



Afprøvning af
Dementia Care
Mapping (DCM)
i Frederiksberg
hjemmepleje 2003

Joan Agine
Susanne Kaagaard
Anne Marie Schou
Eva Bonde Nielsen
Claus Holst

Afprøvning af Dementia Care Mapping (DCM) i Frederiksberg hjemmepleje år 2003

Et projekt finansieret af Socialministeriets mini-pulje vedr. demens

Joan Agine, Susanne Kaagaard og Anne Marie Schou
Frederiksberg Kommune

Eva Bonde Nielsen og Claus Holst
Danmarks Institut for Ældrepedagogik (Danisæ)

Indholdsfortegnelse

Forord.....	3
Indledning.....	4
Pilotafrøvningen.....	5
Projektets formål.....	5
Målgruppe.....	5
Fremgangsmåde.....	5
DCM-metoden (Dementia Care Mapping).....	6
Hvad bygger metoden på?.....	6
Hvad kan DCM-metoden bruges til?.....	8
Hvad omfatter DCM-metoden?.....	8
Gennemførelse af pilotprojektet.....	12
Resultater af DCM-observationerne.....	14
Deltager 1.....	15
Deltager 2.....	16
Deltager 3.....	17
Deltager 4.....	18
Deltager 5.....	19
Deltager 6.....	20
Deltager 7.....	21
Deltager 8.....	22
Deltager 9.....	23
Deltager 10.....	24
Samlede resultater.....	25
Samlet vurdering af befindende og handlinger.....	27
Mapperens og hjælpernes erfaringer med brug af DCM-metoden i hjemmeplejeregion.....	28
Informationsmøde.....	28
Mapperens oplevelse af selve mapningen.....	29
Hjemmehjælpernes og borgernes oplevelser af selve mapningen.....	30
Feedback.....	30
Forhold, der kan have indflydelse på kvaliteten af indsamlede data.....	32
Inter-raterreliabilitet.....	33
Fordele og ulemper ved mapning i hjemmeplejen set fra mappers synspunkt.....	34
Ulemper.....	34
Forslag til hvordan man kan organisere mapning i hjemmet.....	35
Konklusion.....	36
Konklusion og anbefalinger.....	37
DCM-metodens anvendelighed i hjemmeplejen.....	37
Anbefalinger.....	37

Forord

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

DCM-metoden har været afprøvet i Frederiksberg Kommunes hjemmepleje og omfatter 20 borgere med demens, som alle får hjemmehjælp i minimum ½ time af gangen. Samlet er der gennemført mindst fire timers observationer af hver borger fordelt over et til fem hjemmehjælpsbesøg for hver borger. 19 hjemmehjælpere har deltaget. Det er Anne Marie Schou og Jesper Grand, Frederiksberg hjemmepleje, der har gennemført observationerne. En stor tak til alle for deres medvirken og positive engagement.

Det er Socialministeriets mini-pulje for lokale praktikere på demensområdet, der har gjort det muligt at gennemføre denne pilotafprøvning. En stor tak for deres finansiering.

DCM-metoden er et internationalt anerkendt værktøj, som på systematisk vis fokuserer på, at vurdere kvaliteten af omsorgsrelationen mellem borger og personale. Det er en observationsmetode, der tager udgangspunkt i bor-

gernes synsvinkel på omsorgen, hvilket vi anser som meget væsentligt, da det er gennem borgernes tilbagemeldinger, at vi i hjemmeplejen kan bidrage til at udvikle omsorgskvaliteten. Metoden indeholder også en konstruktiv og udviklende feedback på personalets arbejdsindsats, og er således et vigtigt redskab i forhold til personalets kompetenceudvikling. Metoden er oprindeligt udviklet til brug på plejehjem, dagcentre o.lign. Metoden har ikke før – hverken nationalt eller internationalt – været afprøvet i hjemmeplejeregion.

I hjemmeplejen er der brug for løbende at kunne dokumentere og udvikle kvaliteten af de ydelser, som vi giver vores hjemmeboende borgere med demens. Det er også nødvendigt at kunne fastholde personale. Her er kontinuerlig kompetenceudvikling og supervision vigtig, da hjemmehjælpernes arbejde oftest foregår alene. Det er derfor glædeligt, at DCM-metoden, som rummer alle disse elementer, har vist sig også at være velegnet til brug i hjemmeplejen. Resultaterne af pilotafprøvningen har stor international interesse og bevågenhed. Det er vores håb, at resultaterne vil have lige så stor interesse nationalt.

Joan Agine og Susanne Kaagaard

Indledning

DCM-metoden (Dementia Care Mapping) er oprindeligt udviklet af den nu afdøde professor og psykolog Tom Kitwood og hans kollega Kathleen Bredin, University of Bradford, England. Grundstenene til metoden blev lagt i 1989, men har siden gennemgået en væsentlig udvikling.

Inden sin død etablerede Tom Kitwood Bradford Dementia Group (1997) ved University of Bradford. Det er dette institut, der i dag har det overordnede ansvar for DCM-metoden og dens videreudvikling. Fra 1998 tog den internationale interesse for metoden fart, og metoden er i dag et internationalt anerkendt og velafprøvet værktøj. Metoden anvendes verden over af certificerede DCM-brugere, som har gennemgået den nødvendige uddannelse i dens brug (for yderligere oplysninger omkring uddannelse se www.daniae.dk). De lande, der indtil videre er anerkendte i forhold til at kunne certificere andre i brug af metoden er: Australien, Danmark, Tyskland, Schweiz og USA. I hver af disse lande har University of Bradford udpeget deres officielle strategiske ledere, som også er licensindhavere af metoden. I Danmark er det Eva Bonde Nielsen fra Daniae, der er strategisk leder. De strategiske ledere har ligeledes ansvar for også at bidrage til udvikling af metoden.

Det første kursus i brug af DCM-metoden blev gennemført i Danmark i april 2002. Forinden havde metoden været pilotafprøvet i Danmark i forhold til dens oprindelige målgrupper: mennesker med demens, som bor på plejehjem, kommer i dagcentre m.v. Resultaterne af denne pilotafprøvning var yderst positive (se Agger og Bonde Nielsen, 2002).

Frederiksberg Kommune har af flere omgange indbudt Eva Bonde Nielsen til foredrag om metoden, ligesom flere af hjemmeplejens personaler i Frederiksberg Kommune har deltaget i Daniae's basisuddannelse i brug af metoden. Det er på baggrund af et detaljeret kendskab til metoden, at Joan Agine, uddannelseschef i hjemmeplejen og Susanne Kaagaard, demenskonsulent i kommunen, fandt at DCM-metoden også kunne være velegnet til brug i hjemmeplejen og dermed i borgernes hjem. I samarbejde med eksperter fra Daniae blev der udformet et pilotprojekt i forbindelse med DCM-metodens afprøvning i hjemmeplejen. Afprøvning af DCM-metoden i dette regi er det første af sin art nationalt og internationalt.

Pilotafprøvningen

Projektets formål

Det overordnede formål med projektet har været at foretage en pilotafprøvning af DCM-metoden i hjemmeplejeregion. Dette med henblik på at finde ud af følgende:

- Er det muligt direkte at anvende metoden i dens nuværende udformning i hjemmeplejeregion?
- Kan metoden bruges til at dokumentere og udvikle kvaliteten af de ydelser, som hjemmeplejen giver hjemmeboende borgere med demens?
- Kan metoden bidrage til kompetenceudvikling hos personale?
- Kan metoden anbefales til brug i hjemmeplejeregion nationalt og internationalt?

Målgruppe

Pilotafprøvningen omfatter 20 borgere med demens, boende i Frederiksberg Kommune og deres tilknyttede hjemmehjælpere. De udvalgte borgere får alle hjemmehjælp i minimum ½ time af gangen. Alle borgere er observeret minimum fire timer fordelt over et til fem hjemmehjælpsbesøg for hver borger. 19 hjemmehjælpere indgår i pilotafprøvningen.

Fremgangsmåde

Forud for pilotafprøvning nedsattes en projektledergruppe bestående af Joan Agine og Susanne Kaagaard. Formålet med denne gruppe var at følge projektet samt støtte de to

observatører, der gennemførte dataindsamlingen.

Forud for pilotafprøvningen havde begge observatører gennemført et uddannelsesforløb i brug af metoden gennem Dania. Observatørerne er begge ansat i Frederiksberg hjemmepleje. De arbejder i hver deres lokalgruppe. Observatørerne var ansvarlige for den praktiske tilrettelæggelse af dataindsamling, information om projektet til de involverede hjemmehjælpere og borgere, selve dataindsamlingen samt ansvarlige for at give de involverede hjemmehjælpere feedback. Undervejs i dataindsamlingen har de to observatører uafhængigt af hinanden foretaget dataregistreringer af samme borgere, for efterfølgende at sammenligne overensstemmelse mellem deres registreringer, såkaldte inter-rater reliabilitetstestninger. Dette med henblik på at sikre, at kvaliteten af de indsamlede data var i orden.

Alle indsamlede data er sendt til Dania, som har stået for indtastninger og analyser af data. Efter endt dataindsamling er der yderligere gennemført et semi-struktureret interview med den ene mapper samt et fokusgruppelinterview med fem af de deltagende hjemmehjælpere med henblik på at få deres vurdering af DCM-metodens anvendelighed. Borgernes oplevelser af observatørernes tilstedeværelse er indirekte belyst gennem interviewene med mapper og hjemmehjælpere. Interviewene blev gennemført af Dania samt en af Dania's kollegaer fra Bradford Dementia Group, Claire Surr. De er også de ansvarlige for analyser af interview.

DCM-metoden (Dementia Care Mapping)

Metoden er oprindeligt udarbejdet med henblik på observationer i plejehjem, dagcentre og lignende. Tidsrummet for observationer i institutioner er højere end for de observationer, der er foretaget i nærværende projekt. Dette er i overensstemmelse med licensindehavernes vurdering af, hvad metoden kan bære for stadig at være valid. Ydermere er observationerne mere "intense", idet der kun observeres én borger af gangen, og i borgernes eget hjem.

Hvad bygger metoden på?

Metoden er udviklet på baggrund af tusindvis af timers studier af omsorg til mennesker, som har demens.

Tom Kitwoods grundantagelse er, at kvaliteten af den omsorg, som personalet yder, har en afgørende betydning for, hvordan det enkelte menneskes demens udvikler sig. Han har identificeret 17 områder (se side 11), som kan medføre en hurtigere udvikling af demens (han kalder dette 'ondartet socialpsykologi'). Ligeledes har han opstillet, hvad personalet skal kunne for at yde en omsorg, som er identitetsbevarende og skabende (han kalder dette 'økologisk' omsorg), samt hvad en organisation skal indeholde for at give personalet mulighed for at yde denne 'økologiske' omsorg. Metoden bygger på dette syn på omsorg, der også kaldes personcentreret omsorg

Omsorgsopgaven ansues som langt mere end det at opfylde basale 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; at forblive et selvstændigt, socialt menneske og bevare sin identitet.

I en personcentreret omsorg er det væsentligt at være opmærksom på, hvad det er for psykologiske behov, mennesker med demens har.

Tom Kitwood har overordnet indkredset fem store behov, som er behov, der findes hos alle mennesker. Behov der almindeligvis opfyldes i ens almindelig sociale sammenhænge. Hos mennesker med demens bliver disse behov mere åbenlyse, de er i en sårbar situation og er som regel mindre i stand til selv at tage initiativ til at opfylde disse behov. Behovene omfatter:

- Trøst
- Tilknytning
- Inklusion
- Beskæftigelse
- Identitet

Det er behov, der overlapper hinanden og ofte er opfyldelsen af et behov en forudsætning for, at et andet behov kan opfyldes.

Behovet for trøst skal forstås i den betydning, at man har brug for nærvær, ømhed, tryghed og støtte til at lindre sorg og smerte. At trøste er at give mennesker med demens den varme og styrke, de har brug for, når det kan være svært for dem at holde sammen på helheden i deres tilværelse.

Behovet for tilknytning kommer af, at vi mennesker er sociale væsener. Livet igennem etablerer vi tætte følelsesmæssige bånd og tilknytninger til andre mennesker. Disse tilknytninger er vigtige for at kunne fungere godt som menneske, de giver os en sikkerhedsfølelse og i de situationer, hvor man mister den nære tilknytning har det en stor indvirkning på vores liv. Mennesker med demens befinder sig ofte i situationer, der aktiverer behovet for tilknytning, for eksempel når de føler sig 'fortabte', ladt alene eller er i situationer, som de har svært ved at overskue og genkende.

Behovet for inklusion er knyttet til, at vi som mennesker vil være en del af et fællesskab.

Holdes vi udenfor fællesskabet aktiverer det negative følelser hos os. Hos mennesker med demens ser man ofte, at manglende opfyldelse af dette behov kan komme til udtryk i form af sammenbrud, protest eller råb om opmærksomhed.

Behovet for beskæftigelse opfyldes som oftest ved, at man bruger sine kræfter og færdigheder på aktiviteter, der er meningsfulde for en. Fratages man denne mulighed har det indflydelse på ens følelse af selvværd og ens færdigheder begynder at svinde ind.

Behovet for identitet er at vide hvem vi er følelsesmæssigt og kognitivt. Hos mennesker med demens kan det på grund af hukommelsessvigt være vanskeligt at opretholde identiteten. Som omsorgspersonale kan man gøre meget for at bevare denne, for eksempel ved at have et detaljeret kendskab til den enkeltes livshistorie og ved at forholde sig empatisk til personen, vise anerkendelse, tillid og respekt og forståelse for, at hvert menneske er enestående.

De fem store behov, der her er nævnt er vigtige hele tiden at forholde sig til, når man arbejder med mennesker med demens. Opfyldelse af et af disse behov vil i nogen grad også medføre opfyldelse af de andre behov. I praksis er der mange måder, hvorpå man kan opfylde disse behov hos den enkelte.

Ens menneskesyn vil ofte afspejle sig i ens omsorgspraksis. Det omsorgspersonale gør eller måske ikke gør, har en afgørende betydning for demente personers tilværelse. At arbejde ud fra en personcentret omsorg stiller krav til personalet. Det stiller krav om positivt personarbejde. Positivt personarbejde kommer til udtryk gennem forskellige positive interaktionsformer. Tom Kitwood skitserer i sin bog (1998) forskellige former for positive interaktioner. I det følgende skal omtales nogle af disse.

Anerkendelse: Anerkendelse betyder, at man oplever fuld accept af at være den person, man er. Anerkendelse behøver ikke at komme til udtryk verbalt, det kan for eksempel også ske gennem intensiv øjenkontakt. I anerkendelse ligger også en tro på, at mennesker – uanset deres aktuelle tilstand har udviklingspotentialer. Det er her væsentligt at skelne mellem godkendelse og anerkendelse. Godkendelse refererer mere til en accept af et menneskes aktuelle tilstand, og er et mere statisk begreb. Det er en vigtig pointe, som i praksis kan have stor betydning for, hvordan man indgår i relationer med andre mennesker, og hvordan andre mennesker oplever en selv.

Forhandling: Forhandling som positiv interaktionsform indebærer, at man spørger om/aflæser demente menneskers behov og ønsker i stedet for på forhånd at antage deres behov og ønsker. I praksis er der mange situationer, hvor forhandling forekommer, for eksempel i forhold til stå op tider, spisetider o.lign. I disse situationer er det væsentligt, at omsorgsgiver tilpasser sig deres behov og ikke omvendt.

Samarbejde: Samarbejde som positiv interaktionsform indebærer, at man arbejder sammen, det vil sige involverer mennesker med demens i forskellige gøremål, for eksempel også i personlige omsorgssammenhænge, som bad, at tage tøj på o.lign. Samarbejde er en omsorgsproces og ikke noget man gør ved en anden person.

Validering: Validering indebærer, at man accepterer og anerkender en anden persons oplevelser og prøver at sætte sig ind i dennes referenceramme. Man responderer på den anden persons emotioner på et følelsesmæssigt plan. Når ens oplevelser valideres oplever man styrke, robusthed og bliver mere levende.

Facilitering: Facilitering hænger snævert sammen med samarbejde. Facilitering er gennem samarbejde at gøre det muligt for en person med demens at gennemføre handlinger,

som vedkommende ellers ikke er i stand til. Man støtter her de dele af handlingen, som er vanskelige for personen.

Humor: Humor som interaktionsform har gennem forskellige studier (se fx Helen B. Lewis,) vist at have en helbredende virkning i forhold til psykiatriske lidelser. Der er ingen grund til at antage, at behovet for humor ikke også findes hos mennesker med demens. Humor er en særlig form for interaktion. Her opleves, at skellet mellem omsorgsgiver og den omsorgstagende stort set forsvinder, man oplever en tæt form for 'psykisk sammen-smeltning'.

Fest: Denne interaktionsform har visse ligheder med humor, forstået på den måde, at ved god fest er alle indbegrebet af samme stemning og på samme måde som ved humor ses ofte, at skellet mellem omsorgsgiver og omsorgstager kan forsvinde.

Alt positivt personarbejde og positive interaktioner stiller krav til personalet om høj grad af empati for hver enkel borger.

Hvad kan DCM-metoden bruges til?

DCM-metoden er frem for alt et redskab til at vurdere kvaliteten af omsorgen for mennesker, der har demens, og et redskab til at skabe forandringer i omsorgspraksis. Den grundlæggende idé er, at observatøren giver en grundig tilbagemelding til omsorgspersonalet og samarbejder med dem om at opstille og iværksætte handleplaner til forbedring af omsorgskvaliteten.

Hvad omfatter DCM-metoden?

DCM-metoden omfatter observationer af omsorgsprocessen i fællesrum på fx plejehjem og dagcentre. De data, der registreres, omfatter tre kategorier:

1. Kodning af handlekategorier. Disse opsummerer hvad en person har foretaget sig (eller ikke foretaget sig) i løbet af en 6-12 timers periode, ofte fordelt over to dage, og opdelt i registreringer for hvert femte minut. Der nedskrives her et bogstav til beskrivelse af handlekategorien og et tal, der angiver hvilken oplevelse af befindende vedkommende har givet udtryk for verbalt eller non-verbalt.
2. Kodning 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 nedvurdere eller ydmyge personen.
3. Registrering af positive hændelser. Her kastes lys på momenter af god praksis.

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

I det følgende gives en mere detaljeret beskrivelse af de handlinger, der registreres i DCM, skalaen for befindende og registreringen af negative hændelser. De positive hændelse beskrives i fri form i noterne til observationerne.

Handlinger som registreres i DCM

Kode	Huskeord	Generel kategoribeskrivelse
A	InterAktion	Verbal eller non-verbal interaktion (uden anden synlig aktivitet)
B	Betragter	Socialt involveret, men passivt
C	Cool	Socialt uengageret, isoleret
D	Deprimeret	Negligeret nedtrykthed
E	Ekspression	Deltager i ekspressiv eller kreativ aktivitet
F	Føde	Spiser eller drikker
G	Gambler	Deltager i en eller anden form for spil
H	Håndværk	Deltager i aktivitet, der kræver arbejde med hænderne
I	Intellektuel	Deltager i aktivitet, der kræver brug af intellektuelle færdigheder
J	Jogging	Deltager i fysisk træning eller sport
K	Komme og gå	Går ved egen hjælp, står eller bevæger sig rundt i kørestol
L	Laver noget	Udfører arbejde eller arbejdslignende aktivitet
M	Medier	Ser tv, hører radio el. lign.
N	Nikker	Sover, blunder
O	Omsorg, egen	Sørger på egen hånd for sig selv
P	Pleje	Modtager praktisk, fysisk eller personlig omsorg
R	Religion	Deltager i religiøs aktivitet
S	Sex	Aktivitet relateret til tydeligt udtryk for seksualitet
T	Timalering	Sanserne er direkte involveret
U	Upåagtet	Søger at kommunikere, men får ingen respons
W	Vedholdende	Gentagen selvstimulering
X	X-kretion	Episoder med relation til udsondring
Y	Ytring	Taler med sig selv eller med en indbildt person, har hallucinationer
Z	Zero	Adfærd, der ikke passer ind i nogen kategori

Skala for personligt befindende

+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 yderligheder i retning af apati, isolation, raseri, sorg eller fortvivlelse; bliver udsat for konstant negligering i over en halv time.

Negative hændelser

Kode	Huskeord	Generel kategoribeskrivelse
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 evner, 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 meget lille barn.
4	Intimidering	at indgyde frygt i en person gennem brugen af trusler eller fysisk magt.
5	Stempling	at bruge et adfærdsmønster (fx 'gris' eller 'stripper') eller en kategorisering som "organisk sindslidelse" 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 udholde.
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 en klump død materie, 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, fx for kærlig kontakt.
14	Anklage	at bebrejde en person for 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 handlen 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 selv vurdering

Graden af hvert enkelt negativ hændelse vurderes på følgende skala:

Mild (a) Moderat (b) Alvorlig (c) Meget alvorlig (d)

Gennemførelse af pilotprojektet

I Frederiksberg Kommune har flere af hjemmeplejens personale deltaget i Daniæs basisuddannelse i Dementia Care Mapping. To af disse deltog i projektet som mappere.

De er knyttet til hver sin hjemmeplejegruppe. Fra hver gruppe blev udvalgt ti borgere med demens. Der er for de anvendte observationer aflagt et eller flere besøg i hjemmet. De fleste er besøgt 3-4 gange men en enkelt borger fik hjælp 4 timer i træk. Der har ikke været forsøgt at ændre hjælpen i hjemmet - resultaterne skal afspejle en normal hverdag i en plejegruppe. Det har bl.a. betydet, at der i det enkelte hjem har været flere forskellige hjælpere.

Det har været et stort arbejde at få tilrettelagt mapningen, så tidspunkterne har passeret med hjemmehjælpens arbejdsplan. En hjemmepleje er bl.a. karakteriseret ved, at der ofte må ændres på tidspunkter for hjælpen, og ligeledes hænder det, at der kommer andre hjælpere end planlagt. Grundet disse akutte ændringer har der derfor været tidspunkter, hvor hjælper og mapper er gået forkert af hinanden. Sammen med andre omstændigheder, som omtales senere i dette afsnit, har det resulteret i at der er mapninger af mindst fire timers varighed på ti borgere. Disse er alle fra den ene plejegruppe. Resultaterne fra den anden gruppe indgår ikke i resultaterne i næste kapitel, men har givet megen information om hvilke problemer, man kan møde, når man ønsker at lave en sådan undersøgelse.

En årsag til problemerne er, at ledelsesforholdene i den ene plejegruppe har været meget svage, og det har betydet, at det har været meget svært for mapperen at få besked om, hvornår hjælperen ville være i hjemmet. Flere gange er mapperen gået forgæves efter at have ventet i lang tid. I de tilfælde, hvor det lykkedes at komme samtidig med hjælperen, har denne ofte ikke været orienteret om pro-

jektet, og har derfor ikke ønsket at medvirke. Yderligere har mapperen også oplevet, at borgerne har været så dårlige, at vedkommende måtte foranledige en indlæggelse på hospitalet. I andre hjem har pårørende været meget belastede, og har optaget mapperens opmærksomhed.

Ikke desto mindre har mapperen observeret vigtige detaljer, som kan medvirke til en styrkelse af DCM-metoden.

Eksempler på dette er:

I nogle hjem fandt mapperen, at hjælper og borger havde en fin og varm kommunikation, og borgeren var meget glad og fornøjet. Imidlertid så mapperen, at borgeren ikke fik den fornødne hjælp til fx personlig hygiejne. Sikkert pga. borgeren modvilje derimod, men meget uhensigtsmæssigt i forhold til at imødekomme elementære nødvendigheder.

I et andet hjem observerede mapperen, at borger og hjælper indgik i et god relation, men da borgeren ikke ønskede hjælp til fx rengøring, blev dette ikke udført. Dette kan selvfølgelig godt stå til et stykke tid, men ikke for evigt. Og hjælperen oplevede det ikke som et problem.

I andre hjem observerede mapperen, at der stod urørt mad fra aftenen før. Umiddelbart var humøret godt hos den demensramte, men vedkommende måtte have været sulten. Og hjælperen tog sig heller ikke af det, fx ved at melde tilbage til gruppeleder og aftenhjælperen.

Mapperen blev kaldt ud i et problemfyldt hjem, fordi den demensramte kvinde blev aggressiv på hjælperen. Mapperen fandt, at problemet egentlig var den udmattede ægte mand. Når hjælperen kom om morgenen, havde han så stort et behov for at tale, at den demensramte ikke fik den afsatte hjælp til

personlig hygiejne, og ydermere følte sig overset.

I en anden situation blev den demensramte ulykkelig, når hun ikke kunne se hjælperen. Det kunne afhjælpes ved, at sengen blev flyttet, så den demensramte kunne se ud i køkkenet. Hvis dette ikke havde været muligt, kan det jo ikke betegnes som dårlig pleje, men u hensigtsmæssigt placering af vægge.

I den gruppe, der indgår i det følgende, var der ansat 19 hjælpere. De 14 var kvinder, og 13 var uddannede social- og sundhedshjælpere, mens to var uddannede hjemmehjælpere, to var uddannede afløsere og to var social- og sundhedshjælperelever. Det faste personale havde mellem et og 27 års erfaring i hjemmeplejen. I gennemsnit havde personalet 6,7 års erfaring og gennemsnitalderen var 40 år.

Resultater af DCM-observationerne

Da dette projekt er et pilotprojekt, hvor DCM-metoden anvendes på et helt nyt område, vil fremstillingen af resultaterne også have et andet fokus, end man vil anvende i en traditionel rapport om resultaterne af en DCM-mapning.

Selve fremstillingen af handlinger og befinde er gjort, som man normalt gør. Forskellen ligger i behandlingen af de positive og negative hændelser: Normalt vil man i præsentationen af de individuelle resultater lægge stor vægt på, hvordan tingene kan gøres bedre. Denne proces er også gennemført i tilbagemeldingerne fra observatør til hjælpere. Men i denne rapport er fokus lagt på hvilke forhold observationerne afdækker: Er begreber som trøst, inklusion og tilknytning også forekommende i relationen mellem hjælpere og borgere. Lægges hjælperne vægt på empati, facilitering osv.

Normalt vurderes det gennemsnitlige befinde for en borger eller en gruppe af borgere ud fra følgende kategorisering:

	Dagcenter	Plejehjem
Udmærket	mindst +3,0	mindst +2,7
Meget god	+2,4 - +2,9	+2,1 - +2,6
God	+1,8 - +2,3	+1,5 - +2,0
Rimelig	+1,2 - +1,7	+0,9 - +1,4
Behov for væsentlige ændringer	mindre end +1,2	mindre end +0,9

I det følgende har vi vurderet omsorgskvaliteten ud fra den norm, der normalt anvendes på plejehjem, da vi mener, at ydelserne ligger tættere på det, som sker på et plejehjem.

Dagcentre er mere rettede mod at give meningsfuld beskæftigelse, og har kun meget få elementer af praktisk hjælp og personlig pleje.

I det følgende gennemgås resultaterne for de ti deltagere enkeltvis og så følger resultaterne for gruppen som helhed. Endelig præsenteres et forsøg på en sammenfatning, der fokuserer på om metoden ser ud til at virke – i den forstand, at den fremhæver de aspekter af omsorgen, som man normalt ser ved brug i fællesrum på dagcentre og plejehjem, og som er afgørende for borgernes velbefindende.

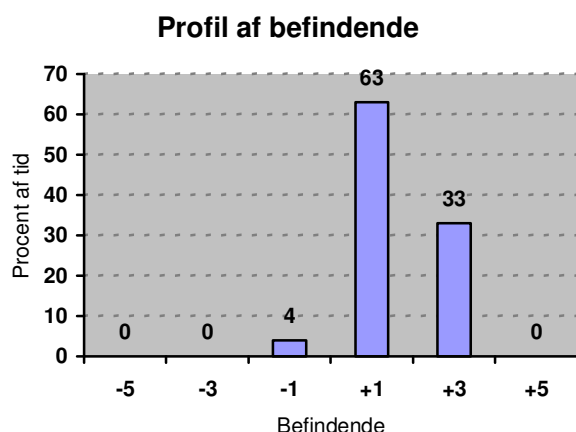
Deltager 1

Mand, 63 år

Observeret i alt 4t, fordelt på 5 gange af varighed fra 30min til 1t 40min

Befindende

Gennemsnitligt befindende:
+1,6 svarende til god omsorg



Handlinger

Borgerens handlinger	Procent af tid
A Interaktion	33
K Komme og gå	25
L Laver noget	15
P Praktisk hjælp/personlig pleje	15
O Egen omsorg	6
B Betragter	4
F Føde	2

Borgeren er meget talende og fortæller om barndom, familie og sit nye fjernsyn. Laver selv aftensmad og går til hånd, mens hjælperen gør rent.

Positive hændelser

Trøst og tilknytning: Borgerens kateter er utæt og han får våde bukser, og han er ked af uheldet. Hjælperen formår at sætte sig ind i, hvor frustrerende det må være og borgeren føler sig forstået og humøret stiger.

Facilitering: Borgeren gentager sig selv mange gange og hjælperen hjælper borgeren videre på en meget hensynsfuld måde.

Empati: Borgeren har fået nyt tv og fortæller meget om det. Hjælper lytter og kommenterer.

Identitet: Hjælper spørger om fodboldkamp og borgeren fortæller entusiastisk.

Negative hændelser

Latterliggørelse (mild): Borgeren er ved at skrive en adresse på hans arbejde. Hjælperen kommenterer: "Nå, er du ved at skrive en roman". Borgeren lader dog ikke til at lade sig påvirke.

Manglende interaktion: En hjælper er meget tavs og svarer kun når borgeren selv henvender sig. Måske sprogproblemer, da hjælperen er af anden oprindelse end dansk.

Generelt

Beskæftigelse: Borgeren kan stadig selv tage på arbejde med bussen.

Hovedrengøring er ved en fejl ikke kommet den aftalte dag, og borgeren er frustreret over dette. Der gives besked til rette sted.

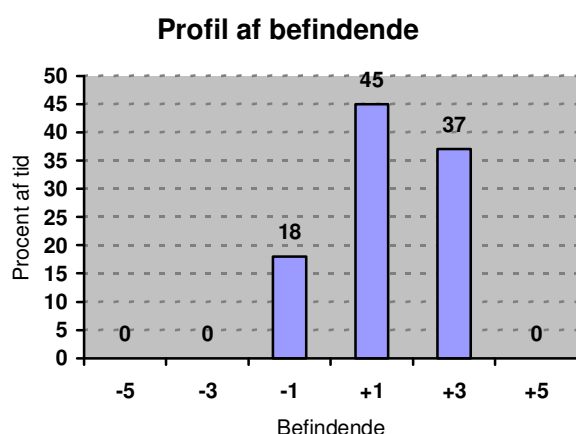
Borgeren henvender sig meget til observatør og det er svært at være fluen på væggen.

Deltager 2

Kvinde, 97 år
Observeret i alt 4t 15min, fordelt på 5 gange af varighed fra 30min til 1t 05min

Befindende

Gennemsnitligt befindende:
+1,4 svarende til rimelig omsorg



Handlinger

Borgerens handlinger	Procent af tid
A Interaktion	31
F Føde	31
P Praktisk hjælp/personlig pleje	12
O Egen omsorg	6
K Komme og gå	6
D Deprimeret	6
E Ekspressiv (sang)	4
L Laver noget	2
B Betragter	2

Der bruges megen tid på samtale og at spise. Borgerens befindende er meget svingende, ofte +3 når hun taler med hjælper. Det negative befindende forekommer så snart hjælperen ikke er i rummet, enten når borgeren spiser alene eller når hun blot sidder for sig selv uden at lave noget.

Positive hændelser

Validering og identitet: Hjælper bruger gammelt sprog ligesom borger. Hjælper borgeren med at udtrykke sig, og har stort kendskab til borgeren.

Trøst: Borger klager lidt over alt det hun ikke kan. Hjælper fortæller om alt det borgeren godt kan, hvilket gør hende glad.

Anerkendelse og empati: Borgeren føler sig ved siden af sig selv, og hjælper siger, at det kender hun fra sig selv, når man lige har siddet og slumret (hvad borgeren netop har gjort).

Humor: Borgeren har spist og ordnet det fornødne. Hjælper roser og spøger med borgeren om det: "Du gør mig jo snart arbejdsløs".

Inklusion: Hjælperen siger "Vi er veninder", og borgeren siger "Ja det er det vi er".

Fest: Borgeren og hjælperen synger sammen og borgeren er meget glad for musik

Negative hændelser

Underkendelse (mild): Borger kan ikke spise mere, men hjælper siger, at det **må** hun da kunne.

Generelt

I den tid, hvor der er direkte kontakt mellem borger og hjælper, er velbefinde højt, men det samlede velbefindende trækkes ned så snart hjælper er i et andet rum.

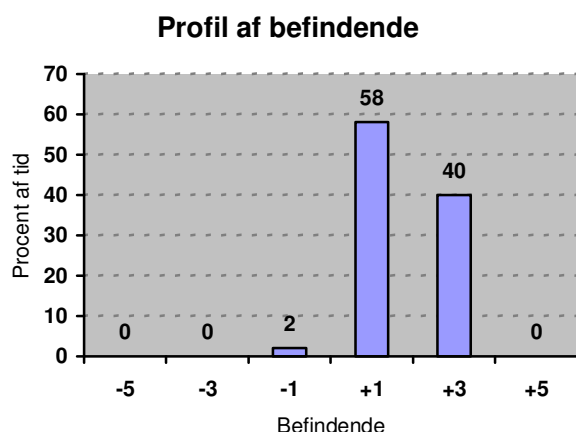
Hjælperne gør et flot arbejde for at give borgeren et godt befindende.

Deltager 3

Kvinde, 94 år
Observeret i alt 4t, fordelt på 3 gange af varighed fra 30min til 2t 25min

Befindende

Gennemsnitligt befindende:
+1,8 svarende til god omsorg



Handlinger

Borgerens handlinger	Procent af tid
A Interaktion	35
F Føde	25
L Laver noget	25
K Komme og gå	8
T Timalering (rygning)	4
O Egenomsorg	2

Borgeren har megen samtale med hjælperen og her scores ofte +3. Borgeren arbejder selv en del i hjemmet, hvor nogle ting klares fint.

Positive hændelser

Samarbejde: Hjælper taler med lidt accent, og når der opstår misforståelser, retter borgeren og forklarer ord. Hjælperen tager fint mod dette.

Inklusion: Der skrives huskeseddel sammen hvilket giver anledning til, at borgeren fortæller mange ting om husførelse i tidligere tider.

Borgeren er også med køkkenet og giver gode råd.

Borgeren fejltolker synsindtryk – tror fx, at chokolade på brødet er brændt brød. Hjælperen får fint korrigeret uden at borgeren bliver ked af det.

Humor: Borgeren og hjælperen ler meget sammen.

Negative hændelser

Manglende samarbejde: Hjælperen har lagt rent tøj frem til aftenvagten. Mens hjælperen er væk, bliver borgeren mange gange meget frustreret over disse bunker, som hun synes skal lægges på plads, men hun orker ikke.

Generelt

I en periode på en halv time er hjælperen i byen og observatøren alene med borgeren. Borgeren taler med observatøren og nusser lidt rundt i huset. Befindende er nogenlunde som når hjælper er der.

Borgeren klarer en del praktiske ting godt, men fx til frokost, hvor hjælperen lige er gået, glemmer hun at tage både brød og drikke frem.

Deltager 4

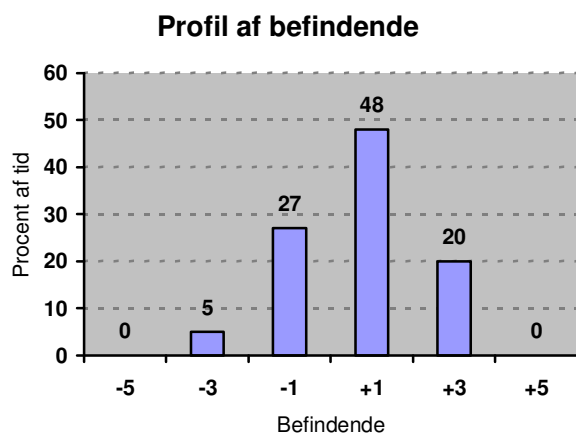
Kvinde, 91 år

Observeret i alt 4t 40min, fordelt på 4 gange af varighed fra 55min til 1t 25min

Befindende

Gennemsnitligt befindende:

+0,6 svarende til behov for væsentlige ændringer



Handlinger

Borgerens handlinger	Procent af tid
P Praktisk hjælp/personlig pleje	70
A Interaktion	16
T Timalering (rygning)	11
W Vedholdende gentagelse	4

Borgeren modtager primært personlig pleje. Det er ikke let, og det er primært i de perioder, at befindende er dårligt. Både før og efter er befindende igen ok.

Positive hændelser

Samarbejde og ingen forcering: Under den personlige pleje prøver hjælperne hele tiden at afpasse tempo, forklare hvad der gøres og berolige.

Identitet: Hjælperne giver sig tid til at tale med borgeren, som i de situationer fortæller engageret om sit liv og sin familie.

Der er i alt observeret i fire perioder. I den sidste periode er det begge de faste hjælpere, som er tilstede. Her observeres ikke dårligt befindende under personlig pleje.

Negative hændelser

I en presset situation udløses ofte flere negative hændelser, hvilket også er tilfældet her.

Barnliggørelse (mild): Hjælperne taler til borgeren, som var hun et lille barn

Nedvurdering (alvorlig): Hjælper siger til borgeren, efter at denne har sparket ud efter hjælperen, at hun er ond.

Latterliggørelse (alvorlig): Den ene hjælper driller borgeren med, at hun bedre kan lide den anden hjælper (som også er en kvinde), fordi hun er forelsket i hende. Borgeren bliver vred.

Anklage (mild): ”Når du spænder armen, er det jo klart, at det gør ondt”.

Objektificering (moderat): Borgeren hænger i sin lift, mens der skiftes sengetøj og er utilpas ved det. Problemet er, at hjælperne har prøvet at gøre det på andre måder, men de siger, at det tager længere tid og hun heller ikke kan lide det på disse måder.

Ignorering (mild): En hjælper taler hen over hovedet på borgeren til den anden om hvad, der skal gøres.

Generelt

For denne borger er det meget vigtigt, at det er de faste hjælpere, som foretager personlig pleje.

Deltager 5

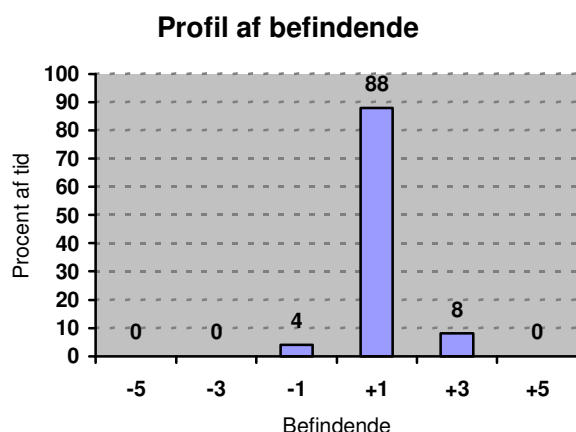
Mand, 89 år

Observeret i alt 4t, fordelt på 5 gange af varighed fra 40min til 55min

Befindende

Gennemsnitligt befindende:

+1,1 svarende til rimelig omsorg



Handlinger

Borgerens handlinger	Procent af tid
A Interaktion	38
M Medier (avis)	15
I Intellektuelt	13
B Betragter	10
F Føde	8
N Nikker (sover)	8
K Komme og gå	6
P Praktisk hjælp/personlig pleje	2

Borgeren har en del interaktion med hjælperen især vha. billeder. Det udløser ind imellem et velbefindende på +3, men det typiske er +1 og borgeren beskæftiger ofte sig selv.

Positive hændelser

Trøst: Når borgeren er negativ prøver hjælperen af få borgeren til at se det positive i livet, og dette udløser ofte efterfølgende en positiv interaktion.

Trøst: Når borgeren er ked af livet og opgivende lytter hjælperen og spørger deltagende. Borgeren føler sig trøstet.

Empati?: På trods af lidt sprogproblemer, hvor borgeren misforstår hjælperen, er denne god til at følge borgeren, når han misforstår.

Identitet: Borgeren er meget interesseret i sport, hvilket hjælperne ved og diskutere med borgeren. Borgeren har tidligere været sportsudøver.

Negative hændelser

Underkendelse (moderat): Da borgeren ikke helt kan huske, at han har høreapparat, siger hjælper meget bastant ”Jo du har”.

Ignorering (mild): Hjælper ringer vedr. høreapparat. Borgeren sidder passivt og følger med i hvad der sker. Hjælper fortæller ikke, hvad hun gør eller hvad hun finder ud af.

Generelt

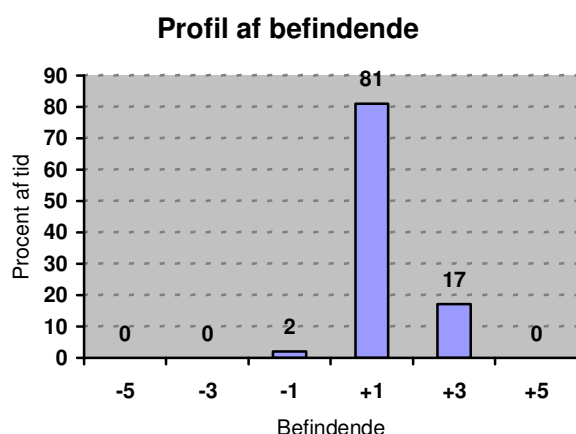
Borgeren virker ofte træt og orker ikke den store kontakt, men der er sjældent tegn på dårligt velbefindende. Borgeren har et alkoholmisbrug oven i demensen, men har ikke været beruset, mens observatøren har været i hjemmet. Er aldrig rigtig kommet sig over sin hustrus død for et par år siden.

Deltager 6

Kvinde, 90 år
Observeret i alt 4t, fordelt på 1 gang

Befindende

Gennemsnitligt befindende:
+1,3 svarende til rimelig omsorg



Handlinger

Borgerens handlinger	Procent af tid
F Føde	21
B Betragter	21
A Interaktion	15
P Praktisk hjælp/personlig pleje	13
O Egen omsorg	10
L Laver noget	6
N Nikker (sover)	6
E Ekspressiv	2
K Komme og gå	2
M Medier	2
X Excretion (toiletbesøg)	2

Der er her tale om et langt forløb, og der forekommer mange forskellige handlinger. De (forholdsvis få) +3, der er, forekommer både under samtale, personlig pleje, arbejde og spisning.

Positive hændelser

Trøst: Borgeren er forvirret over at hjælperen kommer, da det ikke er blevet skrevet i kalen-

deren. Hjælperen giver et knus og taler borgeren til ro.

Fysisk: Hjælper meget opmærksom på om borgeren kan lide badet, og giver god tid til bare at sidde i badet.

Validering: Flot guidning i badet og ved blomstervanding, så borgeren kan klare mest muligt selv.

Inklusion: Hjælper sætter sig lidt med borgeren mens hun spiser, hvilket borgeren nyder.

Identitet: Borgeren viser billeder af sin afdøde mand, bliver lidt rørt og er stolt af ham.

Negative hændelser

Ingen rapporteret

Generelt

Tilknytning: Borgeren er meget tryk ved hjælperen og stoler fuldt og fast på, at hun vil hende det bedste. Hjælperen kender borgerens signaler og opmuntre og støtter borgeren.

Når hjælperen går i vaskekælderens sætter borgeren sig og kigger ud i rummet. Hun kontakter ikke observatøren.

Deltager 7

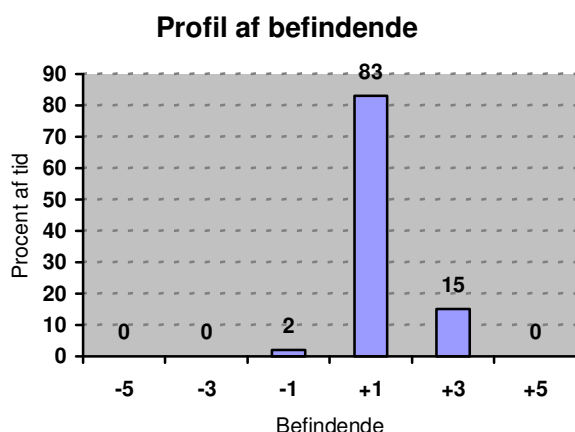
Kvinde, 97 år

Observeret i alt 4t, fordelt på 3 gange af varighed fra 1t til 1t 50min

Befindende

Gennemsnitligt befindende:

+1,3 svarende til rimelig omsorg



Handlinger

Borgerens handlinger	Procent af tid
A Interaktion	29
F Føde	29
P Praktisk hjælp/personlig pleje	19
N Nikker (sover)	15
K Komme og gå	4
O Egen omsorg	2
X Excretion (toiletbesøg)	2

Den personlige pleje forløber fint, og en stor del af (de forholdsvis få) +3 findes her. Ellers er interaktionen mest præget af småsnak, mens hjælperen arbejder.

Positive hændelser

Samarbejde og forhandling: Hjælperen guider borgeren meget fint med en ting af gangen og roser hele tiden borgeren for, hvad hun gør, lytter til hvad borgeren siger, respekterer hendes ønsker og følger hendes anvisninger. Hjælperen er ny i borgerens hjem.

Tilknytning: Hjælperen understøtter hele tiden borgerens følelsesmæssige ytringer, både positive og negative.

Beskæftigelse: Hjælper er rigtig god til at inddrage borgeren i at få lavet morgenmad ved at spørge, hvor tingene er. Borgeren er glad for at kunne hjælpe. Hjælperen fortæller hele tiden, hvad hun gør.

Identitet: Hjælper har passet borgerens søster, så der er fælles minder at genopfriske. Borgeren har fået brev fra familien, som hjælperen læser højt, og borgeren fortæller om familien.

Negative hændelser

Ingen rapporteret.

Generelt

Borgeren spiser meget sparsomt, og det ville være godt, hvis hjælperen kunne side sammen med borgeren. Ellers glemmer hun at spise og falder i stedet i søvn.

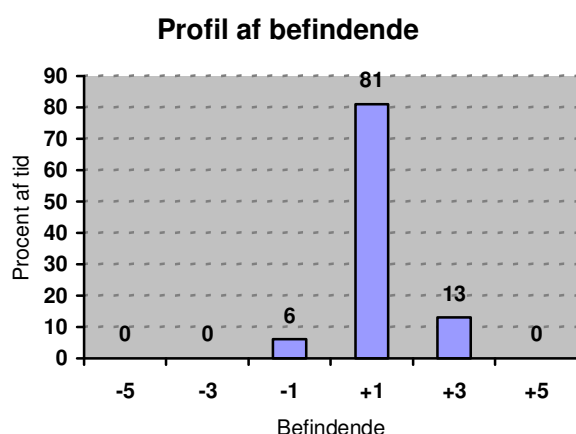
Borgeren sidder en morgen på gulvet, uden at kunne komme op. Det vides ikke, hvor længe hun har siddet der, men borgeren virker upåvirket. Hun har ikke brugt nødkaldet.

Deltager 8

Mand, 95 år
Observeret i alt 4t, fordelt på 2 gange af varighed fra 1t 30min til 2t 30min

Befindende

Gennemsnitligt befindende:
+1,1 svarende til rimelig omsorg



Handlinger

Borgerens handlinger	Procent af tid
F Føde	52
B Betragter	13
N Nikker (sover)	10
A Interaktion	6
P Praktisk hjælp/personlig pleje	6
C Cool (socialt uengageret)	6
O Egen omsorg	4
I Intellektuelt	2

Borgeren bruger meget tid på at sidde og spise, mens hjælperen gør rent. Når hjælperen sætter sig og taler, stiger velbefindende til +3. I en stor del af tiden er der ikke megen kontakt mellem borger og hjælper.

Positive hændelser

Fysisk: Borger er svært tunghør og hjælper har kraftig accent, men kommunikerer fint med tegn, fagter og kropssprog.

Fysisk: Hjælper opfordrer, samtidig med at han gør rent, konstant borgeren til at spise.

Inklusion: Da hjælper har serveret maden, spørger borgeren om hjælperen ikke vil sidde. Hjælperen henter et glas og skåler med borgeren.

Humor: Hjælper sætter sig og drikker kaffe med borgeren, hvilket han nyder meget. Hjælper skåler og laver sjov.

Tilknytning: Borger ligger i sengen, hjælperen nusser ham lidt og hjælper ham ud af sengen. Borgeren er glad.

Negative hændelser

Forcing (mild): Hjælperen giver ikke borgeren mulighed for at holde en pause i løbet af maden, spørger hele tiden, om han ikke skal have mere.

Generelt

Når hjælperen ikke er tilstede falder borgeren hurtigt hen og stirrer ud i luften eller sover.

Deltager 9

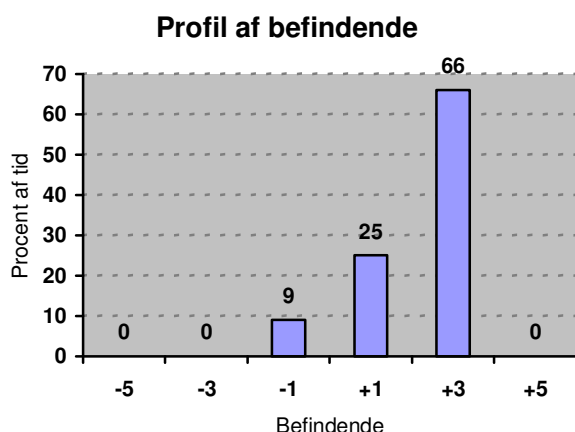
Kvinde, 84 år

Observeret i alt 3t 40min, fordelt på 3 gange af varighed fra 55min til 1t 30min

Befindende

Gennemsnitligt befindende:

+2,1 svarende til meget god omsorg



Handlinger

Borgerens handlinger	Procent af tid
A Interaktion	82
K Komme og gå	18

I en meget stor del af tiden har denne borger talt med hjælper. Der er også en periode på cirka 30min, hvor det kun er observatørerne, som borgeren taler med.

Positive hændelser

Inklusion: Hjælperen, som ikke er fast hjælper, bruger god tid på at finde ud af, hvad hun kan få lov til at lave. Forsøger uden held at inddrage borgeren i rengøring.

Samarbejde: Hjælperen er rigtig god til at gøre tingene **sammen med** borgeren. Hjælperen får på den måde lov til at gøre meget og borgeren føler, at hun har kontrol.

Forhandling: Hjælper forsøger at overtale borger til at gå i bad ved at massere hende på ryggen.

Forhandling: Borger vil ikke udlevere penge til indkøb, men det lykkes dog efter megen forklaring.

Negative hændelser

Latterliggørelse (moderat): Hjælper laver grinmasser til observatør når borgeren gentager sig selv.

Generelt

Identitet: Borgeren har tidligere gentaget sig selv meget. Efter samtalen med observatøren, hvor hun fortæller meget engageret om sit liv, da børnene var små, begynder hun senere også at fortælle andre om sin barndom, hvilket hun ikke har gjort tidligere.

Borgeren er meget optaget af, at observatørerne er der (dette er en kontrol mapning, hvor begge observatører er til stede). Borgeren vender gentagne gange tilbage til hvorfor observatørerne er der, men kan ikke forstå/huske forklaringerne.

Deltager 10

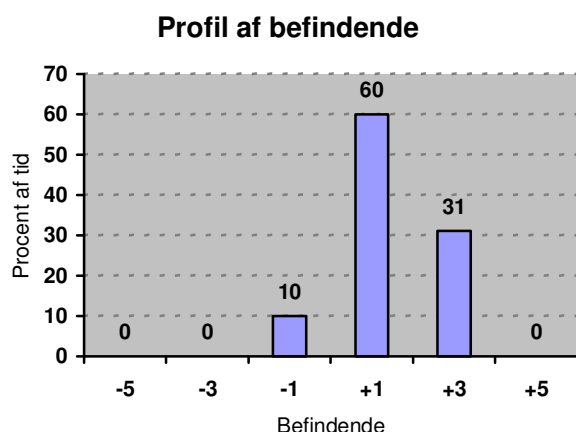
Kvinde, 59 år

Observeret i alt 4t 20 min, fordelt på 3 gange af varighed fra 45min til 2t 05min

Befindende

Gennemsnitligt befindende:

+1,4 svarende til rimelig omsorg



Handlinger

Borgerens handlinger	Procent af tid
F Føde	25
K Komme og gå	23
P Praktisk hjælp/personlig pleje	17
B Betragter	13
L Laver noget	8
U Ubesvaret	6
A Interaktion	4
I Intellektuelt	2
S Sex	2

Under den praktiske hjælp/personlige pleje har borgeren et velbefindende på +3 og ligeledes, når hun hjælper med praktiske ting og går tur.

Positive hændelser

Samarbejde: Under personlig pleje er hjælperen god til at guide med en besked af gangen og bekræfter borgerens sansninger og spørger til velbefindende.

Inklusion: Når naboen ringer på, og taler kort med borgeren, hvor hun roser hendes nye frisure, bliver borgeren glad.

Inklusion og meningsfuld beskæftigelse: Hjælperen er rigtig god til at få borgeren til at hjælpe med at pakke ud og lægge på plads efter indkøb. Hun er også med til at hænge vasketøj op.

Fysisk: Hjælper kender borger så godt, at hun kan se at borgeren har hovedpine, og hun nusser borgeren.

Hjælperen går tur med borgeren, hvilket hun nyder meget.

Borgeren har åbnet opvaskemaskinen og står og ser lidt fortabt ud. Hjælperen får meget fint reddet hende ud af situationen uden at borgeren bliver flov over, at hun har glemt hvad hun ville.

Identitet: Borgeren viser billeder fra sin datters bryllup. Hjælper taler om hvor meget hun ligner sin datteren og borgeren bliver glad.

Humor: Pludselig ler borgeren og hjælper spørger hvorfor og finder ud af grunden og de ler sammen

Negative hændelser

Ingen rapporteret

Generelt

Især i starten virker borgeren irriteret over at blive observeret.

Hjælperen mangler tid til at tale med borgeren, mens borgeren spiser.

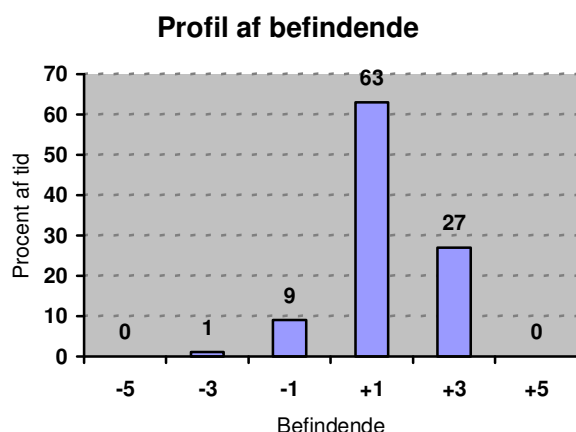
Borgeren vandrer omkring i hjemmet og virker, som om hun ikke har set tingene før.

Samlede resultater

De er observeret i alt 40t 55min, fordelt på ti personer, med observationstid varierende fra 3t 40min til 4t 40min.

Befindende

Gennemsnitligt befindende for alle ti borgere: +1,4 svarende til rimelig omsorg lige på grænsen til god omsorg.



Handlinger

I tabellen er vist alle de mulige handlinger, der anvendes i DCM, og i hvor stor en del af tiden borgerne foretager disse handlinger. Det er de samlede resultater for alle ti borgere.

Mens hjælperen er tilstede er borgerne primære aktivitet at tale med hjælperen (A). Det sker i 28% af tiden. Man kan ikke se, hvad hjælperen laver samtidig.

Der bruges også megen tid på at spise (F), i alt 20%. Mens der spises, kan der selvfølgelig også foregå samtale, men det kan man ikke umiddelbart se. En god samtale, mens der spises, afspejles i stedet i et større velbefindende.

Den sidste store kategori er praktisk hjælp og personlig pleje. Det foregår i 16% af tiden.

Borgerens handlinger	Procent af tid
A Interaktion	28,1
B Betragter	6,3
C Cool (social uengageret)	0,6
D Deprimeret	0,6
E Ekspressiv	0,6
F Føde	19,4
G Gambler (spil)	0
H Håndværk	0
I Intellektuelt	1,6
J Jogging (fysisk aktivitet)	0
K Komme og gå	9,2
L Laver noget	5,5
M Medier	1,6
N Nikker (sover)	3,9
O Egen omsorg	3,1
P Praktisk hjælp/personlig pleje	16,3
R Religion	0
S Sex	0,2
T Timalering (sansestimulering)	1,6
U Ubesvaret	0,6
W Vedvarende gentagelser	0,4
X Excretion (toiletbesøg)	0,4
Y Ytring (taler med sig selv)	0
Z Zero (uden for kategori)	0

I 9% af tiden går borgerne omkring (primært i deres hjem, men der er også et enkelt eksempel på at borgeren og hjælperen går tur sammen udendørs).

I 6% af tiden deltager borgeren i arbejdslydende aktiviteter. Det kan fx være, at hjælpe med køkkenarbejde, sætte varer på plads eller ordne andre huslige ting. I nogle tilfælde udføres disse aktiviteter selvstændigt, samtidig med at hjælperen laver noget andet.

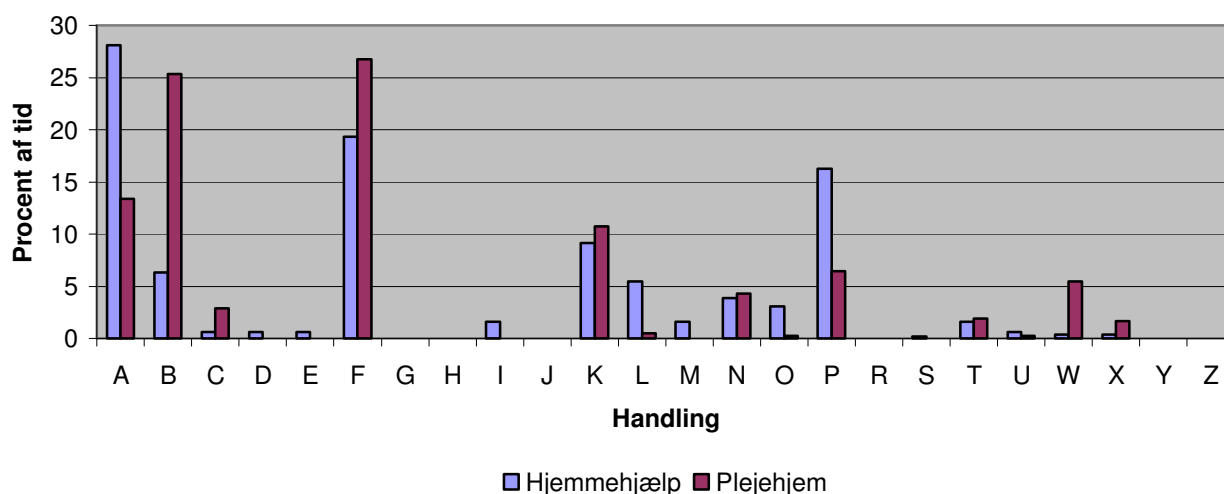
Udover disse hyppigt forekommende kategorier, som alle rummer potentiale for udvikling, forekommer en række andre kategorier, som også rummer potentiale for udvikling: Sang/nynnen (E), tale om billeder (I), læse fx avis (M), egen omsorg (O), seksuelle ytringer (S), rygning (T) og toiletbesøg (X).

At spille (G), fx lægge kabale, lave håndværk (H), fx strikke, udfører fysisk træning (J) eller religiøse aktiviteter (R) forekommer ikke.

Endelig er der de handlinger, som ikke rummer potentialer for udvikling. Den mest hyppige er situationen, hvor man er social involveret, men passivt (B) - man sidder og betragter, hvad der foregår. Dette sker i en lille del af tiden (6%). De øvrige negative kategorier (C, D, U, W) forekommer i alt kun i 2% af tiden og ingen sidder og taler med sig selv (Y). Dette må betegnes som meget tilfredsstillende.

Borgerne sover også (N) en lille del af tiden, i alt 4%.

Det kan være svært at vurdere disse tal. Derfor er der i figuren sammenlignet med hvad der sker i fællesarealerne på et tilfældigt plejehjem. Disse resultater bygger på et tilsvarende antal observationer.



Figuren viser markante forskelle mellem A (interaktion) og B (betrakter) og er en naturlig konsekvens af, at hjemmeplejens omsorg foregår mellem en borger og en eller to hjælpere, mens interaktionen på et plejehjem ofte involvere mange borgere og få personaler.

At der foregår mere praktisk hjælp og personlig pleje i hjemmeplejen, er en naturlig konsekvens af, at der kun observeres i fællesarealer på plejehjem.

Der bruges lidt mere tid på at spise (F) på plejehjemmet end i hjemmeplejen, hvilket også kan forklares med at nogle borgere primært kommer i fællesarealerne, når der serveres mad, ellers er de i deres egen bolig.

For de øvrige kategorier er der ikke den store forskel på hjemmeplejen og plejehjemmet. Det er dog værd at notere at de kategorier,

som ikke rummer mulighed for udvikling (C, D, U, W), forekommer hyppigere på plejehjemmet, hvilket også kan ses som et tegn på, at en-til-en relationen i hjemmeplejen ikke genererer negative handlinger.

Der skal selvfølgelig her tages forbehold for, at begge undersøgelser er små. Men pointen i denne sammenhæng er, at der ikke er noget, der strider mod, hvad man ville forvente i forhold til forholdene i hjemmeplejen og på plejehjem. Hjemmeplejen er karakteriseret ved intens kontakt i kort tid mellem borger og personale, mens kontakten i fællesarealerne har lav intensitet i længere tid.

Dette åbner selvfølgelig op for overvejelser om, hvordan borgernes befindende er i al den tid de ikke har hjemmehjælp. Desværre er dette nok næsten umuligt at kortlægge for personer med demens: Selvom der må forven-

tes en vis indflydelse af, at observatøren er tilstede sammen med hjælperen/hjælperne, så må denne indflydelse antages at være meget stor, hvis observatøren er den eneste anden person, der er tilstede i hjemmet. Dette viser observatørernes erfaringer.

Samlet vurdering af befindende og handlinger

I forhold til andre danske DCM-observationer (Agger og Nielsen 2001) er det gennemsnitlige befindende en smule lavere i denne undersøgelse. Dette skal tolkes forsigtigt, da undersøgelsen er lille.

Det er værd at bemærke, at profilen af befindende generelt passer fint med andre erfaringer på plejehjem og dagcentre i Danmark: Negativt befindende observeres meget sjældent, godt velbefindende er primært fordelt mellem +1 og +3. Målet er at ændre omsorgen så der forekommer flere situationer, hvor der er tydelige tegn på velbefindende (+3) i forhold til situationer, hvor der ikke er tegn på dårligt befindende (+1). Med den tætte kontakt, der i nogle tilfælde er mellem borger og en fast erfaren hjælper, må det også være realistisk at stræbe mod, at velbefindende kan være det bedst tænkelige (+5) i nogle situationer. Omvendt er situationen også den, at hjælperens primære opgave er at løse en række praktisk opgaver i borgerens hjem, fx rengøring og tøjvask, hvor det ikke altid er muligt at inddrage borgeren direkte. Det kan være svært samtidigt, at dække behovet for interaktion med borgeren.

Profilen af handlinger er overraskende bred, og det er meget sjældent, at borgerne er involverede i 'negative' handlinger: Socialt

uengagerede(C), negligeret nedtrykthed(D), uden respons(U), gentagen selvstimulering(W) eller talende med sig selv(Y). I stedet er de ofte involveret i interaktion med hjælperen, både som samtale uden anden aktivitet for borgeren, eller i forbindelse med de praktiske gøremål.

I selve DCM-metoden er de positive og negative hændelser et meget vigtigt redskab til at forbedre omsorgen. I gennemgangen af positive og negative hændelser for hver enkelt deltager er der givet mange eksempler på, hvad der rent faktisk observeres.

I forhold til borgerne er der set mange eksempler på omsorg, som støtter fem centrale psykologiske behov: Identitet, Tilknytning, Inklusion, Beskæftigelse og Trøst. Eksempler kan vha. DCM fremhæves og give inspiration til andre hjælpere.

I omsorgsrelationen mellem borger og hjælper er observeret mange eksempler på det, som kaldes positivt personarbejde: Anerkendelse, forhandling, samarbejde, humor, validering, facilitering osv. Hjælperne kan disse ting, men det er meget vigtigt, at de også ser, at det er disse ting, som DCM fremhæver ved god omsorg.

De få negative hændelser, der observeres er meget almindelige: Barnliggørelse, ignorering, latterliggørelse. At vise disse eksempler til hjælperne kan måske føre til en generel holdning, der fremhæver at borgeren med demens, er en person, der har ret til samme respekt, som alle andre mennesker. Hvordan ville de selv opleve sådanne situationer, hvis de var i borgerens sted.

Mapperens og hjælpernes erfaringer med brug af DCM-metoden i hjemmeplejereg

Der er gennemført et individuelt semi-struktureret interview med en af mapperne i projektet. Interviewet havde en varighed på cirka en time. Herudover er der gennemført et fokusgruppeinterview med fem ud af de 19 hjemmehjælpere, der indgik i projektet. Interviewet havde en varighed på cirka 1½ time. Formålene med disse interview har været at få belyst overordnede temaer som:

- Mappers og hjemmehjælperes erfaring med brug af DCM-metoden i hjemmeplejen, herunder deres vurdering af borgernes oplevelser
- Forhold der kan have indflydelse på kvaliteten af dataindsamling ('Hawthorne effekt') ved dataindsamling
- Om DCM-metoden i dens nuværende udformning vurderes som anvendelig i hjemmeplejen.

Anvendelse af DCM-metoden er et procesforløb, der indeholder informationsmøde, selve mapningen samt feedback møde. I det følgende skal der på baggrund af interviewene ses nærmere på mappers og hjemmehjælperes vurdering heraf.

Informationsmøde

Som mapper indleder man med at afholde et informationsmøde til personale, der vil blive involveret i mapninger. Informationsmødet indeholder som oftest en orientering om metoden, hvordan den anvendes i praksis, hvad den registrerer, og hvad dens formål er. På dette møde vil mapperen som oftest sikre sig mundtlig accept fra personalet til at gennemføre mapninger, når de udfører deres arbejdsopgaver.

I forbindelse med nærværende projekt er information til personalet foregået på forskellig

vis. Dels har mapper på et ugentligt møde blandt hjemmehjælperne i hendes område givet en times præsentation omkring DCM-metodens værdigrundlag. Herudover har mapper på et af deres daglige møder, som er af 15 minutters varighed informeret hjemmehjælperne mere specifikt om metoden og om formålet med nærværende projekt. Endelig har mapper også givet individuelle informationer for de hjemmehjælpere, der af forskellige grunde ikke havde mulighed for at deltage i de fælles møder.

For de hjemmehjælpere, der har deltaget i disse møder, har der ikke været problemer i forhold til at få deres mundtlige samtykke til gennemførelse af mapninger.

De fem hjemmehjælpere, der deltog i fokusgruppeinterview angiver alle, at de var tilfredse med den information, som de havde fået forinden.

De erfaringer, som interviewede mapper indtil videre har omkring mundtlig information til hjemmehjælperne er positive, men for at sikre, at alle får informationen vil hun i fremtiden foreslå, at informationen også er tilgængelig i skriftlig form.

Borgernes samtykke til mapninger er ligeledes en yderst vigtig del af hele processen. Det er forskelligt, hvordan man sikrer sig deres samtykke. Som oftest vil det være det personale, der har tættest tilknytning til borgeren, der vil indhente borgerens accept af mappers tilstedeværelse.

”Som udgangspunkt aftalte jeg med hjemmehjælperne, at de skulle sørge for at informere borgeren og få dennes accept. Jeg er dog ikke helt sikker på, at de altid havde husket det ... Jeg sørgede i hvert fald for

hver gang, jeg kom i en borgers hjem at forklare, hvorfor jeg var der, og sikre mig også, at de var indforstået med, at jeg var der.”

Selvom borgeren har givet samtykke på forhånd, er det vigtigt – og ikke mindst i forhold til hjemmeplejeregime - at mapperen hver eneste gang indleder sit besøg med at få borgerens samtykke til mapningen. Mapperen må også under hele observationsforløbet være meget opmærksom på, om han/hun er til gene for borgeren, om borgeren føler ubehag i forhold til mappers tilstedeværelse. Sker dette, stoppes mapningen med det samme.

Mapperens oplevelse af selve mapningen

En af hovedårsagerne til, at DCM-metoden ikke tidligere har været anvendt i hjemmeplejeregime hænger blandt andet sammen med en række etiske overvejelser omkring dens brug i disse sammenhænge. I DCM manualen anbefales, at man alene anvender DCM i fælles opholdsarealer på plejehjem, dagcentre o. lign. Det anbefales, at man ikke observerer borgere, når de får hjælp til at stå op, gå i seng, komme i bad og på toilet, da sådanne observationer anses som værende alt for påtrængende. Endvidere indgår der som oftest fem-otte borgere i DCM-observationerne på samme tid. Erfaringer fra mange timers observationer under disse forhold, viser, at observatøren som regel vil være rimelig upåfaldende, som en flue på væggen. Oftest vil der også være flere personaler til stede under observationerne, og de notater, der gøres i relation til personalet – det være sig positive eller negative hændelser – henføres ikke til den enkelte.

I relation til DCM's brug i hjemmeplejen ser situationen noget anderledes ud. Her observeres alene en borger i eget hjem, og som oftest vil der alene være en hjemmehjælper tilstede. Når borgeren modtager hjemmehjælp, vil der

ofte forekomme situationer, hvor der gives hjælp til personlig hygiejne. Dette foregår som regel i borgerens soveværelse eller badeværelse. Når DCM anvendes på denne måde, giver det selvfølgelig anledning til en række etiske overvejelser om, hvorvidt man krænker såvel borgerens som hjemmehjælperens private sfærer.

Generelt kan der ikke opstilles nogle regler for, om man mapper i soveværelse og/eller badeværelse. Det må mapperen tage stilling til i hver enkel situation.

”I nogle situationer, har jeg gennemført mapninger i borgernes soveværelse. Du må hver gang føle dig frem til, om det er i orden, og selvfølgelig må du også sikre dig borgerens accept, ellers mapper man selvfølgelig ikke der.”

”Når borgerne fik hjælp på badeværelset, har jeg nogle gange stået diskret uden for og fulgt med i, hvad der foregik, men der har også været situationer, hvor det ikke var muligt eller etisk korrekt at gøre det.”

Når DCM-metoden anvendes i borgerens eget hjem kan det ligeledes være sværere for mapperen at være fluen på væggen.

”Det er nogle gange et problem at være mapper i folks eget hjem, da det er svært at være fluen på væggen. Nogle af borgerne vil gerne snakke, og det sker også, at hjemmehjælperen forlader hjemmet for at gøre indkøb. Her er du som mapper alene med borgeren, og især i disse situationer er det oplagt for borgeren at snakke med dig.”

Netop dette problem har været genstand for en del diskussion i forbindelse med DCM-metodens brug i hjemmeplejen. Opstår der situationer, hvor borgeren interagerer med

mapperen, er retninglinjerne i DCM-manualen, at man overstreger disse data, som således ikke indgår i de endelige resultater. Hvad man kunne have frygtet var, at der ville være mange af sådanne situationer i nærværende projekt med den konsekvens, at selve mapningstiden skulle udvides for at være sikker på, at der var tilstrækkelig med valide data. Problemet har vist sig at være mindre end først antaget. Det kan hænge sammen med, at mange af de borgere, der indgår i observationerne, er borgere, der bor i forholdsvis store villaer, og det har givet mapperen mulighed for at placere sig mere diskret i forhold til borgeren og hjemmehjælperen. Det er svært at gisne om, hvor stort et problem dette vil være, hvis man observerer borgere, der bor i små lejligheder.

Mapperens erfaring med DCM-metoden giver anledning til følgende overvejelse.

”Ved at anvende DCM har du dokumentation for kvaliteten af den hjælp, mennesker med demens får og samtidig dokumentation for andre behov, der er nødvendige at imødekomme, hvis du vil yde en god hjemmehjælpsservice. Dokumentation er meget vigtig også i forhold til politikere, hvis der er behov for mere hjælp.”

Hjemmehjælpernes og borgernes oplevelser af selve mapningen

Indledningsvis skal nævnes, at borgernes oplevelse af selve mapningen er baseret på indirekte vurderinger fra mapper selv og fra de interviewede hjemmehjælpere. Det kunne være interessant at få borgernes egne vurderinger, og det anbefales da også, at man i fremtidige projekter gør sig nogle overvejelser om muligheden for dette, fx gennem interview.

”Jeg oplevede en borger, der følte ubehag og usikkerhed ved min tilstedeværelse. Hun spurgte hele tiden, hvorfor jeg var der, og

det var tydeligt, at hun var nervøs. Det er hun også ofte, når hjemmehjælpen er der. Men jeg besluttede ikke at mappe hende.”

De resterende borgere, som interviewede mappede, viste ingen tegn på ubehag ved hendes tilstedeværelse.

De fem hjemmehjælpere, der deltog i fokusgruppeinterviewet angiver efterfølgende, at det var en yderst positiv oplevelse at have en mapper med i forbindelse med udførelsen af deres arbejde.

”Normalt arbejder vi alene, og der er ikke nogen, der interesserer sig for os og vores arbejde. Nogle gange føler jeg, at vi ikke regnes for noget. At være del af dette projekt, det højner virkelig din selvrespekt.”

”Det er vigtigt, at mapperen er en sød og rar person – han/hun må ikke opføre sig som kontrolinstans, men det skal (som vores mapper) være en person, der reelt ønsker at støtte og udvikle vores arbejdsindsats på bedste vis.”

I forhold til nærværende pilotprojekt blev det fra start besluttet, at de mappere, der skulle indgå i projektet var personer, der i forvejen havde et godt kendskab til hjemmehjælperne og i videst muligt omfang også til borgerne. Fordelene ved dette er, blandt andet:

”I min lokale gruppe kender jeg hjemmehjælperne og vores gruppeleder vældig godt. Det har været en stor hjælp i dette pilotprojekt. Det er meget nemmere at klare forskellige situationer, når du kender folk, og du ved, de har tillid til dig.”

Feedback

En vigtig del af DCM-metodens anvendelse er at give feedback til det personale, som har været involveret i mapningerne. Feedback

mødet indeholder dels en fremlæggelse af resultater fra borgernes data dels en information om positive og negative hændelser, som er observeret i forhold til personalets arbejdsindsats. Sammen med personalet udarbejder mapperen handleplaner for borgerne, og der samarbejdes omkring planer for personalets kompetenceudvikling. Under almindelig brug af DCM-metoden henføres positive og negative hændelser ikke til det enkelte personale, men fremstilles i videst muligt omfang i en overordnet anonymiseret form. Da det ikke er muligt for mapperen at anonymisere data indsamlet i forhold til hjemmehjælpen, stiller det endnu større krav og omtanke til mapperen i forhold til at give konstruktiv feedback.

”Der var situationer, hvor hjemmehjælperne gjorde ting, som ikke var så gode, men jeg havde ikke modet til at fortælle dem det efterfølgende. Det bliver jeg nødt til at blive bedre til i fremtiden.”

Den interviewede mapper ville gerne have bedre rustet til at give feedback.

”Jeg har i virkeligheden ikke så megen erfaring i at give feedback. Jeg gik engang på et pædagogisk kursus omkring dette. Her lærte jeg, at man skulle indlede med det positive og konstruktive, herefter kunne man komme ind på mere ømtålelige områder og så ende feedback op med de positive ting. Det er, hvad jeg har haft i baghovedet, da jeg gav feedback.”

Selve rammerne for feedback kan også have en stor betydning for, hvad man vælger at fokusere på.

”Du står uden for folks hjem og giver feedback, og det er ikke den optimale situation. Du kan ikke bare fyre en masse dårligt af inden for kort tid og så gå igen. Jeg vil i en fremtidig lignende situation forsøge at finde bedre forhold for feedbackmøde.”

Ses der på de interviewede hjemmehjælperes oplevelser af den feedback, de modtog fra mapper er de yderst positive.

”For mig var det en fantastisk feedback. Jeg voksede virkelig nogle centimeter, da mapperen fortalte mig, hvor godt et stykke arbejde, jeg udførte.”

”Jeg fik så meget selvværd og følte mig opmuntret. Det betyder meget for den energi og det engagement, som du lægger i dit arbejde fremover.”

Fra interview med hjemmehjælperne er det tydeligt, at de alle har profiteret godt af den feedback, de har fået. De føler sig godt hjulpet og støttet af mapperen.

”Jeg var i en situation, hvor jeg var vikar for en anden hjemmehjælper, mens der foregik mapning. Jeg havde problemer i forhold til denne borger, havde svært ved at finde ud af, hvordan jeg skulle omgås hende, så hun var tilfreds. Mapperen hjalp mig, opmuntrede mig og støttede mig i de vanskeligheder, jeg oplevede på en meget loyal og positiv måde. Jeg havde virkelig følelse af, at mit arbejde ikke var perfekt, men efter feedback havde jeg ikke følelsen af, at jeg var totalt mislykket.”

De interviewede hjemmehjælperne har alle et ønske om, at man fortsætter med at anvende DCM-metoden i Fredriksberg Kommunes hjemmepleje.

”Jeg har en borger, som jeg har lidt problemer omkring. Jeg kunne godt tænke mig, at der blev lavet nogle DCM-observationer der. Jeg er sikker på, at det ville hjælpe mig til at løse en del af de problemer, som jeg (og sandsynligvis også borgeren) oplever.”

”Jeg synes DCM og dens værdigrundlag er rigtig god. Jeg tror, vi kan bruge den til at få en fælles holdning til, hvordan vi møder vores borgere.”

Alene det, at andre interesserer sig for deres ellers ofte meget ’aleneprægede’ arbejde er vigtigt for hjemmehjælperne.

”Gennem mapning og de resultater, der kommer herfra, begynder du at reflektere over din egen arbejdsindsats. Det er ikke noget, man ellers gør i det daglige arbejde.”

Endelig angiver hjemmehjælperne.

”Vi er meget stolte over, at det projekt, som vi har deltaget i, har international interesse – det er fantastisk. Jeg tror også, at andre kan lære af vores projekt.”

Forhold, der kan have indflydelse på kvaliteten af indsamlede data

Et tilbagevendende diskussionspunkt, når man observerer borgere og personalegrupper er hvorvidt selve det at observere påvirker de indsamlede data, den såkaldte ’Hawthorne-effekt’. Reagerer borgerne fx anderledes, når der er en mapper tilstede, og forsøger personalet at udføre deres arbejde bedre end de ellers gør normalt.

En af hjemmehjælperne giver udtryk for at have været lidt nervøs ved mapperens tilstedeværelse. Vedkommende forsøgte at yde sit bedste, mens mapningen foregik.

”Jeg var hos en borger, der skulle have gjort rent og samtidig skulle jeg også sørge for, at borgeren fik sin mad. Jeg forsøgte at gøre rengøringen ekstra grundigt og samtidig var jeg mere opmærksom på, om borgeren indtog sin mad. Jeg henvendte mig mere til borgeren end sædvanlig.”

Samme hjemmehjælper giver også udtryk for, at nervøsiteten forsvandt ved feedback møde, som vedkommende fandt meget brugbart.

De resterende hjemmehjælpere giver udtryk for, at de havde følt sig meget afslappede under mapningerne, og de havde udført deres arbejde som vanligt.

Mapperens vurdering er, at hendes tilstedeværelse kan have en betydning for de hjemmehjælpere, som er nye og måske uerfarne med jobbet, hvorimod hun ikke oplever, at de erfarne lader sig påvirke af mappers tilstedeværelse.

Med hensyn til borgerne er det mappers og hjemmehjælpernes vurdering, at stort set alle borgere reagerede, som de plejer at gøre, når hjemmehjælperen er der. De fortæller om en episode, hvor borgeren reagerede noget anderledes. Det var i forbindelse med, at mapperne i nærværende projekt gennemførte en inter-raterreliabilitetstestning (jf. nedenfor). Borgeren var meget interesseret i den mandlige mapper og overså på et tidspunkt alle andre tilstedeværende, inklusive hjemmehjælperen. Borgeren havde en dejlig oplevelse, og der er ingen tvivl om, at ’Hawthorne effekten’ har gjort sig gældende her. Som nævnt tidligere udgår data, hvor mapper interagerer med borger. Denne episode kan selvfølgelig give eftertanke i forhold til at være opmærksom på mapperens køn hos de borgere, der observeres.

Det kan ikke udelukkes, at mapperens tilstedeværelse har en eller anden form for betydning for nogle hjemmehjælpere og borgere. Samme situation kan gøre sig gældende, når DCM-metoden anvendes på plejehjem o.lign. Selv om denne effekt af og til forekommer i større eller mindre grad, er det af flere grunde ikke nogen stor ulempe. Personale inden for ældresektoren vil typisk have så travlt – det gælder også i hjemmeplejen, hvor hjemmehjælperen inden for aftalt tid skal nå at udføre

de ydelser, der er aftalt – så de vil ofte ikke have tid til at foretage sig ret meget ud over det sædvanlige. Sker det alligevel under mapninger, kan personale alene gøre dette ved brug af de færdigheder og den indsigt, de allerede har. Denne erfaring kan således bruges konstruktivt i feedback mødet.

Inter-raterreliabilitet

Når man anvender DCM-metoden anbefales det, at man jævnligt foretager inter-rater reliabilitetstestninger med henblik på at sikre, at ens registreringer er korrekte. Dette sker som oftest ved, at to mappere - uafhængigt af hinanden - foretager registreringer af den eller de samme borgere.

Herefter sammenholdes resultaterne, og her skal man gerne opnå en overensstemmelse i registreringer på mindst 70%, når DCM anvendes i evaluerings- og udviklingsøjemed. Sådanne testninger har været gennemført i nærværende projekt. Erfaringer herfra viser, at det er uhensigtsmæssigt at gennemføre disse i en borgers private hjem, da to mappere 'fylder' for meget. I stedet anbefales det, at man gennemfører disse i fællesarealer på plejehjem, dagcentre eller lign., da man kan være langt mindre synlig i disse sammenhænge.

Fordele og ulemper ved mapning i hjemmeplejen set fra mappers synspunkt

I dette afsnit har mapperen selv sammenfattet sine oplevelser af hele projektet.

Fordele

Metoden giver et utroligt godt indblik i den virkelighed, som borger og hjemmehjælper må forholde sig til i dagligdagen. Man får et rigtig godt indblik i hvordan både borger og hjælper trives både m.h.t. udførelsen af de opgaver, der skal varetages og m.h.t. organiseringen af hjælpen. Det bliver meget tydeligt, hvor vigtigt en fast hjælper er, og hvor meget spildtid der går, før en ny hjælper kommer ind på livet af en borger med demens. Det har også givet et godt indblik i de frustrationer både borger og hjælper oplever, når de ikke kender hinanden og naturligvis også hvor harmonisk, det kan være, når det er en kendt hjælper, der kommer hos borgeren.

Metoden giver også god anledning til at observere andre forhold end lige interaktionen mellem hjælper og borger, blandt andet rent praktiske ting; er borger og hjem rent og pænt, er der styr på de øvrige praktiske forhold i hjemmet, fx om borgeren kan lide den mad, der kommer udefra, har hjælperen nok tid til opgaverne eller er der opgaver der ikke nås. Alt sammen gode argumenter at få i forhold til at tale forandring og normering med ledelse og politikere.

Fordelen ved at kende borgeren er, at denne er tryk ved, at man er i hjemmet, og at det er meget nemmere at få lov til at udføre mapningen. Borgeren stoler på, at det er til deres fordel, og ikke sker fordi man har en skjult dagsorden.

Jeg oplevede et kolossalt behov for, at hjælperne bliver set og får feedback på deres arbejde ude i hjemmene. De var generelt meget positive over at blive mappet. Nogle af dem var meget nervøse før, men gav bagefter udtryk for, at det ikke havde været så slemt som de havde troet og at de var rigtig glade for at få en tilbagemelding på deres arbejde. Selvfølgelig især over de positive ting, men jeg oplevede stor lydhørhed over for de (forholdsvis få) negative ting jeg bragte op. Har ikke haft lejlighed til at følge op på, om det har medført ændringer.

Synes også det har givet mig et godt billede af hvor meget hjælperne har brug for og savner uddannelse på området. Jeg tror af DCM, i et forløb over flere mapninger på de samme borgere og hjælpere, ville være et rigtig godt redskab til at "designe" undervisning til en gruppe hjælpere, der plejer den/de samme demensramte borger. Og efterfølgende til at evaluere indsatsen.

Ulemper

Det er ikke optimalt at stå på gaden og give hjælperne feedback på mapningen, dels skal den slags ikke foregå på et gadehjørne, dels skal hjælperen videre til den næste borger, så tiden har været knap. Og man kunne forestille sig, at det som hjælper er svært at høre alt, der bliver sagt under disse forhold.

Der bør være tid og et sted man kan sætte sig ved tilbagemeldingen og det bør nok også skrives ned, så både hjælper og mapper senere kan se, hvad det var man aftalte at arbejde videre med, og hvilke ressourcer hjælperen har, der kan udnyttes hos andre borgere.

Ulempen ved at kende borgeren kunne være, at man måske overser både positive og negative hændelser fordi ”hun er jo som hun plejer”. Kan også være svært at ”se” de sidegevinst, som observationer ellers kan vise, netop fordi man kender hjemmet og er holdt op med at undre sig.

Forslag til hvordan man kan organisere mapning i hjemmet

Informationen til hhv. hjælper, borger og evt. pårørende mener jeg kan være følgende:

Til hjælperne skal informationen både være skriftlig og mundtlig. Jeg vil foreslå, at man informerer den samlede hjemmehjælps gruppe mundtligt om flg:

- Hvad formålet med mapningen er.
- Hvad det er man fokuserer på under mapningen.
- At det er et arbejdsredskab til udvikling og kvalitetssikring.
- Hvad man forventer at få ud af at mappe, dvs., hvilke fordele både hjælper, borger og mapper har af metoden.
- Hvordan det rent praktisk foregår.
- Hvordan man rent teknisk mapper.
- Hvordan opfølgningen er, hvordan og hvem får tilbagemelding.

En skriftlig information, der i kort form præsenterer ovenstående, bør som minimum gives til de hjælpere, der skal mappes.

Borgerne informeres om, at der kommer en ekstra person med ud og datoen skrives i kalender. Det ville være optimalt, hvis det er mapperen selv der informerer, så har borgeren mødt vedkommende og han/hun har også bedre tid til at forklare, hvad der skal ske. Hvis ikke dette er muligt må hjælperen informere.

M.h.t. de pårørende er jeg ikke afklaret om de skal informeres, hvis ikke de er i hjemmet. En model kunne være, at man udarbejdede et skriftligt materiale, som kunne sættes ind i

borgerens kontaktbog. Spørgsmålet er om de pårørende overhovedet ser i den og om de må se i den. Jeg mener, der er nogle juridiske aspekter, der skal afklares først.

Selve datoen og tidspunktet for mapningen planlægges med gruppeleder. Jeg har god erfaring med dagen før at minde om, at i morgen mapper jeg den og den. På den måde opfanges sidste øjeblikks ændringer, og hjælperne der skal mappes, mindes også om det, så de er forberedte.

Mapperen og hjælperen mødes foran borgerens hjem og følges ind så forvirringen ikke bliver større end nødvendig. Borgeren har som hovedregel glemt hvornår og hvorfor man kommer, og skal have tid til at få information om formålet

Hvordan man rent praktisk placerer sig i hjemmet er meget afhængig af indretningen, som hovedregel er jeg ikke gået med ud på badeværelset Primært fordi det er en overskridelse af borgerens intimsfære og der er som regel heller ikke plads.

Hvis det er store rum borgeren har, er det forholdsvis nemt at placere sig i samme rum, men når rummene er små må man evt. sætte sig i et andet hvor man kan se borgeren. Hvorvidt man kan iagttage borgeren, mens han/hun spiser afhænger af om det forstyrrer eller ej. Hvis det forstyrrer må man ”se om hjørner”, dvs. rent praktisk være i et andet rum og evt. gå lidt frem og tilbage uden at forstyrre.

Når hjælperen er færdig hos borgeren kan man vælge at gå samtidigt, hvis ikke man ønsker at observere, hvordan borgeren har det og hvad han/hun laver, når der ikke er hjælpere i hjemmet.

Hvis man forlader hjemmet efter hjælperen, er det vigtigt på forhånd at have aftalt tid til at hjælperen får feedback. Ellers er det ideelle at man straks går hen et sted, hvor man i fred

kan give mapperne en tilbagemelding på mapningen. Jeg valgte at starte ud med nogle af de positive ting, jeg havde observeret. Herefter tog jeg et par negative oplevelser op og evt. foreslog andre måder at gå til borgeren på, for igen at slutte af med nogle positive oplevelser. Jeg synes man skal passe på at man ikke giver for mange ændringsforslag ad gangen, jeg vil mene at to-tre er passende. Det er vigtigt at holde den positive vinkel. Det ville nok give bedst resultat, hvis man udformede feedbacken som en supervision, så hjælperen selv reflekterede sig frem til andre måder at forholde sig på. Som sagt synes jeg en kort skriftlig oversigt over positive og negative oplevelser ville være ideelt, så hjælperen har noget konkret at vende tilbage til.

Slutteligt skal man være indstillet på sidste øjeblikks ændringer, borgeren kan være gået, der kan komme besøgende, der kan ske noget akut når man kommer (borgeren er faldet o.l), eller det kan være at borgeren slet ikke ønsker at medvirke. Flexibilitet er vist nøgleordet når man skal ud og mappe i eget hjem!

Konklusion

- DCM-metoden er en måde hvorpå kommunen kan sikre og udvikle kvaliteten af plejen til borgere med demens.
- DCM giver et præcist billede af, hvor der skal sættes ind med uddannelse, vejledning og supervision til hjælperne, så den enkelte borgers behov tilgodeses bedst muligt.
- DCM kan bruges af kommunen til at tiltrække, fastholde og kompetenceudvikle medarbejdere så arbejdsglæden og tilfredsheden øges.
- DCM vil være meget velegnet til at indgå som kvalitetsmålingsmetode i en samlet plan for udvikling af plejen til borgere med demens.

Konklusion og anbefalinger

DCM-metodens anvendelighed i hjemmeplejen

Et af hovedformålene med nærværende pilotprojekt var at finde ud af om DCM-metoden i dens nuværende udformning er anvendelig i hjemmeplejeregiet. Overordnet set konkluderer den interviewede mapper, at den er yderst anvendelig, og hun har ingen problemer i forhold til at anvende den i dens nuværende udformning. Det gælder for alle de registreringer, der foretages i DCM-metoden: adfærds-kategorier, befindende, positive og negative hændelser. En umiddelbar formodning ville være, at man alene ville gøre brug af få af de mulige 24 adfærds-kategorier, som metoden indeholder, for eksempel P (personlig eller praktisk hjælp), F (mad og drikke), A (samtale). Ses der imidlertid på resultaterne af observationerne ses, at mange af adfærds-kategorierne er blevet anvendt. At det forholder sig sådan er interessant og opmuntrende, da det giver mulighed for detaljeret at analysere hvilke aktiviteter, der er mest menings- og betydningsfulde for den enkelte borger, herunder hvilke, der bidrager til et godt befindende hos den enkelte. Disse informationer kan umiddelbart omsættes i praksis med henblik på at højne omsorgskvaliteten for den enkelte borger. Hvis man på sigt får indsamlet et stort datamateriale i hjemmeplejeregiet, vil man yderligere kunne anvende disse data til overordnede analyser af indsatsområder i forhold til at højne omsorgskvaliteten i hjemmeplejeregiet generelt.

Som nævnt tidligere foretages der registreringer for hvert femte minut. Om erfaringer med dette siger mapperen:

”Fem minutters registreringer opleves som en forholdsvis lang periode, når du alene mapper en person. To minutters perioder vil jeg umiddelbart vurdere ville være bed-

re, og du vil stadig have tid til også at foretage notater omkring positive og negative hændelser og om andre forhold, du også ser.”

Disse erfaringer falder fint i tråd med, hvad den internationale gruppe for DCM-ledere har haft af overvejelser i forbindelse med DCM-metodens brug i hjemmeplejeregiet. Det er hensigten fremover at foretage nærmere studier af, hvordan DCM-metoden vil fungere i hjemmeplejeregiet med registreringer for hvert 2½ minut.

I DCM-metoden er der indbygget standarder for omsorgskvaliteten. Denne udregnes blandt andet på baggrund af de gennemsnitlige værdier for borgerens/borgernes befindende. Det er ikke muligt ud fra nærværende pilotprojekt at vurdere, hvorvidt disse standarder er rimelige at overføre til hjemmeplejeregiet. I afsnittet om resultater af DC-observationerne er der mere uddybende overvejelser omkring denne del af DCM-metoden i forhold til dens brug i hjemmeplejeregiet.

Anbefalinger

Undersøgelsen peger på følgende punkter som væsentlige, når DCM-metoden anvendes i hjemmeplejeregiet:

- Grundig information til mapper og borger.
- Tid og gode fysiske forhold til feed-back.
- Tidsintervallet mellem observationerne sættes ned til 2-2½ minut.
- Det kræver etiske overvejelser hver gang, i forhold til hvor man kan mappe.
- Mapper skal være klædt på til at give feed-back, også den ubehagelige.
- Konklusion i fht Frederiksberg Kommune:
- Det er kendt og anerkendt, at hjemme-hjælpere står med meget store og svære

arbejdsopgaver ude i hjemmene. Ofte opgaver af en karakter, som de, trods deres social- og sundhedshjælperuddannelse, ikke føler sig rustet til. Specielt hos demente og andre svage grupper, kan hjælperen ofte føle sig alene, og i en travl hverdag er der ikke tid til at følge ordentlig op på et problem.

- Problematikker vedrørende demens kan som regel ikke ordnes hurtigt, det kræver et grundigt analysearbejde, og dernæst afprøvning og til sidst justering af de foreslåede tiltag. Ofte skal også pårørende inddrages i problemløsningen.
- Ved at fokusere på den direkte kontakt med de personer, der yderst i omsorgskæden udfører arbejdet, nemlig hjemmehjælperne, og borgerne vil kvaliteten af plejen og den praktiske bistand kunne øges. Det hænder, som også eksempler fra dette projekt har vist, at der sker kvalitetssvigt i plejen.
- DCM synes at være en kvalitetsudviklingsmetode, der indeholder den fornødne faglighed med konkrete observationsdata og mulighed for at opfange mere skjulte fænomenologiske forhold af problematisk karakter i hjemmene. DCM synes også at være en kvalitetssikringsmetode, der dels kan dokumentere relationen mellem borger og personale, men også observere direkte svigt af plejen og af den praktiske bistand i hjemmene.
- Et yderligere aspekt kunne tilføjes, nemlig, at selv om metoden er udviklet til brug hos demente, synes der ingen hindringer for, at den også vil kunne bruges hos fx psykisk syge eller andre svage grupper af ældre.
- Som fokusgruppeinterviewet har vist, er DCM en metode, hjemmehjælperne har tillid til. Når den første ængstelse har lagt sig, og de har et godt forhold til mapper, er resultaterne tilpas konkrete til, at de umiddelbart kan arbejde videre efter anbefalingerne. Metodens egnethed til at tage etiske diskussioner op er medvirkende til, at hjælperen lærer at reflektere mere over

egen udførelse af arbejdet. Anbefalingerne kan meget let overføres til handleplanerne for den enkelte borger, og derved sikres en ensartethed i udførelsen af arbejdet. Ensartethed er meget vigtigt for borgere med demens.

- Både mappers udsagn og citaterne fra fokusgruppeinterviewene viser med al tydelighed, at de gerne vil udvikle sig, og være stolte af deres arbejde. Og roses, som vi alle har brug for.
- I forhold til Frederiksberg Kommunes hjemmepleje, kunne man foreslå, at der blev uddannet én person i hvert distrikt, som kunne varetage mapningerne på tværs af plejegrupperne. Vedkommende skulle supplere sin viden om demens, fx på Danmarks Forvaltningshøjskoles diplomuddannelse i ældre og demens.
- Der skal forefindes en funktions- og stillingsbeskrivelse for denne person - ligesom det ville være rimeligt at personen blev honoreret over ny løn for denne funktion.
- Derudover vil det være hensigtsmæssigt at alle der arbejder med demente borgere har kursus i demens. For hjælpernes vedkommende Demens 1 og 2, som er AMU uddannelser.
- Derudover bør alle i hjemmeplejen som arbejder direkte med pleje, her tænkes speciel på uuddannede, have en introducerende undervisning i demens. Denne introduktion vil fint kunne ligge i mappernes regi.
- Der skal foregå en vidensopsamling i relation til mapningen, således at hjælperne kan opnå en generel undervisning der hvor det ser ud til at der er en svaghed i omsorgen for borgeren med demens. Undervisningen skal være obligatorisk.