogle af borgernes behov for kropslig berøring.

## **Sammenfatning**

Samlet set er der i 1. enhed tale om en omsorg, der vurderes som god; i 2. enhed om en omsorg, der vurderes som udmærket og i 3. enhed vurderes omsorgen som rimelig.

For såvel 1. som 3. enhed kan der gøres en del forandringer med henblik på at højne omsorgskvaliteten.

Personalet har gennem deres praksis vist, at de besidder kompetencer til at udvikle omsorgskvaliteten, men støtte og supervision af personalet kunne bidrage til, at de gør brug af disse kompetencer.

I alle tre enheder er der registreret mange positive hændelser og forholdsvis få episoder af negative hændelser.

# Kapitel 8

## DCM-metodens styrke og begrænsninger

Som nævnt i kapitel 1 var formålet med dette projekt at foretage en pilotafprøvning af DCM-metoden i Danmark. I den forbindelse blev der stillet fire hovedspørgsmål. Dette kapitel tjener for det første til at diskutere og besvare disse spørgsmål og for det andet til at påpege metodens styrke, begrænsninger og udviklingsmuligheder.

### **Kan metoden, som den er udviklet i England, anvendes direkte i Danmark?**

Pilotafprøvningen har vist, at DCM-metoden, som den er udviklet i England, overordnet set er anvendelig også i Danmark. Beviset på dette fremgår forhåbentligt af de tidligere kapitler. Samtidig har pilotafprøvningen også vist, at metoden har visse begrænsninger og svagheder, men også udviklingsmuligheder, når den anvendes i Danmark.

Ses der i første omgang på metodens overordnede begrænsninger og svagheder kan man sige, at DCM-metoden ikke er værdineutral. Metoden orienterer sig mod de værdier, der er indlejret i den personcentrerede tilgang til omsorg, og som blev beskrevet i kapitel 2. Hvis man principielt set er uenig i denne tilgang, er DCM-metoden ikke brugbar til vurdering og forbedring af omsorgskvaliteten. Er man derimod enig i denne tilgang, så muliggør DCM-metoden en virkningsfuld og praktisk forståelse af, hvad der foregår eller ikke foregår mellem borgere og personale med det formål at udvikle og forbedre omsorgskvaliteten for personer, der har demens.

Værdier er indbygget på mange punkter i metoden, for eksempel med begrebet personligt befindende. Man kan her diskutere, hvor præcist defineret de numeriske skalaer for personligt befindende er, idet der til en vis grad forekommer overlapning mellem disse. Ligeledes er der i metoden indbygget en række regler for, hvornår man må anvende de forskellige numeriske værdier for personligt befindende. Regler, der blandt andet omfatter, hvor vågne, indadvendte, urolige og aktive borgerne er. En af dem, der har skabt flest problemer i forhold til pilotafprøvningen er DCM-metodens antagelser om, hvor længe en person må sove eller blunde i løbet af en observationsperiode. Hvis en person sover længere end anvisningerne, får det konsekvenser for det gennemsnitlige befindende, idet dette vil falde forholdsvis negativt ud. Dette er et problem, der selvfølgelig kan tages højde for i forbindelse med feedback-mødet med personale og ledelse, idet man her kan få oplyst eventuelle grunde til, at en person sover så længe om dagen. I tilfælde af at DCM-metoden implementeres mere bredt i Danmark, vil det være hensigtsmæssigt at revidere denne del af metoden.

Et andet kritikpunkt i forhold til DCM-metoden er, at den alene påberåber sig at vurdere, hvad der foregår i fællesrum. Begrundelserne for dette er etiske, idet man mener, det er alt for påtrængende, hvis observatøren er med i de situationer, hvor

borgere fx står op, går i seng eller i bad. Erfaringer fra Danmark (jf. for eksempel Bonde Nielsen, 1995; Høeg et al., 1999) viser, at der ikke er nogen problemer forbundet med at foretage observationer i disse situationer. Der er ikke noget til hinder for, at DCM-metoden også vil kunne bruges til observationer af disse situationer. Hvad der kan tale imod at bruge den, er blandt andet, at man her kun vil kunne observere én person ad gangen. Ligeledes kan man diskutere udbyttet af at anvende den i disse situationer, idet personalet generelt er vældig gode til at håndtere dem, hvorimod der oftere ses problemer i forbindelse med at finde meningsfulde beskæftigelser til borgerne, når de befinder sig i fællesrum. Ligeledes volder det ofte problemer for personalet at understøtte og udvikle et fællesskab blandt borgerne, hvor de kan få glæde af hinandens nærvær.

## **Bidraget metoden til at sikre kvaliteten af omsorgen for personer, der har demens?**

Svaret på dette spørgsmål er entydigt positivt. Metodens konstruktion gør, at man får mange detaljerede informationer om omsorgskvaliteten, idet den blandt andet er designet til at vurdere kvaliteten af den omsorgsrelation, der er mellem borgere og personale, herunder relationens betydning for borgernes befindende. Metodens detaljerede regler for scoringer og dens krav til observatørernes uddannelsesbaggrund sikrer en forholdsvis ensartet vurdering af omsorgskvaliteten. Ligeledes er der i metoden indbygget standardmål for omsorgskvaliteten, hvilket gør metoden velegnet som generelt redskab til kvalitetssikring af omsorgen. Hvor andre kvalitetssikringsmetoder oftest lægger vægten på, hvad man kan kalde strukturelle sider af de omgivelser, hvori omsorgen finder sted, som for eksempel vurdering af normeringer, fysiske rammers kvalitet, metoder og retningslinjer, som ledelsen anvender og kvaliteten af forplejningen, så adskiller DCM-metoden sig fra disse ved at sætte fokus på processen, der hvor dynamikken i omsorg findes. At sikre en høj standard i forhold til de punkter, som andre kvalitetssikringsmetoder undersøger, er selvfølgelig væsentligt, men selv et sted, der scorer højt i disse henseender, kan stadig godt levere en omsorg af dårlig kvalitet.

Man kan sige, at metoden stiller forholdsvis store krav til observatørerne, da det er afgørende vigtigt, at dataregistreringer foregår med engagement, omhyggelighed og disciplin. Ligeledes har pilotafprøvningen vist, at den ideelle brug af metoden indebærer cirka 10-12 timers observationer, fordelt over to dage og gerne på forskellige tidspunkter af dagene, idet man således tager højde for eventuelle forskelle i kvaliteten af omsorgsrelationer mellem dag-, aftenvagter og borgere samt for, at personer med demens kan have det forskelligt fra dag til dag og fra morgen til aften. Jo mere omfattende DCM-data der foreligger, jo sikrere er det informationsgrundlag, på hvilket man kan forbedre omsorgskvaliteten.

Observatørernes informations- og feedback-møde med personale og ledelse er en vigtig del af DCM-metoden. Informationsmødet, der cirka tager en til to timer, indeholder oplysninger om, hvad der registreres i DCM-metoden og oplysninger om, hvordan disse data skal anvendes i fremtiden. På feedback-mødet, der typisk tager

mellem halvanden til tre timer, opstiller personale, ledelse og observatører i samarbejde handlingsplaner til forbedring af omsorgen. Når disse er iværksat og har fungeret over et stykke tid, vil det være ideelt endnu engang at foretage en DCM-dataindsamling.

Man kan diskutere, om DCM-metoden er for tidskrævende, idet det samlede tidsforbrug let løber op i cirka 25 timer, når databearbejdning inkluderes. Ønsker observationsstedet udover råmaterialer også en medfølgende skriftlig rapport, kommer der yderligere timer oveni til dette. Det er muligt for trænede observatører at observere op til 10 borgere og deres personale ad gangen. Set på denne baggrund kan man sige, at tidsforbruget for hver enkelt borger er acceptabelt. Mange steder er boformen for personer med demens imidlertid af en størrelse på seks til otte personer i en boenhed, men også her vil man skulle bruge det samme antal timer, hvis man vil sikre en optimal dataindsamling.

På længere sigt vil man, hvis der udvikles et indtastningsprogram til DCM-metoden, kunne reducere tidsforbruget til databearbejdning. Dette er bestemt anbefalelsesværdigt.

En begrænsning i forhold til DCM-metodens anvendelse i Danmark er rent faktisk boenheder med seks til otte personer, idet det ikke her er muligt at gøre brug af metodens DCI-care index, da udregninger af dette kræver minimum 10 personer ad gangen. Dette er et problem, der vil kunne rådes bod på, hvis metoden afprøves i et større omfang her i Danmark.

## **Er metoden anvendelig uanset hvor i et demensforløb en person befinder sig?**

Pilotafprøvningen har vist, at metoden er anvendelig, uanset hvor i et demensforløb en person befinder sig. Som nævnt tidligere, er det ikke alle observerede personer, der har været igennem en demensudredning, men som observatører har vi ikke været i tvivl om, hvor i demensforløbet de enkelte personer befandt sig. Man kan selvfølgelig her diskutere sikkerheden af disse vurderinger, da der ikke er anvendt bestemte standardiserede målinger. Vurderingerne bygger alene på mange års erfaringer med personer, der har demens. I den forbindelse er det også væsentligt at understrege, at der her er tale om en pilotafprøvning af DCM-metoden og ikke om et egentligt forskningsprojekt med alt hvad et sådant indebærer af stringens.

Tages der udgangspunkt i begrebet 'at være en person', som er en af støttepillerne i DCM-metoden, så er dette begreb i vid udstrækning uafhængigt af kognitive færdigheder eller demensstadium, som disse begreber traditionelt defineres. DCM-metoden er orienteret mod at vurdere omsorgskvaliteten og udvikle den med henblik på at skabe størst muligt velbefindende hos den enkelte person, og det uanset demensstadium eller kognitive færdigheder. Pilotafprøvningen har da også vist, at der ikke er nogen enkel eller klar sammenhæng mellem demensstadium og vanskeligheden henholdsvis nemheden ved at yde omsorg af høj kvalitet. Der er mange andre variable, der influerer på kvaliteten af omsorgen. En afgørende variabel er her de kompetencer, som omsorgspersonalet besidder.

Pilotafrøvningen har alene omfattet personer med demens, men umiddelbart burde der ikke være noget til hinder for, at metoden også kan bruges i forhold til en bredere gruppe af svage ældre.

## Er metoden pålidelig?

En metodes pålidelighed (reliabilitet) refererer til metodens målenøjagtighed. I forbindelse med pilotafrøvningen er det alene metodens såkaldte interrater-pålidelighed, der er checket. Det er gennemført ved, at begge observatører ved en række observationer har arbejdet uafhængigt af hinanden og derefter sammenlignet dataregistreringer med henblik på at udregne graden af overensstemmelse mellem de forskellige scores. I den forbindelse er der anvendt et meget enkelt pålidelighedsindeks, hvor forholdet mellem overensstemmende scoring og højst mulige overensstemmende scoring (konkordans-koefficient) er udregnet og udtrykt i procent. Når DCM-metoden anvendes som udviklingsevaluering, er en overensstemmelsesprocent på over 70 procent acceptabel, mens man må tilstræbe en noget højere procent i forskningsøjemed.

I forbindelse med pilotafrøvningen opnåedes en overensstemmelsesscore mellem observatørerne på 93%, hvilket er meget højt. Der er næppe tvivl om, at observatørerne efter flere forsøg ville have opnået en overensstemmelse på nær de 100%. Hertil er at sige, at det på længere sigt bliver meningsløst at foretage disse pålidelighedscheck med kun to personer. Ideen med pålidelighedscheck er, at flere uafhængige observatører gerne skulle opnå en høj grad af overensstemmelse.

## Registrering af positive hændelser

DCM-metoden omfatter, at man registrerer nogle få eksempler på episoder, hvor der er tale om god omsorgspraksis. Der gives ikke egentlige begrundelser for ikke at registrere disse systematisk, som man gør ved episoder af negative hændelser. Pilotafrøvningen har vist, at det er meget hensigtsmæssigt med en registrering af samtlige de positive hændelser, som sker i løbet af en observationsperiode, herunder registrering af klokkeslet for hændelserne.

Det er tidligere i denne rapport nævnt, at god omsorgspraksis som oftest vil afspejle sig i scores for borgernes velbefindende, men i forbindelse med feedbackmøde med personale og ledelse har vi fundet det væsentligt at kunne gengive disse registreringer i detaljer, herunder deres betydning for de enkelte borgere. Det er i episoder af positive hændelser, man kan finde oplysninger om potentialer hos personale og borgere, som man kan arbejde videre med i forbindelse med forbedring af omsorgskvaliteten, ligesom disse registreringer kan rumme oplysninger, som ingen tidligere har været opmærksom på.

Det kan undre, at metoden ikke vægter disse hændelser højere, end den gør, og det ikke mindst når man tager dens grundlæggende menneskesyn i betragtning. Der er dog intet til hinder for, at man kan foretage disse registreringer, som det er gjort i forbindelse med pilotafrøvningen, idet disse registreringer ikke indvirker på de kvantitative opgørelser af data og dermed på den tekniske konstruktion af metoden.

Hvis metoden anvendes på et større antal borgere og deres tilknyttede personale, vil det være muligt at udvikle et forholdsvis simpelt kodesystem for disse hændelser, herunder en gradueringsskala, der angiver hændelsernes kvalitet.



## Litteraturanbefalinger

- Capstick, Andrea & Tom Kitwood: Dementia and nursing – Part 2. Person-centred care. *Journal of Nursing Care*. Summer 1999.
- Brooker, Dawn: Looking at them, looking at me. A review of observational studies into the quality of institutional care for elderly people with dementia. *Journal of Mental Health*. 1995, 4, 145-156.
- Brooker, D., N. Foster, A. Banner, M. Payne & L. Jackson: The efficacy of Dementia Care Mapping as an audit tool: report of a 3-year British NHS evaluation. *Aging & Mental Health*. 1998, 2 (1), 60-70.
- Høeg, Dorte, Eva Bonde Nielsen & Gillis Samuelsson: *Dementia, care and education* København: Danmarks Institut for Ældrepedagogik, 1999.
- Innes, Anthea, Andrea Capstick & Claire Surr: Mapping out the framework. *Journal of Dementia Care*. March/April 2000.
- Jacques, Ian & Anthea Innes: Who cares about care assistant work? *The journal of Dementia Care Research*. Nov./Dec., 1998.
- Kitwood, Tom: Brain, Mind and Dementia: With Particular Reference to Alzheimer's Disease. *Aging and Society*. 1989, 9, 1-15
- Kitwood, Tom: Lowering our defences by playing the part. *The Journal of Dementia Care*. Sept./Oct. 1994, 2, 5, 12-14.
- Kitwood, Tom: Studies in person-centred care. Building up the mosaic of good practice. *Journal of Dementia Care*. Sept./Oct. 1995.
- Kitwood, Tom: Positive long-term changes in dementia: Some preliminary observations. *Journal of Mental Health*. 1995, 4, 133-144.
- Kitwood, Tom: *Dementia Reconsidered. The person comes first*. Buckingham: Open University Press, 1997.
- Kitwood, Tom: The Experience of dementia. *Aging & Mental Health*. 1997, 1 (1), 13-22.
- Kitwood, Tom: Toward a Theory of Dementia Care: Ethics and Interaction. *The Journal of Clinical Ethics*. Spring 1998, Volume 9, Number 1.
- Kitwood, Tom: Professional and Moral Development for Care Work: some observations on the process. *Journal of Moral Education*. 1998, Vo. 27, No. 3.
- Kitwood, Tom: *En revurdering af demens – personen kommer i første række*. Frederikshavn: Dafolo Forlag, 1999.
- Kitwood, T. & K. Bredin: A new approach to the evaluation of dementia care. *Journal of Advances in Health and Nursing Care*. 1992, Vol. 1, 5, 41-60.
- Kitwood Tom & Kathleen Bredin: Towards a Theory of Dementia Care: Personhood and Well-being. *Ageing and Society*. 1992, 12, 269-287.

- Kitwood, Tom & Andrea Capstick: Dementia and nursing – Part I. Educational strategy. *Journal of Nursing Care*. Spring, 1999.
- Nielsen, Eva Bonde: *Efteruddannelse inden for demensområdet*. København: Danmarks Pædagogiske Institut, 1995.
- Perrin, T.: The Positive Response Schedule for Severe Dementia. *Aging & Mental Health*. 1997, 1 (2), 184-191.
- Perrin, Tessa: Occupational Need in Dementia Care: A Literature Review and Implications for Practice. *Health Care in Later Life*. 1997, 2 (3).
- Williams, Jane & John Rees: The use of ‘dementia care mapping’ as a method of evaluating care received by patients with dementia – an initiative to improve quality of life. *Journal of Advanced Nursing*. 1997, 25, 316-323.
- Woods, Bob: The Person in Dementia Care. *Generations Quarterly Journal of the American Society on Aging*. Fall 1999, Vo. XXIII (3).



Denne rapport handler om en ny kvalitetssikringsmetode, der sætter fokus på det, som sker i selve kerneydelsen, nemlig den omsorgsrelation, der er mellem borgeren og personalet.

Metoden er udviklet af psykologen Tom Kitwood, som indtil sin død var professor ved Bradford Universitet, England.



Københavns Kommune  
Sundhedsforvaltningen



DANIÆ

Danmarks Institut  
for Ældrepædagogik

