

KVALITETSUDVIKLING AF GERONTOPSYKIATRISK OMSORG

Lars Larsen, Inga I. Petersen

Artiklens forfattere har gennemført det første danske basisbruger kursus i metode til kortlægning af demensomsorg (DCM) arrangeret af Danmarks Institut for Ældrepedagogik og Bradford Dementia Group. På den baggrund har de foretaget en pilotundersøgelse af metodens anvendelighed til systematisk kvalitetsudvikling af omsorgen på et gerontopsykiatrisk specialplejehjem. Resultaterne tyder på, at DCM kan være et anvendeligt redskab til udvikling af omsorgen for gerontopsykiatriske plejehjemsbeboere.

Lars Larsen er cand.psych., ph.d. og adjunkt. Han arbejder til dagligt som underviser og forsker i gerontopsykologi på Psykologisk Institut ved Århus Universitet og indgår i forskningsteamet på Center for Gerontopsykologi. Lars Larsen har tidligere fungeret som souschef og intern gerontopsykologisk konsulent på ældreområdet i Århus Kommune.

Inga I. Petersen er sygeplejerske og demenskoordinator. Hun arbejder til dagligt på Plejehjemmet Caritas, Afdelingen for Sundhed og Omsorg, Århus Kommune. Inga I. Petersen har tidligere arbejdet med uddannelses- og ledelsesmæssige opgaver, samt medvirket ved oprettelsen af Århus Kommunes Videncenter på demensområdet.

Gerontologi og samfund 2003; 19, 2: 34-37

BAGGRUND

Der er i disse år fokus på ældreomsorg i Danmark, og kvaliteten af den hjælp der ydes fra det offentlige er i søgelyset. Især har interessen samlet sig om hjælp til de såkaldt svageste ældre personer, der er helt eller delvis afhængige af hjælp, og som i mange tilfælde ikke selv direkte kan give udtryk for ønsker og behov.

Sygeplejersker, ergoterapeuter og andet omsorgspersonale er blevet opmærksom på behovet for en systematisk evaluering af omsorgsarbejdet. Der har således været en stigende interesse for at måle omsorgskvalitet og psykologisk velbefindende hos fx demente beboere som bor i plejebolig. Traditionelle målemetoder såsom selvrapporte-

ring, spørgeskema og interviewmetode kan ikke anvendes, når man vil kortlægge graden af psykologisk velbefindende hos svært demente personer med alvorlige sprog- og forståelsessvækeligheder. Alternativet er adfærdsobservation, men hvilken adfærd er forbundet med psykologisk velbefindende?

KORTLÆGNING AF DEMENSOMSORG

Dementia Care Mapping-metoden (dvs. kortlægning af demensomsorg, herefter kaldet DCM), der er forankret i en personcentreret teoretisk referenceramme^{1,2}, blev udviklet i 1989 af Tom Kitwood og Kathleen Bredin, som var ansat ved Bradford Universitet, hvor de gennemførte et projekt for sundhedsmyndighederne³. Metoden er afprøvet og justeret løbende siden^{4,5}.

DCM er et redskab til systematisk kvalitetssikring af omsorgen til personer med demens, der befinder sig i såkaldt formelle omgivelser som fx dagcentre, aflastningsstilbud, ældreboliger, plejehjem og hospitalsafdelinger. DCM omfatter udelukkende observationer af omsorgsprocesser i fællesrum.

Observationerne omfatter^{6,7}: Beboerens handlinger, beboerens befindende, positive hændelser og negative hændelser. For at sikre ensartethed i registreringsmåden, er der fastsat detaljerede regler for, hvornår man koder den ene eller den anden kategori.

På baggrund af en systematisk kortlægning af god og mindre god omsorgspraksis, udvikles omsorgsindsatsen via feedback til personalet.

En tidligere pilotafprøvning i Københavns Kommune⁶ konkluderede, at DCM bidrog til at sikre kvaliteten af omsorgen for mennesker med demens, og at metoden var anvendelig, uanset hvor i et demensforløb en person befinder sig.

PROJEKT PÅ CARITAS

Formålet med projektet var at afprøve DCMs anvendelighed som et redskab til kvalitetsudvikling af omsorgen for gerontopsykiatriske plejehjemsbeboere.

I alt 12 beboere fra to gerontopsykiatriske afdelinger på *specialplejehjemmet Caritas* deltog; 8 mænd og 4 kvinder. Gennemsnitsalderen var 74 år; den yngste deltager var 60 år, og den ældste var 86 år. Beboerne inddeltes i to lige store grupper efter afdelingstilørsforhold.

Beboerne er alle specialvisiteret. Hovedkriteriet er, at der skal være tale om svært demente beboere med komplekse gerontopsykiatriske problemstillinger præget af adfærdsforstyrrelser. I realiteten har beboere med disse problemstillinger hverken kunnet fungere i eget hjem, på lokalcenter, almindeligt plejehjem eller i en af Århus Kommunes mindre demensenheder.

METODE

Indledende blev der afholdt informationsmøder med ledelse og personale om metoden. De pårørende blev orienteret skriftligt, og da de involverede personer pga. demenssygdom ikke selv kunne give tilladelse til observation, indhentes samtykke via pårørende.

Systematiske observationer og registreringer af den enkelte beboers adfærd (*handlinger/adfærds kategorier*) og sindstilstand (*befindende*) fandt for hver af de to grupper sted i 2 dage og 2 aftner i fællesarealer. Der registreredes desuden evt. positive eller negative hændelser. Den enkelte beboer blev således observeret i fire perioder á seks timer, i alt 24 timer fordelt på 5 minutters intervaller. Observationsdagene var tilfældigt valgt. Efter de første 12 timers observationer (6 timer dag, 6 timer aften) opgjordes registreringerne, og der blev givet skriftlig og mundtlig feedback om observationerne til det involverede personale. Observationerne blev gentaget efter tre måneder.

Der anvendtes to observatører (artiklens forfattere), som hver observerede tre beboere ad gangen. På baggrund af observationerne opstilledes såvel individuelle profiler som gruppeprofiler. Sådanne profiler, for individ eller gruppe, indeholder den procentvise fordeling af adfærdstyper i observationsperioden og den gennemsnitlige score for befindende (WIB = Well / Ill Being). Herudover er der anført observerede positive og negative hændelser (eksempler på depersonalisering, såsom forcering af tempo eller afbrydelse).

RESULTATER

I det følgende vil vi gennemgå resultaterne på gruppeniveau og foretage en sammenligning af data fra første og anden opgørelse mhp. en generel vurdering af evt. ændringer i adfærd og/eller befindende.

De procentvise fordelinger af handlinger og befindende for de to grupper, ved hen-



PLEJEHJEMMET CARITAS

Plejehjemmet Caritas i Århus Kommune er et hjem for svært demente personer, hvis situation er kendetegnet af komplekse problemstillinger, herunder svære adfærds-forstyrrelser. Caritas har i alt 110 beboere, hvoraf 73 er visiteret til gerontopsykiatrisk special

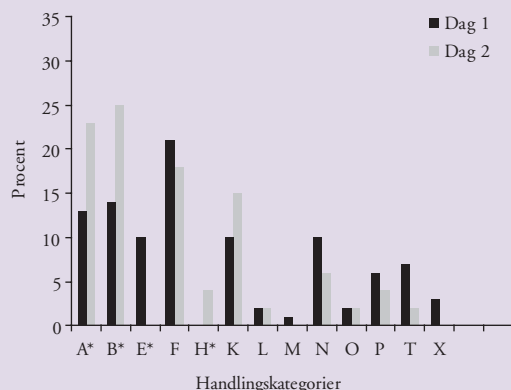
plads. Caritas er den eneste institution i Århus Kommune, der har sådanne pladser. Kommunens videntcenter på demensområdet er placeret på Caritas.

HANDLINGER/ADFÆRDSKATEGORIER

- A Beboeren kommunikerer, verbalt eller nonverbalt, med andre beboere, personale eller pårørende.
- B Beboeren er socialt involveret, men passiv. Viser interesse for omgivelserne, men deltager ikke direkte.
- C Beboeren er socialt uengageret og isoleret. Viser ikke interesse for omgivelserne.
- D Beboeren viser tegn på nedtrykthed, får ikke støtte.
- E Beboeren deltager i en kreativ eller ekspressiv aktivitet.
- F Beboeren spiser eller drikker.
- G Beboeren deltager i en eller anden form for spil.
- H Beboeren deltager i en aktivitet, der kræver arbejde med hænderne.
- I Beboeren deltager i en aktivitet, der kræver intellektuelle færdigheder.
- J Beboeren deltager i fysisk træning eller sport.
- K Beboeren går ved egen hjælp eller bevæger sig rundt i kørestol.
- L Beboeren udfører arbejde eller deltager i en arbejdslignende aktivitet.
- M Beboeren ser TV, hører radio eller lignende.
- N Beboeren sover eller blunder.
- O Beboeren sørger for sig selv (egenomsorg).
- P Beboeren modtager praktisk hjælp eller personlig pleje.
- R Beboeren deltager i en religiøs aktivitet.
- S Beboeren deltager i aktivitet relateret til udtryk for seksualitet.
- T Beboeren deltager i aktivitet, hvor sanserne er direkte involveret.
- U Beboeren søger at kommunikere, men får ingen respons.
- W Beboeren er optaget af gentagen selvstimulation.
- X Beboeren går på toilettet.
- Y Beboeren taler med sig selv eller en indbildt person (ledsager).
- Z Handlinger/adfærd, der ikke passer i nogen af ovennævnte kategorier.

BEFINDENDE *(Bradford Dementia Group, 1997, dansk oversættelse og redigering ved Dania)*

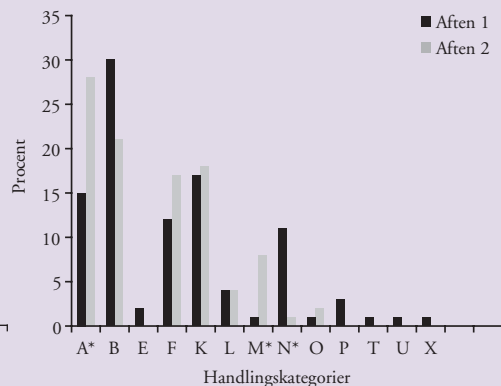
- +5 Exceptionelt velbefindende – man kan vanskeligt forestille sig noget bedre. Personen befinder sig på et meget højt niveau af engagement, selvudfoldelse, social interaktion.
- +3 Temmelig mange tegn på velbefindende, for eksempel i form af engagement, interaktion eller initiativer til social kontakt.
- +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 negligerig i over en halv time.
- 5 Går til yderligheder i retning af apati, isolation, raseri, sorg eller fortvivlelse; bliver udsat for konstant negligerig i over en time.



Figur 1.
Procentvis fordeling af handlinger,
gruppe 1, dag.

Tabel 1.
Procentvis fordeling af befindende,
gruppe 1, dag.

Befindende	-5	-3	-1	+1	+3	+5
Dag 1, %	0	0	5	79	15	1
Dag 2, %	0	0	2	74	25*	0

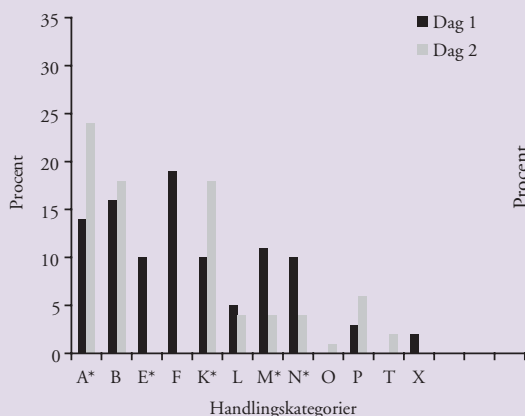


Figur 2.
Procentvis fordeling af handlinger,
gruppe 1, aften.

Tabel 2.
Procentvis fordeling af befindende,
gruppe 1, aften.

Befindende	-5	-3	-1	+1	+3	+5
Dag 1, %	0	0	11	85	3	0
Dag 2, %	0	0	1*	78	21*	0

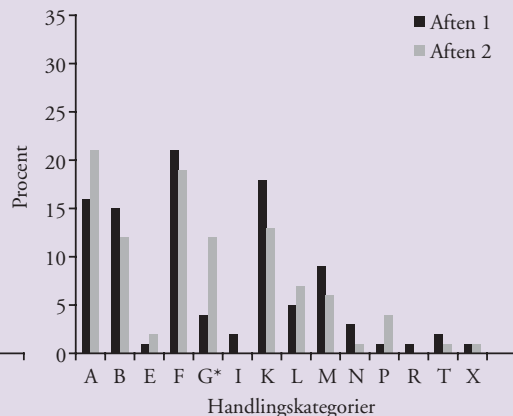
Tabel 1,2,3,4 *Proportionerne er signifikant forskellige de 2 dage imellem; $p < .005$



Figur 3.
Procentvis fordeling af handlinger,
gruppe 2, dag.

Tabel 3.
Procentvis fordeling af befindende,
gruppe 2, dag.

Befindende	-5	-3	-1	+1	+3	+5
Dag 1, %	0	0	0	69	30	1
Dag 2, %	0	0	1	76*	23*	0



Figur 4.
Procentvis fordeling af handlinger,
gruppe 2, aften.

Tabel 4.
Procentvis fordeling af befindende,
gruppe 2, aften.

Befindende	-5	-3	-1	+1	+3	+5
Dag 1, %	0	0	4	81	15	0
Dag 2, %	0	0	0*	57*	43*	0

holdsvis første og anden observationsperiode er illustreret i de efterfølgende figurer og tabeller.

For gruppe 1 observeredes mere social interaktion (A) og passiv social deltagelse (B) anden dag, ligesom der blev sovet mindre (N) (se figur 1 og tabel 1). Kreativ eller ekspressiv aktivitet forekom ikke anden dag, i stedet iværksattes håndværkspræget aktivitet (H). Beboernes generelle befindende steg fra første til anden dag. Gruppens samlede WIB var på henholdsvis +1,3 første dag og +1,5 anden dag. Med hensyn til aftenobservationerne var der mere social interaktion (A), flere medierelaterede oplevelser (M), og der blev sovet mindre (N) i gruppe 1 anden aften. Beboernes generelle befindende steg fra første til anden aften fra henholdsvis Gruppe WIB +0,8 til +1,4 (se figur 2 og tabel 2).

I gruppe 2 observeredes mere social interaktion (A) og passiv social deltagelse (B), ingen kreativ eller ekspressiv aktivitet (E) og færre medierelaterede oplevelser (M) anden dag (se figur 3 og tabel 3). Beboerne sov mindre (N) og vandrede betydeligt mere (K). Der var flere sygdommeldinger i personalegruppen og ingen afløsning, hvilket kan have medvirket til mindre struktur i omsorgsindsatsen og færre planlagte oplevelser. Det generelle befindende faldt fra første til anden dag fra Gruppe WIB +1,6 til +1,4. I gruppe 2 var der anden aften mere social interaktion (A), spil (G) og personlig omsorg (P), mens der var mindre rastløs vandren (K) og søvn i fællesarealerne (N). Beboernes generelle befindende steg fra første til anden aften, fra Gruppe WIB +1,2 til +1,9 (se figur 4 og tabel 4).

Overordnet set lykkedes det tilsyneladende at hæve graden af velbefindende i de to grupper (en undtagelse formodentlig pga. personalefravær).

Stigning i social interaktion og ekspressive handlinger (specielt i forbindelse med sang, musik, spil og arbejdslignende aktiviteter) synes generelt at medføre højere WIB-værdier. I løbet af observationsperioderne registreredes en række eksempler på positive hændelser, mens der stort set ikke fremkom eksempler på depersonalisering.

Afprøvningen af DCM på specialplejehjemmet Caritas tyder på, at DCM kan være et anvendeligt redskab til udvikling af omsorgen for den undersøgte målgruppe. Der skal imidlertid tages forbehold for det ret beskedne antal deltagere ($N=12$), og en yderligere afprøvning på en større tilsvarende kompliceret gerontopsykiatrisk population er nødvendig for endeligt at bekræfte den foreliggende tendens til bedring i beboernes befindende.

Desuden skal det bemærkes, at andre tiltag på afdelingerne, udover DCM, kan have

påvirket resultaterne. Ligeledes kan individuelle forskelle mht. personlige og faglige kvalifikationer hos det tilstedeværende personale i de forskellige observationsintervaller have haft indflydelse på beboernes grad af velbefindende.

METODENS RESSOURCEFORBRUG

En indvending mod DCM kunne være, at metoden er meget tidskrævende. I dette pilotprojekt er der foretaget i alt 24 timers observationer pr. beboer. Risikoen for, at man opnår et atypisk øjebliksbillede af beboerens hverdag mindskes imidlertid i takt med den anvendte observationstid. Den relativt omfattende observationsperiode øger desuden sandsynligheden for at opfange mindre hyppigt forekommende, men vigtige hændelser. Efterhånden som observatørerne opnår mere rutine, vil de kunne observere flere beboere ad gangen end her nævnt. Det er således vores opfattelse, at vi med vores nuværende rutine vil kunne øge antallet af beboere pr. observatør fra tre til seks. Således vil vi i fremtiden kunne observere dobbelt så mange beboere som i det nuværende projekt uden at øge forbruget af observatørressourcer.

Man opnår desuden større fleksibilitet ved brug af to observatører, hvilket kan være nyttigt, når beboerne fx opdeles i mindre grupper forskellige steder i fællesarealerne i forbindelse med spisesituationer eller aktiviteter.

Ved anvendelse af flere observatører kan der foretages reliabilitetskontrol, fordi det er muligt at sammenligne flere observatørers vurderinger af de samme beboere. I den første danske afprøvning af DCM, opnåedes høj grad af interrater-reliabilitet⁶ (målenøjagtighed flere observatører imellem).

Hvis man ønsker at kortlægge hændelser eller aktiviteter af kortere varighed findes der imidlertid alternative redskaber, såsom Perrins Positive Response Schedule⁸.

PERSONALETS PERSPEKTIV

Helt afgørende for evt. fremtidig anvendelse af DCM er plejepersonalets vurdering af metoden; forstyrrer observatørerne, er metoden en tidsmæssig belastning, og kan DCM medvirke til udvikling af omsorgen?

Personalet vurderede generelt, at DCM var et konstruktivt kvalitetsudviklingsredskab, der ikke belastede omsorgsarbejdet eller reducerede den direkte brugerrelaterede tid. Desuden mente personalet, at DCM synliggjorde beboernes behov, at observationerne kunne anvendes i dokumentationssammenhæng, at anbefalingerne fra feedbackmøderne var konstruktive og lette at implementere, og at metoden muliggjorde systematiske forbedringer af omsorgen for den enkelte beboer.

GOD OMSORG

En grundantagelse i DCM er, at relativt velbefindende stemmer overens med god omsorgskvalitet og relativt dårligt befindende stemmer overens med ringe omsorgskvalitet. Når der i DCM sættes lighedstegn mellem et individs befindende og kvaliteten af omsorgsindsatsen (resultaterne præsenteres typisk som et udtryk for omsorgens kvalitet), »negligeres« de neuropatologiske aspekter af demenslidelsen imidlertid. Det kan synes paradoksalt, eftersom Kitwood² definerer demens som resultatet af individets subjektive oplevelse, hjerneaktivitet, hjerneudvikling og neuropatologi.

I manualen for evaluering af demensomsorg, udgivet af Bradford Dementia Group⁷ (s. 90), er angivet en tabel for, hvor WIB-værdierne mest hensigtsmæssigt skal ligge for henholdsvis dagcenter og plejehjem. Når Bradford Dementia Group opererer med en graduering af god omsorg afhængig af, hvorvidt der er tale om dagcenter eller plejehjem, gøres værdierne således relative ift. beboernes svækkelsesgrad og plejetungde.

Der er ikke beskrevet særlige rammer for det gerontopsykiatriske område. I sammenligning med værdierne i tabellen må det konkluderes, at WIB-værdierne for de to grupper i den aktuelle undersøgelse generelt set var relativt lave (særligt 1. gang). Vi mener, at dette hovedsageligt skal begrundes i beboernes alvorlige sygdomstilstande med udtalte neurologiske og/eller psykiatriske svækkelser. At de forholdsmæssigt lave WIB-scores i den aktuelle undersøgelse ikke afspejler mindre god omsorgspraksis understøttes af, at der stort set ikke forekom eksempler på de negative hændelser af depersonaliserende karakter. Den første danske pilotafprøvning af DCM⁶ viste en del tilfælde af negative hændelser.

I overensstemmelse med ovenstående bemærker Swane⁹, at omsorgsværdier baseret på beboernes grad af aktivitet vil kunne give et fortegnet negativt billede af omsorgskvaliteten, når beboerne lider af meget alvorlig neuropatologi. WIB-scores for mennesker med svære neurologiske og gerontopsykiatriske lidelser vil, efter vores vurdering, altid afspejle graden af neuropatologi og derfor ligge relativt lavt.

Det er derfor vores vurdering, at der er behov for at udvide den eksisterende graduering med yderligere et niveau for svært demente beboere med komplekse gerontopsykiatriske problemstillinger præget af adfærdsforstyrrelser.

Uafhængigt af disse problemer ved metoden synes graden af velbefindende at stige, når det periodevist lykkes at øge aktiviteten og den sociale interaktion. En passende balance mellem aktivitet og hvile er dog vigtig

for at undgå såvel understimulering som overstimulering.

Problemet med graden af neuropatologi synes primært at gælde DCM som kortlægningsredskab, mens det er mindre påtrængende, når man anlægger en kvalitetsudviklings-betragtning.

Selvom vi generelt registrerede en stigning i gruppe WIB-score, antageligt som følge af justeringer i omsorgs- og aktivitetspraksis, var der også eksempler på det modsatte. Selv med forbedret omsorg progredierede enkelte beboeres sygdom så hurtigt, at WIB-værdierne var lavere ved anden måling.

Når DCM anvendes mhp. kvalitetsudvikling af omsorgen for mennesker med progredierende hjernelidelser, bør man være opmærksom på, at forværring af sygdomstilstanden til en vis grad vil påvirke befindende.

DCM resultater for mennesker med meget alvorlig neuropatologi kan forventes at være præget af lave WIB-scores, men de mere detaljerede individuelle resultater kan alligevel udgøre en god baggrund for justeringer og potentielle forbedringer af omsorgen. ■

LITTERATUR

- 1 Kitwood T. En revurdering af demens – personen kommer i første række. Frederikshavn: Dafolo Forlag 1999.
- 2 Kitwood T. Discover the person, not the disease. *Journal of Dementia Care* 1994, 1(1), 16-17.
- 3 Kitwood T, Bredin KA. A new approach to the evaluation of dementia care. *Journal of Advances in Health and Nursing Care* 1992, 1(5), 41-60.
- 4 Brooker D. Dementia Care Mapping: a look at its past, present and future. *The Journal of Dementia Care* 2002, May/June, 33-36.
- 5 Brooker D, Foster N, Banner, A, Payne M, Jackson L. The efficacy of Dementia Care Mapping as an audit tool: report of a 3-years British NHS evaluation. *Aging & Mental Health* 1998, 2(1), 60 -70.
- 6 Agger C, Nielsen EB. Kvalitetssikring af omsorg for svage ældre. Pilotafprøvning af DCM-metoden (Dementia Care Mapping) i Danmark. København: Danix og Københavns Kommune, Sundhedsforvaltningen 2001.
- 7 Bradford Dementia Group. Evaluering af demensomsorg – DCM-metoden (Dementia Care Mapping). København: Bradford Dementia Group – Danix 1997.
- 8 Perrin T. The positive response schedule for severe dementia. *Aging and Mental health* 1997, 1(2), 184-191.
- 9 Swane, CE. (1998). Havestuen – et dagværested for demenslidende i Skævinge. Frederikshavn: Dafolo Forlag.