

Hvorfor måle samvær i demensomsorgen – en opgave for omsorgsgivere?

Samvær og aktivitet er vigtigt for kvaliteten af psykosocial omsorg for mennesker med demens. Spørgsmålet er, om vi kan måle på samvær, og om omsorgsgivere har kompetencerne og rammerne til dette?

Den pleje og omsorg, vi i Danmark tilbyder mennesker med demens, er, ifølge Nationalt Videnscenter for Demens, "overvejende baseret på mange års praktisk erfaring og almindelig sund fornuft" (NVD, 2016). Det betyder på ingen måde at indsatsen er dårlig, men at den kan betegnes som ikke systematisk iværksat og undersøgt. Der mangler kort og godt evidens. Det forklares med en række metodeproblemer, bl.a. mangel på redskaber til effektmål. Samtidig står vi med en plejesektor med omfattende sparekrav og således et konstant krav til at måle på effekt og effektivitet. Vi må vide om det, personalet bruger tid på, virker og kan "betale" sig.

En bred betegnelse for måder at "måle" effekt på er assessment. Udover kvantitative effektmål, screening og testning handler assessment om vurdering, kortlægning, evaluering og observation (Damon & Røgilds, 2013; Elsass, 2006). En omsorgsgiver, der handler hurtigt og effektivt, får nemt en højere værdi end en der intet "gør", fx en omsorgsgiver der sidder tilbagelænet og holder en borger i hånden. Her kan vi ikke se, at der sker noget, og derfor bliver det nemt værdiløst. At gøre får mere værdi end at være. Vores krav til effektivitet får derfor betydning for samvær og aktivitet, med krav om at få flest ting gjort og med flest mulige borgere, fremfor samvær præget af nærvær uden en styrende målsætning. Det gør dog ikke behovet for at vurdere eller måle mindre vigtigt. For at kunne skelne mellem psykosociale metoder, som er værdifulde for den enkelte, og de metoder, som måske umiddelbart er effektive, men som faktisk fører til overstimulering og ulyst, er vi nødt til at udvikle måleredskaber, der kan afdække, hvad der i sidste ende er bedst. Ikke mindst for at synliggøre en mulig effekt af væren og *samvær*. Effektivt og lynhurtigt at få en borger ud af sengen om morgenen kan

måske betale sig i øjeblikket, men på lang sigt tyder meget på, at fravær af nærvær og samvær kan få uheldige konsekvenser. Derfor er der i professionel praksis behov for at kunne kortlægge effekten af forskellige former for indsatser og at kunne følge en person over tid og i et større samlet billede. Det giver nogle store udfordringer med hensyn til at indfange væren og samvær til klart beskrevne indsatser, som kan opsplittes i målbare elementer i et assessmentredskab. Det kræver, at vi kan finde måder at observere og måle på, hvor essensen i det, vi ønsker at fremhæve, bevares.

Med de rette redskaber kan vi systematisk indsamle viden om de pleje- og omsorgsmetoder, som er bygget på erfaring og sund fornuft og ligeledes udvikle og afprøve nye metoder. Der er således

“

Det er ofte ikke muligt i en travl hverdag at stoppe op og observere og udfylde skemaer. Når det er muligt for Sara at foretage denne prioritering, afspejler det faglige kompetencer og et stort engagement.

brug for at anvende assessmentredskaber, der allerede findes (det kunne fx være Dementia Care Mapping), og for at udvikle og implementere nye redskaber til evaluering af psykosociale metoder. Vi kommer ikke uden om at skulle "effektivisere", og derfor er det så vigtigt, at vi kan kortlægge, hvad der virker bedst set i en større sammenhæng. Hvis kvaliteterne ved *væren* har en betydning og en virkning, vil vi også kunne påvise det med de rigtige redskaber. Det vil videre betyde, at evidensbaseret forskning skubbes i en retning, der tager udgangs-

punkt i og tilpasses en praksis, som også kvalitetsvurderer de såkaldt bløde værdier.

Jeg vil her trække musikterapi ind, som i stigende omfang anvendes inden for demensområdet og med sine metoder kan bidrage til en udvikling af assessmentredskaber (Jacobsen, Wigram & Rasmussen, 2014). Musikterapi er en psykosocial metode, som anvender musikalske oplevelser og de relationer, der udvikler sig gennem disse, som dynamiske kræfter til forandring (se Bonde, 2014). Et nyligt udviklet assessmentredskab inden for dette område er *Music in Dementia Assessment Scales* (MiDAS), som i 2016 er under oversættelse til dansk. I forbindelse med de første afprøvninger af redskabet i Danmark, stødt jeg som forsker på en stor udfordring: omsorgsgiverversionen af skemaet blev ikke udfyldt. Den version, som musikterapeuter udfyldte, blev anvendt, men der kom ikke skemaer tilbage fra omsorgsgiverne. Tilbagemeldingerne lød, at de ikke havde tid og at redskabet er for komplekst. Det åbner for en problematik som er højaktuel inden for demensområdet med hensyn til kvalitets sikring, arbejdsbetingelser og kompetencekrav. Jeg vil

bruge eksemplet med MiDAS som afsæt til at undersøge, hvordan vi i Danmark sikrer kvaliteten af psykosocial omsorg for mennesker med demens, og hvilken rolle omsorgsgivere i den sammenhæng har, specifikt når det drejer sig om brug af faglige vurderingsredskaber i hverdagen. Jeg vil derfor kort beskrive MiDAS, og herefter undersøge en af undtagelserne, nemlig en omsorgsgiver som engageret har anvendt MiDAS. Jeg vil prøve at forstå, hvorfor det lod sig gøre i dette tilfælde, for at blive klogere på succeskriterierne.



Måling af trivsel i musikterapi

MiDAS er et assessmentredskab til vurdering af trivsel hos deltagere i musikterapi med moderat til svær demens, og udviklet af Orii McDermott ud fra interviews af bl.a. demensramte og pårørende (McDermott, Orrell & Ridder, 2015). MiDAS indeholder 5 skalaer, hvor det på en 100 mm streg markeres, i hvor høj grad personen med demens viser Interesse, Respons, Initiativtagning, Medvirken og/eller Nydelse. Herudover er der 6 kategorier af reaktioner, som kan krydses af, hvis det observeres, at de har haft afgørende betydning. MiDAS har to ens versioner, som udfyldes på forskellige tidspunkter og i forskellige kontekster, og derfor ikke direkte kan sammenlignes. I musikterapiversionen giver musikterapeuten en vurdering af selve musikterapisessionen med mulighed for at sammenligne forandringer fra starten af sessionen til øjeblikke med klinisk relevant respons. I omsorgsgiverversionen kortlægges omsorgsgiver ændringer i respons i hverdagsituationer før og efter musikterapien, og kan på den måde bidrage til at vurdere, om der er sket en ændring i trivsel fra før til efter indsatsen.

MiDAS er undersøgt for, om den nu også måler på det, man ønsker at måle, og om den er stabil i sin måling. Der er således udført en psykometrisk testning (McDermot et al., 2014), men foreløbig kun i Storbritannien. Her deltog 19 borgere med demens i forløb med musikterapi, hvilket resulterede i 629 udfyldte MiDAS-skemaer til videre analyse. Godt halvdelen, dvs. 306 af skemaerne, var udfyldt af tilsammen 31 omsorgsgivere. De var enten uddannede sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter eller aktivitetskoordinatører. Omsorgsgivernes svar var ikke altid overensstemmende med hinanden (hvilket blev målt som interrater-reliabilitet), og de forklarede det med, at det ofte ikke var

muligt at finde tid til at udfylde skemaerne. Det var især umuligt for personalemedlemmer "på gulvet", dvs. dem som stod for den daglige pleje, og som vidste mest om den enkelte person. Sammen med kandidat i musikterapi, Chris Lykkegaard, og det danske netværk af musikterapeuter inden for demensområdet er vi ved at oversætte MiDAS fra engelsk til dansk (se Ridder, McDermott & Orrell, 2015). Der er dog lang vej fra en godkendt oversættelse til en fuld psykometrisk testning af den danske version.

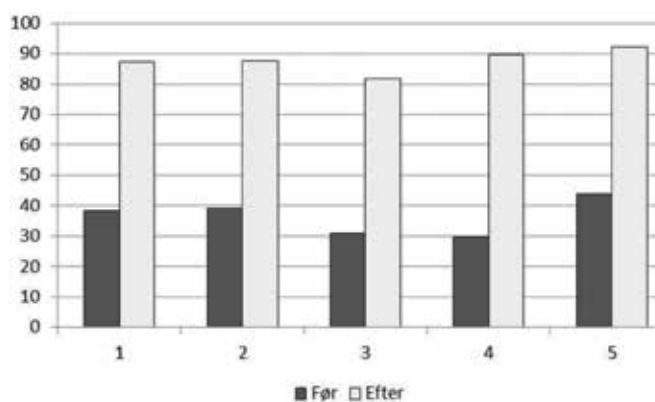
Et interview om brug af MiDAS

På en forskningskonference i november 2015 arrangeret af Nationalt Videnscenter for Demens introducerede organist Hugo Jensen mig tilfældigt til Sara Mølgaard, som er demensvejleder. Han fortalte, at hun har anvendt MiDAS til at vurdere effekten af et musikterapiforløb, som indgik i hans afsluttende praktik på kandidatuddannelsen i musikterapi. Da anvendelsen var led i et praktikforløb, var det ikke medregnet i vores afprøvning, men her stod der pludselig en, der havde grebet bolden. Skemaer var udfyldt for et samlet forløb af en og samme omsorgsgiver. Jeg var derfor meget interesseret i at høre

Til stadighed at udvikle demensomsorgen kræver evaluering af psykosociale metoder – og udvikling af nye. I artiklen fokuseres på, hvordan en omsorgsgiver inden for demensområdet vurderer processen med at anvende evaluering og assessment i praksis. Forfatteren tager udgangspunkt i redskabet MiDAS, som er udviklet til at vurdere ændring i trivsel hos demensramte i musikterapi. MiDAS anvendes bl.a. som proxy-vurdering, dvs. hvor en omsorgsgiver, der kender borgeren godt, på baggrund af observationer rater borgerens respons. Spørgsmålet er, om vi kan kræve af medarbejdere, at de gennemfører målinger til vurdering af psykosociale metoder, og hvordan de kan prioritere en sådan opgave? Konklusionen lyder, at udførelsen af assessment afhænger af en række faktorer, som spiller ind på et instrumentelt- og individplan, men også et organisations- og samfundsplan, hvor der må skabes rammer for at kunne videreudvikle, observere og evaluere, samt afstemme forventninger til fagkompetencer.

Hanne Mette Ochsner Ridder

er professor i musikterapi ved Institut for Kommunikation på Aalborg Universitet. Hun er leder af det internationale forskerprogram i musikterapi, og forsker i musik og demens. hanne@hum.aau.dk



Figur 1. Y-aksen er et gennemsnit af VAS-scoren, og x-aksen viser hver af de 5 MiDAS skalaer før og efter musikterapiforløbet: 1) Interesse, 2) Respons, 3) Initiativtagning, 4) Medvirken, 5) Nydelse.

om Saras erfaringer for at forstå baggrunden for, at hun havde kunnet bruge omsorgsgiverversionen. Samtidig ville jeg gerne evaluere den danske oversættelse af MiDAS og sammenholde Saras erfaringer med de øvrige erfaringer. Jeg aftalte derfor et interview med hende. Interviewet foregik den 15.12.2015, to en halv uge efter vores første møde. I mellemtiden havde Hugo sendt mig en anonymiseret kopi af de 16 skemaer, Sara havde udfyldt, dvs. to skemaer før og efter hver musikterapisession. Inden interviewet modtog Sara en opsummering af analysen med korte forklaringer til seks udvalgte diagrammer. Før Sara startede med at anvende MiDAS, havde hun fået en mail fra Hugo med den danske og engelske version samt en skriftlig instruktion. Sara og jeg havde en uforstyrret telefonsamtale på 45 minutter med udgangspunkt i følgende: Saras erfaringer vedr. 1) tidsforbrug, praktisk anvendelse, instruktion og det at observere, vedr. 2) hendes forståelse af indhold, oversættelse, og diagrammer, samt 3) hendes baggrund for at gennemføre målingerne.

I det følgende gengiver jeg brudstykker fra interviewet baseret på min tematiske analyse (Braun, Clarke & Terry, 2014) og med Saras egne ord, men omformuleret og tilpasset et tekstligt flow og en komprimeret meningsformidling. Dette har Sara efterfølgende læst og godkendt.

Omsorgsgivers baggrund og syn på demens

Sara Mølgaard er demensvejleder på Pleje- og Demenscenter Klarahus i København. Hun har udover en uddannelse som sosu-hjælper og to AMU-kurser (Omsorg for personer med demens fra 2009, samt Faglig fordybelse i demens fra 2011) en demenskoordinatoruddannelse på diplomniveau fra 2012. Hun fortæller, at dette giver hende faglige værktøjer til at fungere som vejleder i demens for sine kolleger, samtidig med at hun dagligt er i plejen. Hun arbejder ud fra Tom Kitwoods (1999)

personcentrede omsorgsteori, hvor det individuelle menneskes behov er i centrum. På den måde, fortæller Sara, handler det ikke om, hvem "de" er, men om at se det enkelte menneske som en helhed og se mennesket bag sygdommen. "Jeg arbejder meget intuitivt". Det handler ikke kun om teori og faglighed, men i høj grad om "kemi mellem mig og borgeren. Det er vigtigt for mig, at de kender mig. Man går jo ind og spejler borgeren i sit arbejde". For Sara er det vigtigt, at hun og borgeren er "på bølgelængde". Hun forklarer det som, "når der er hul igennem. Når man finder den rigtige frekvens".

Da MiDAS er baseret på omsorgsgivers observation, spørger jeg ind til, hvad Sara tænker om at observere. Hun forklarer, at det at observere som fagperson er noget, man må gøre ud fra hvert enkelt individ. Det handler om at læse og forstå personen, og er noget enhver fagperson burde kunne gøre. Men selvfølgelig er det en fordel at kende til demens, at kende til sygdommen og at forstå, hvorfor en borger gør, som han eller hun gør.

Saras vurdering af "at få det gjort"

Sara fortæller prompte, at MiDAS er nem at udfylde. Der er mange punkter, men jo flere gange, man har udfyldt, jo nemmere er det. Man skal lige kende til redskabet. Det er vigtigt, at det er nemt at udfylde, og at det ikke tager for lang tid. Det har været en prioritering for Sara at bakke op om forløbet med musikterapi, og at udfylde skemaerne. Til dagligt er det svært at planlægge noget: "sådan er det, når vi arbejder med demens". Der sker mange uforudsigelige ting. Derfor er det vigtigt at prioritere nogle opgaver og planlægge sig ud af det. Sara har observeret borgeren inden musikterapi og igen efter, så hun kunne udfylde skemaet. Ud over de skemaer, hun havde fået på email, kom musikterapeuten hver gang med to skemaer. Det hjalp også med til at få dem udfyldt, for "der er så mange opgaver hver dag".

Instruktion, indhold og oversættelse

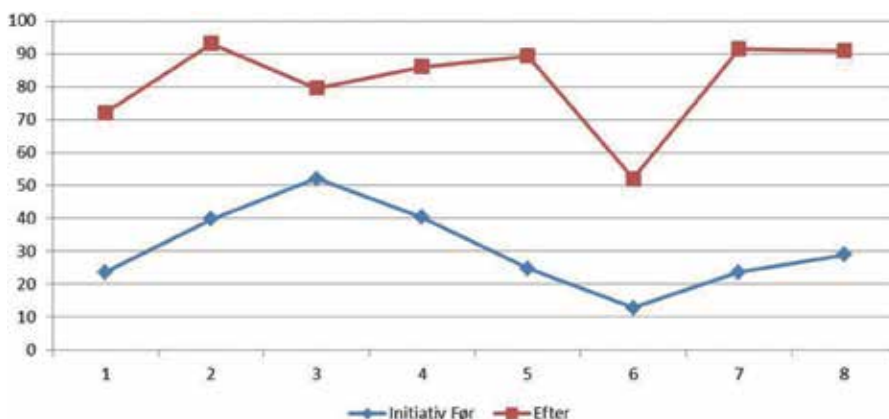
Sara fik tilsendt materiale pr mail og mener, at det var rart med "en how-to-do med det, man skal arbejde med", og at hun fik tilstrækkelig information. Hun forklarer, at det er et nemt redskab og enkelt at gå til, også "for en der ikke er inde i det". Derfor, mener hun, burde kolleger umiddelbart være i stand til at udfylde MiDAS. Igen pointerer Sara, at det er en prioritet at udfylde et sådant skema. Hun har sat det højt, og ikke set det som "noget der kan syltes eller udsættes". Sara understreger, at når man siger ja til en sådan opgave, skal det være fyldestgivende, så alle skemaer er besvaret. De 5 kategorier giver mening for Sara, men sidst i skemaet, hvor man kan krydse af, om borgeren har været aggressiv eller rastløs, kunne hun godt have brugt "en mellemting". Det bliver meget sort/hvidt, når man blot sætter et kryds. Man kan fx sagtens være rastløs uden at være ængstelig. Mht. oversættelsen er Sara "ikke stødt på noget, der ikke gav mening". Hun skimmede den engelske oversættelse og læste introteksten på dansk. Sara mener, at det kan være svært med teknisk sprog og universitetsengelsk, selvom ansatte i demensplejen er vant til læglatin, men skemaet er let at læse og godt oversat, så almindelige mennesker kan bruge det. Sara tilføjer, at hun ikke har tænkt at "åh nej, nu skal jeg til den igen". Det har til gengæld "været lige til at gå til".

Anvendelse i hverdagen

Inden vores samtale sendte jeg Sara en oversigt med udvalgte diagrammer over forløbet med fru SA, som deltog i 12 musikterapisessioner, hvoraf Sara har udfyldt MiDAS for de sidste otte sessioner. Sara mener, at det er "meget tydeligt at se effekten af det, der er foregået" ud fra diagrammerne. De viser, at musikterapi "har haft en positiv indflydelse". Da jeg spørger Sara, hvad figur 1 siger hende, svarer hun: "Det ser helt vildt ud. Det er dobbelt op". Sara mener, hun måske endda har under-

vurderet fru SA lidt. Det er noget med at vurdere, hvad maksimum er, og SA "har været tæt på 100" efter musikterapi.

Sara uddyber tallene og diagrammerne med at fortælle, at fru SA er en dame tæt på 90 år. Selvom hun har levet med demens i ti år, er hun fysisk velfungerende, men "hun er meget tilbage i sine barn- doms- og ungdomsår" og snakker meget om sin far, mor og søskende. SA er et af de mennesker, hvor musik har betydet rigtig meget. Hun er en livsglad dame, som altid har en remse eller en sang på tungen. Som om "hele hendes univers er bygget op af melodier". Fru SA har meget svært ved at komme op om morgenen, og kan have behov for bare at sove igennem. Så nogle gange har hun kun været oppe kort tid inden musikterapi. "Hun bruger meget tid på at vågne op, så fra at være nyvågnet og rastløs ... og så se hele den fredfyldt afslappede person, der kommer tilbage. Jo, det er fantastisk at se." For Sara har effekten været synlig og målbar. Og det ses klart på diagrammerne. Men de viser også, at fru SA har været nogenlunde i samme humør hver gang. Der er et klart mønster, og Sara foreslår, at "Vi kunne også have målt på en, der var mere kompleks. For eksempel har vi en mandlig borger. Her er jeg sikker på, at vi ville have set en hel anden graf". Denne borger deltog også i musikterapi, og i starten var han meget afmålt og med blikket i gulvet. Men gradvist åbnede han mere op. Han blev helt grebet af stemningen, og "begyndte at læse sang- tekster op, som var de et filosofisk digt. Vi fik en helt anden side at se". Modsat ham viser fru SA noget meget stabilt. "Hun var ikke indelukket i sin egen boble, men var alligevel efter terapien meget aktiv og syngende. Endda i langt tid efter." Sara mener ikke, at besvarelsen ville have set anderledes ud, hvis en af hendes kollegaer havde udfyldt den. Der ville selvfølgelig være variation i vurderingen. Men det er "så tydeligt at der er god effekt, og hvor meget hun kan opnå af velvære".



Figur 2. Vurdering af Initiativtagning (fra 1-100 mm på y-aksen) før og efter hver af de 8 sessioner med musikterapi (x-aksen).

Måling af samvær. Giver det mening?

Er det besværet værd, og giver det mening at udfylde et måleredskab som MiDAS? For Sara giver det mening at kortlægge det, der sker, og hun beskriver MiDAS som et nemt redskab, som kan passes ind i en travl hverdag. Hvis Sara skulle lave en vurdering af en ny borger med forslag til tiltag, ville MiDAS være spændende at bruge. Med målinger over længere tid kunne man måske også se en udvikling, og se variationer. Sara vender tilbage til de 6 krydser, man kan sætte for en *afgørende reaktion*. Her vurderes tre negativt ladede reaktioner (Agiteret/aggressiv, Tilbagetrukket/nedtrykt, Rastløs/ængstelig) samt tre positivt ladede (Afslappet, Opmærksom/interesseret, Munter/smilende). Sara mener, at det på den ene side kunne være rart, hvis svaret kunne gradueres. På den anden side er det hurtigere, hvis man bare skal krydse af. Det gør det væsentligt nemmere end at skulle gradueres.

Det kunne have været interessant, hvis der havde været målinger fra flere borgere. Det var egentlig meningen, men en af omsorgsgiverne fik et andet job, og for en anden var der opgaver, der måtte prioriteres højere. Sara fortæller, at det er vigtigt for hende at fokusere på det aktivitetsmæssige i det daglige. "Det er det, jeg gerne vil. Så når der så kommer en, der

har hele maskineriet og er primusmotor, så man kan være med, så er det vigtigt at prioritere. Og ja, nu er der så musikterapi hver onsdag." Sara tilføjer, at de på plejecentret har mange andre gode tilbud med inddragelse af musik, fx erindringsdans og bevidst udvalgt musik i fællesrum, og forklarer, at det får ressourcer frem, som gør, at borgeren kan udtrykke sig. Hjernen bliver sat i gang. Der skabes forbindelser gennem musikken, som ellers er gået tabt.

Jeg vender tilbage til min undren over, hvorfor det mon lykkedes for Sara at anvende og udfylde MiDAS, når det er så vanskeligt at gennemføre for andre omsorgsgivere. Hun fortæller, at hun er i en stilling, hvor hun kan prioritere "samvær og aktivitet". Det er det, hun brænder for i sit arbejde.

Opsamling og diskussion

I afprøvningen af assessmentredskabet MiDAS stødte vi på store udfordringer med at få omsorgsgivere til at anvende redskabet. De skal både afse tid til at sætte sig ind i redskabet, og tid til at observere og udfylde de 5 skalaer, og det i en hverdag, hvor personale ofte er meget pressede. Det var derfor relevant at undersøge et tilfælde, hvor redskabet var blevet udfyldt af en omsorgsgiver. I interviewet viste der

sig mange forskellige årsager til, at det lykkedes, hvilket kan beskrives ud fra 4 overordnede planer:

Instrumentelt plan

Målet med MiDAS er at kunne indfange, om der sker en ændring i trivsel ikke bare i selve tiltaget (her musikterapien), men også i borgerens hverdagsituation før og efter. MiDAS måler kun på ændring inden for et afgrænset tidsrum på samme dag, modsat målinger af fx livskvalitet og agiteret adfærd, som ofte inddrager observationer over to uger. For at sikre et helhedsbillede af en borger, kan det være nødvendigt at anvende forskellige målinger til at supplere hinanden. Resultaterne fra testning af MiDAS i Storbritannien viste en høj overensstemmelse (intrater-reliabilitet) mellem musikterapeuter i deres besvarelser, men lav overensstemmelse mellem omsorgsgivere. Der var dog en tilfredsstillende overensstemmelse, når samme omsorgsgiver udfyldte for samme person (test-retest reliability). Fokus for artiklen her er omsorgsgiverversionen, og i interviewet giver Sara udtryk for, at instrumentet er nemt at udfylde og giver mening. Det er dog et spørgsmål, om instrumentet er brugbart for omsorgsgivere generelt. I Storbritannien var tilbagemeldingen fra omsorgsgivere, når de skulle forklare den svage grad af overensstemmelse deres besvarelser imellem, at det var umuligt for dem at finde tid. Det kom derfor ikke frem, om det var mangler ved selve redskabet, som gør at omsorgsgivere ikke kan anvende og ikke forstår MiDAS, hvilket er vigtigt at tage højde for i en videre anvendelse og testning.

Individplan

Sara gør det i interviewet klart, at uden en bevidst prioritering er det ikke muligt i en travl hverdag at stoppe op og observere og udfylde skemaer. Når det er muligt for Sara at foretage denne prioritering, afspejler det faglige kompetencer og et stort engagement. Dette engagement kan bl.a.

have været styrket af, at der blev afprøvet et nyt tiltag (musikterapi) i en afgrænset periode. Som demenskoordinator er hun opmærksom på vigtigheden af udvikling, vejledning af kolleger, videreuddannelse samt betydning af observation. På individplan ser vi således nogle faglige værktøjer og en indsigt, som giver en umiddelbar forståelse for at anvende assessment, som er knyttet an til praksis. At udføre assessment er at oversætte observationer til noget kvantitativt og målbart. Det er en reduktion af virkeligheden, som man som omsorgsgiver må kunne relatere sig til og se relevansen af for således at kunne prioritere det i en presset hverdag.

Organisationsplan

Interviewet af Sara spejler en forståelse ud fra en enkelt omsorgsgivers perspektiv. Vi skal dog ikke blot se på den enkeltes faglighed, men også på det system og den omsorgskultur vedkommende er en del af. Det betyder, at ansvaret for at anvende assessment i daglig pleje og omsorg ikke er hos den enkelte medarbejder, men også i det professionelle arbejdsmiljø. Sara arbejder i en organisation, hvor arbejdsplan og logistik gør det muligt at understøtte og evaluere et nyt tiltag. Ud fra en personcenteret omsorgsfilosofi handler omsorgskultur ikke kun om teori og definitioner, men om *hvordan* vi udfører omsorg i dagligdagen. Det er iflg. de britiske demensforskere Brooker og Latham (2016), hvad vi oplever på plejecentre, hos egen læge, eller når omsorgsgivere udfører assessment. En organisationskultur er afgørende for, hvordan interaktioner i hverdagen ivaretages og for problemløsning og beslutningstagning på mange planer (ibid.). Det kan være vanskeligt at beskrive, hvad en god omsorgskultur indebærer, men det er til gengæld meget nemt at få øje på fraværet af en sådan kultur (ibid.). I det perspektiv er det organisationen, der er ansvarlig for at skabe rammer, der muliggør assessment af psykosociale

tiltag. Det handler med andre ord om, at en ledelse tager ansvar for, at medarbejdere får mulighed for at prioritere arbejdsopgaver med at evaluere daglig praksis og nye tiltag. Det handler ikke kun om at "få tid", men også om at klæde omsorgsgiver på til at udføre opgaven. Sara Mølgaard har tydeligvis kompetencerne til at arbejde med assessment, og herudover anerkendes hun for disse kompetencer, hvilket fx ses ved, at hun vejleder kolleger og bakkes op i at videreudanne sig.

Samfundsplan

I behandlingskulturer, fx på hospitaler, er der en indgroet tradition for at observere og udføre assessment. I modsætning til det har jeg i tidligere undersøgelser (fx Ridder et al., 2013; Ridder, Wigram & Ottesen, 2009) oplevet, at det krævede et stort forarbejde og megen planlægning at indsamle komplette data fra omsorgsgiverassessment på plejehjem. Disse vanskeligheder kan hænge sammen med en manglende tradition for anvendelse af assessment i hverdagen, dvs. en mangel på en kultur der understøtter denne del af professionel faglighed. Det kan forklares ud fra et bredere perspektiv end organisationsplanet: fra at se på den enkelte omsorgsgiver og videre til den omsorgskultur, vedkommende er en del af, bevæger vi os til de overordnede faglige traditioner, som hersker inden for plejehjem og -centre, og som fx adskiller sig fra hospitalsmiljøer. Der er i en dansk kontekst muligvis ønske om at understøtte forskning og nye psykosociale tiltag, men spørgsmålet er, om vi har den nødvendige fagtradition og økonomiske ramme. Hvis vi har, vil det afspejle sig i medarbejderkompetencer, særligt for om dem "på gulvet" understøttes i at prioritere samvær og aktivitet og til at evaluere på indsatserne. Hvis omsorgsgiver ikke er uddannet til at inddrage assessment som led i at træffe valg og handle i hverdagen, og heller ikke opfordres til dette, må det være meget vanskeligt for den enkelte at tage bolden



Det handler om, at en ledelse tager ansvar for, at medarbejdere får mulighed for at prioritere arbejdsopgaver med at evaluere daglig praksis og nye tiltag. Det handler ikke kun om at "få tid", men også om at klæde omsorgsgiver på til at udføre opgaven.

op. Det kan i uheldige tilfælde betyde, at der ikke er plads til nytænkning og til en refleksiv og evaluerende praksis. På sigt vil det føre til stilstand og en omsorgskultur uden faglighed.

Konklusion

Skal demensomsorgen i Danmark udvikle sig fagligt og i et personcentreret perspektiv, er der behov for at vurdere værdien af eksisterende og nye tiltag – der er således behov for at kunne inddrage assessment. I interviewet tages udgangspunkt i en situation, hvor det lykkedes at indsamle komplette data vha. et omsorgsgiveradministreret assessmentredskab. Analysen af data giver i dette tilfælde mening for omsorgsgiver og kan oversættes til praksis. Omsorgsgiver er i stand til at prioritere assessment, og mit bud er, at for at det kan lade sig gøre, spiller faktorer fra mindst fire planer ind: instrumentelt, individ-, organisations- og samfundsplan. På det instrumentelle plan må det redskab, der skal indfange praksis, give mening og være håndterbart. På individplanet er omsorgsgivers kompetencer, engagement og indsigt afgørende. På organisationsplan er udførelse af assessment afhængig af en organisationskultur, og en ledelse der viser anerkendelse for det indholdsmæssige aspekt, samt at der gennem arbejdsplaner og logistik skabes rammer for at kunne videreudvikle, observere og evaluere. På det fjerde plan bidrager en overordnet samfunds-mæssig tradition til, hvordan fagkompetencer vurderes og prioriteres.

I eksemplet ses, at det er muligt at gennemføre assessment af en psykosocial metode i demensomsorgen, når redskabet er enkelt og tilpasset en kompleks hverdag, samt når den enkelte rater har de nødvendige fagkompetencer og indgår i en organisation, der sikrer de rigtige rammer. Hvorvidt assessment i dette eksempel blev mulig gjort og understøttet af de overordnede samfunds-mæssige traditioner og ressourcer med en nødven-

dig prioritering af fagkompetencer, kan der ikke konkluderes på. Spørgsmålet er, om denne del er tilstrækkelig funderet i en dansk sammenhæng. Assessment af psykosociale metoder bør ikke indskrænkes til kun at handle om hurtige måltal, men må udvikles til også at kunne indfange kvaliteten i demensomsorgen. Det sætter krav til omsorgsgivere som aktive og kompetente medspillere og derfor krav til, at de får mulighed for et sådant kompetenceløft. For at udvikle praksis er der brug for assessmentredskaber, der på troværdig vis kan indfange praksisviden og omsætte den til pålidelige resultater, ligesom der er brug for, at omsorgsgivere bakkes op i systematisk at undersøge, observere, evaluere og videreudvikle. Vi kan ikke pålægge omsorgsgivere så stor en faglig opgave, før der på et organisations og samfundsmæssigt plan er skabt de rigtige rammer.

Referencer

Bonde, L.O. (red.) (2014). *Musikterapi. Teori. Uddannelse. Praksis. Forskning. En håndbog om musikterapi i Danmark*. Aarhus: Forlaget Klim.

Braun, V., Clarke, V., & Terry, G. (2014). Thematic analysis. I: P. Rohleder & A.C. Lyons (red.). *Qualitative Research in Clinical and Health Psychology*, s. 95-114.

Brooker, D. & Latham, I. (2016). Person-centred dementia care. *Making services better with the VIPS framework*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Damon, G. & Røgilds, L. (red.) (2013). *Dynamisk assessment som psykologisk-pædagogisk redskab*. København: Dansk Psykologisk Forlag.

Elsass, P. (red.) (2006). *Assessmentmetoder. Håndbog for psykologer og psykiatere*. København: Dansk Psykologisk Forlag.

Jacobsen, S.L., Wigram, T. & Rasmussen,

A.M. (2014). Assessment – kliniske vurdering i musikterapi. I: Bonde, L.O. (red.). *Musikterapi. Teori. Uddannelse. Praksis. Forskning. En håndbog om musikterapi i Danmark*. Aarhus: Forlaget Klim, s. 440-455.

Kitwood, T. (1999). *En revurdering af demens: Personen kommer i første række*. København: Munksgaard Danmark.

McDermott, O., Orgeta, V., Ridder, H.M.O., & Orrell, M. (2014). A preliminary psychometric evaluation of Music in Dementia Assessment Scales (MiDAS). *International Psychogeriatrics*, vol. 26, 6, s. 1011-1019.

McDermott, O., Orrell, M., & Ridder, H.M.O. (2015). The development of Music in Dementia Assessment Scales (MiDAS). *Nordic Journal of Music Therapy*, vol 24, 3, s. 232-251.

NVD (2016). Effekten af metoder til pleje og omsorg? Nationalt Videnscenter for Demens. Tilgængelig på <http://www.videnscenterfordemens.dk/>

Ridder, H.M.O., McDermott, O., & Orrell, M. (2015). Translation and adaptation procedures for music therapy outcome instruments. *Nordic Journal of Music Therapy*, s. 1-17. E-pub ahead of print.

Ridder, H.M.O., Stige, B., Qvale, L.G. & Gold, C. (2013). Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial. *Aging and Mental Health*, vol. 17, 6, s. 667-678.

Ridder, H.M.O., Wigram, T., & Ottesen, A. M. (2009). A Pilot Study on the effects of Music Therapy on Frontotemporal Dementia - developing a research protocol. *Nordic Journal of Music Therapy*, vol 18, 2, s. 103-132.