

Summary:

In this thesis, I will be exploring the possibilities and limitations while using management tools.

In this thesis I will be working in an explorative manner. I will be using my own organisation as a case-study, as well as an introduction of individual-centric care. At the Dementia Center Pilehuset, I analyse two management technologies. One was called Dementia Care Mapping (DCM). DCM is a tool for dementia care quality assurance. The other technology is called "Blomsten" (The Flower), which is a metaphor to illustrate the individual-centric care.

I examine the adoption, implementation and application of DCM and "Blomsten," at the Dementia Center Pilehuset. I apply both an institutional and a critical perspective. For the institutional perspective, I analyse using Røvik's (2005) three perspectives as a point of departure. These perspectives deal with management tools in terms of tool, symbol and identity creation. Moreover, I analyse the implementation of DCM and "Blomsten" from the perspective of two neo-institutional concepts: decoupling and isomorphism. From the critical perspective, I analyse how DCM and "Blomsten" are used, focusing on management differences, roles and unintentional incidents.

For this thesis, I work with theory as a perspective, which enables observation. The idea is that some theories will put certain aspects into perspective, while other theories will activate other perspectives. The theory is the prerequisite for the observation. The theory makes it possible to see and observe, but at the same time, the choice of theory makes one blind to other perspectives. It is implicit within the theory that to choose one optic means to de-select other optics, which in turn creates blindness.

DCM and "Blomsten" are implemented at the Dementia Center Pilehuset in order to contribute to the development of dementia care in a documented and structured fashion. At the same time, they contribute to developing not only employee competencies, new values and approaches, but also a new language. Using Røvik's three perspectives as an inspiration, I underscore the importance of the in-house belief that the management technologies can contribute with better solutions, that the Dementia Center Pilehuset is ensured legitimacy as a professional flagship, and that the implementation of a new type of care environment - and concurrent dissociation from the old type of care environment - result in a new identity. Furthermore, I underline the importance of the roles played by social entrepreneurs.

The implementation of DCM and "Blomsten" should be understood as an interplay between isomorphic forces. This interplay between mimetic, normative and forced forces in the Dementia Center Pilehuset are important with regard to the implementation of the

technologies. I pointed out that these forces are supported by the same type of forces present in the Healthcare System. In the wake of the implementation, I brought attention to different types of decoupling. I characterised them as temporary and partial.

DCM and “Blomsten” limit management, as focus is placed on fulfilling five socio-psychological needs, while focus is taken away from somatic and illness-related aspects. The unequivocal nature of the management is dissolved, as a number of other management technologies follow in the wake of DCM and “Blomsten”. I accounted for DCM and “Blomsten” to create new roles, which ensure and develop quality, as well as communicate values.

Finally, I analysed unintentional incidents relating to DCM and “Blomsten”. On the one hand, working with individual-centric care creates the space for creative and personal development. On the other hand, you have exhaustion. I pointed out the importance of the employee being able to limit the scope of the work, and being able to limit personal involvement, i.e. “collective self-management” vis-à-vis other professional groups and the continuously changing nature of the work itself. Finally, I emphasised that there is an ethical demarcation with regard to using DCM and “Blomsten” - vis-à-vis the pressure - which could be put on the employees in connection with citizens’ changing attitudes and views.

Kapitel 1: Intro og problemformulering	5
Problemformulering	6
Kapitel 2: Metode – overvejelser om teori, valg af case, data, definitioner og egen rolle.....	8
Teori og teoretiske begreber	8
Et institutionelt perspektiv	8
Et kritisk perspektiv	11
En kommentar om præsentation og brugen af teori	13
Valg af Case	13
Data.....	14
Skriftlig dokumentation	14
Interviews	14
Definitioner og begreber	17
Arbejde med egen organisation	18
Opgavens struktur	19
Kapitel 3: Demenscentret Pilehuset, Københavns Kommune	20
Leavitt-Ry Modellen	20
Teknologi, opgaver, aktører og struktur.....	20
Teknologi.....	21
Opgaver	23
Aktører.....	23
Struktur	24
Værdier, belønning, kultur, fysiske rammer, omverden og historie	25
Belønning	25
Kultur	26
Fysiske rammer	27
Omverden	27
Historien	27
Kapitel 4: DCM og "Blomsten" kommer til Demenscentret Pilehuset	29
Værktøjs-, symbol- og identitetsperspektiv	29
Argumenter.....	30
DCM og "Blomsten" som værktøj.....	32
DCM og "Blomsten" som symboler.....	35
DCM og "Blomsten" som identitet	37
Betydningen af institutionelle entreprenører.....	39
Opsummering, refleksion og handling	40
Fra nærhed til distance	40
Og tilbage igen	41
Kapitel 5: Implementering.....	42
Nyinstitutionelle nøglebegreber	42
Isomorfi	42
Dekobling	43
Tre skridt med betydning for DCM og "Blomstens" implementering.....	43
Fra England til Danmark	44
I Demenscentret Pilehuset	44
I SUF	45
Isomorfe kræfter	45
Demenscentret Pilehuset	46
SUF	47
Dekobling – midlertidig eller delvis!	48
At skabe mening	49

Opsummering, refleksion og handling	50
Fra nærhed til distance	50
Og tilbage igen	51
Kapitel 6: Styringsforskel(le) og roller	53
Det kritiske teknologiske blik	53
Styring og selvstyring – to sider af samme sag!	53
Styringsforskel(le)	55
DPOs begrænsede styring af sygdom og somatik	55
Styringen bliver ikke helt "ustyrlig"	57
DCM og "Blomstens" og selvstyring!	58
Rollen som kvalitetssikrer, kvalitetsudvikler og værdiformidler	60
Opsummering, refleksion og handling	62
Fra nærhed til distance	62
Og tilbage igen	63
Kapitel 7: Utilsigtede hændelser	65
Udmattet, men også kreativt	65
"Each human being is an artist"	66
Arbejdets kreativitet	67
Individualitet, identitet og integritet	68
"Kollektiv selvledelse"	70
Arbejdets stadige forandring	71
De "rigtige" holdninger	72
Opsummering, refleksion og handling	74
Fra nærhed til distance	75
Og tilbage igen	75
Kapitel 8: Konklusion og perspektivering	77
Konklusion	77
Perspektivering	81
Fra nærhed til distance	81
Og tilbage igen	82
Litteraturliste	86

Litteraturliste

Bilag - er vedlagt i Masterens 2. del

Kapitel 1: Intro og problemformulering

Mit udgangspunkt for denne master er, at jeg gennem det seneste årti som leder i det offentlige har været en del af en udvikling, hvor betydningen af ledelse og styring i stigende omfang er kommet på den offentlige dagsorden. Ledelse og styring er ikke kun kommet på dagsordenen, det er også blevet italesat, så det i dag fremstår som forudsætningen for at kunne håndtere velfærdsstatens udfordringer. Et eksempel herpå er Finansministeriets publikation fra 2001 "Ledelse på dagsordenen", der fremhæver, at ledelse og styring er et afgørende parameter for enhver organisations succes. Ledelse og styring betegnes som forudsætningen for at udvikle og sikre bedre kvalitet, større effektivitet, højere motivation og bedre rekruttering

En række aspekter er fulgt i kølvandet. Der bliver lavet uddannelser, formuleret politikker, defineret roller, drøftet filosofier samt lavet teknologier og værktøjer om styring og ledelse. Jeg vil i denne master rette fokus mod sidstnævnte: styringsteknologier og ledelsesværktøjer. Jeg er optaget heraf, idet jeg oplever, at det bliver stadig vigtigere for den offentlige leder at kunne håndtere disse. Styringsteknologier favner bredt. De kan omhandle mål, kontrakter, udviklingssamtaler, kvalitetsmodeller – ja selv alkoholmisbrug kan komme i fokus. Kigger jeg lokalt ind i min egen organisation (Demenscentret Pilehuset), kan jeg konstatere, at omfanget af styringsteknologier er utallige. Vi arbejder med resultatkontrakter, medarbejderudviklingssamtaler, balanced score card, økonomistyring, nedbringelse af sygefravær, mål, handleplaner, rigtig køleskabstemperatur og værdier for blot at nævne nogle få.

Der er på den lange liste over styringsteknologier i Demenscentret Pilehuset særlig to styringsteknologier, som er i fokus. De to kaldes i daglig tale DCM (dementia care mapping) og "Blomsten". De to teknologier bygger på et teoretisk grundlag, som betegnes den personcentrerede omsorg (DPO). DPO er en ny og anderledes omsorgskultur. DCM og "Blomsten" bliver masterens omdrejningspunkt.

Demenscentret Pilehuset er den første organisation i Danmark, der anvender disse styringsteknologier. Kigger jeg tilbage på Demenscentret Pilehusets udvikling med DCM og "Blomsten" de seneste to år, bemærker jeg især, at teknologierne er i omverdenens fokus. Der bliver vist interesse fra politikkerne, embedsmænd og sundhedsarbejdere i både ind- og udland, der ofte besøger Pilehuset. Ligesom erfaringerne med teknologiernes implementering i Pilehuset ofte inddrages på konferencer, temadage, udviklingsdage etc.

Hverken demenscentre specifikt eller omsorgssektoren generelt er forbundet med innovation, nytænkning og etablering af nye og anderledes omsorgskulturer. Tværtimod! Ofte er det de negative overskrifter om svigt, tvang og dårlige kår, der markeres i mediernes kritiske overskrifter. Innovative kræfter i den offentlige omsorgssektor er både nødvendigt og interessant. Demenscentret Pilehuset giver i den forbindelse mulighed for at forstå og få viden herom.

Interessen for implementeringen af DCM og "Blomsten" er ikke kun til stede blandt andre demenscentre. Der markeres også interesse fra andre plejehjem, dele af den sociale sektor, både i og udenfor Københavns Kommune. Det skaber umiddelbart forventninger om, at teknologierne vil spredes. Men på trods af interessen er der en vis træghed med hensyn til den videre spredning. Der er en inert i både i og udenfor Københavns Kommune, når det handler om at tage teknologierne i brug. Dette indikerer, at der er en række barrierer, der skal overvindes for, at teknologierne kan spredes.

Omverdenens interesse og anerkendelse er til stede, men hvad vil et blik ind i organisationen fortælle? I forlængelse heraf kan man spørge om, DCM og "Blomsten" bidrager til at gøre omsorgen bedre.

ET andet aspekt er, at DCM og "Blomsten" i sig selv ikke er nok. Værktøjerne bliver transformeret i Demenscentret Pilehuset igennem stadige forsøg på at tilpasse dem til organisationen. Teknologierne bliver ikke kun transformeret. De påvirker, ændrer og udfordrer Demenscentret Pilehusets organisation og organisering, hvilket bl.a. afspejles i lederudvikling, rekruttering, uddannelse, arbejde og brug af IT.

Jeg vil desuden fremhæve, at de også skaber modsætninger og forvirring i forhold til det øvrige store arsenal af ledelsesværktøjer. Det sker bl.a., når styringen trækker i hver sin retning. Et eksempel herpå kan illustreres ved brugen af handleplaner i Københavns Kommune. Udgangspunktet for handleplanerne er at sikre en højere grad af diagnosticering. Udgangspunktet for DPO er modsatte, idet styringen her rettes mod borgerens ressourcer i stedet for at fokusere på sygdom og diagnose.

Problemformulering

I masteren retter jeg blikket mod Demenscentret Pilehuset. Jeg vil analysere DCM og "Blomstens" muligheder og begrænsninger for styring og ledelse. Jeg er i den forbindelse

primært optaget af DCM og "Blomstens" indtog, implementering og anvendelse i Demenscentret Pilehuset.

På baggrund af en beskrivende analyse af Demenscentret Pilehuset ud fra Leavitt-Ry modellen vil jeg analysere DCM og "Blomstens" muligheder og begrænsninger for styring med fokus på:

Hvorfor og hvordan kommer DCM og "Blomsten" til Demenscentret Pilehuset?

- Hvilke argumenter og forklaringer gives for DCM og "Blomstens" indførelse?
- Hvordan implementeres DCM og "Blomsten"?

Hvilken styring gør DCM og "Blomsten" mulig i Demenscentret Pilehuset?

- Hvilke styringsforskelle og hvilke roller afsætter DCM og "Blomsten"?
- Hvilke utilsigtede hændelser følger med DCM og "Blomsten"?

Jeg arbejder ud fra en eksplorativ tilgang, hvor jeg tager udgangspunkt i empirien. Jeg mener, at den eksplorative tilgang til denne analyse er et brugbart udgangspunkt, fordi Demensområdet, demenscentre, DPO, DCM, "Blomsten" og deres indbyrdes samspil endnu ikke er undersøgt. Analysen er et pilotprojekt med henblik på at opnå forståelse for samspillet i et ledelses perspektiv. Jeg ønsker med masteren at øge min forståelse for DCM og "Blomstens" muligheder og begrænsninger for styring med henblik på at kunne blive bedre til at "håndtere" styringsteknologierne. Masterens sekundære formål er at pege på enkelte handlingsanvisninger.

Til sidst i dette kapitel vil jeg fremhæve, hvorledes kapitlernes struktur og opgavens konklusioner og perspektivering hænger sammen. Jeg afslutter hvert kapitel¹ med en kort opsummering af kapitlets pointer og en drøftelse af, hvorledes jeg kommer fra "Nærhed til distance" og "Og tilbage igen" (Nielsen et. al.:1993, s. 19). Førstenævnte er en refleksion over teorianvendelsen, sidstnævnte er de handlingsanvisninger, jeg vil pege på. Konklusionen er en uddybelse og præcisering af de korte opsummeringer af kapitlernes pointer. Efter konklusionen perspektiverer jeg teorianvendelsen og opgavens konklusioner.

¹ Bortset fra kapitel tre som er en beskrivende analyse ud fra Leavitt-Ry modellen

Kapitel 2: Metode – overvejelser om teori, valg af case, data, definitioner og egen rolle.

I opgavens metode kapitel argumenterer og redegør jeg for mine valg af teori og empiri. Først argumenterer jeg for mit valg af teori og teoretiske begreber. Dernæst begrundes jeg valget af DCM og "Blomsten" i Demenscentret Pilehuset som case. Jeg redegør for mine valg af data, og herefter forklarer jeg mit brug af begreber som bl.a. styring, styringsteknologier, DPO og DCM. Derpå drøfter jeg de udfordringer, der er forbundet med at arbejde med egen organisation. Afsluttende beskrives strukturen i masteren.

Teori og teoretiske begreber

Jeg har med hensyn til brug af teori hentet inspiration i diamantmodellen. Diamantmodellen fokuserer på fire analysestrategiske aspekter og deres gensidige samspil: perspektiv, iagttagelsespunkt, problemformulering og begrebsvalg. (Strategi & ændringer, Undervisningsnoter: "Teori som perspektiv": 2007, s. 1 ff.). I diamantmodellen betragtes teorien som en optik, hvorigennem man iagttager. Det skal forstås således, at nogle teorier vil perspektivere nogle aspekter, medens andre teorier vil bringe andre perspektiver i spil. Væsentlig i diamantmodellen er, at der findes ingen vej udenom teorien, når man iagttager. Teorien er forudsætningen for iagttagelse. Teorien gør det muligt at se og iagttage, men valget af teori gør samtidig, at man bliver blind for andre perspektiver. Implicit i valget af en optik ligger et fravalg af andre optikker, og deri opstår blindheden. Blindhed bliver således iagttagelsens forudsætning (Ibid. s. 6).

Jeg anvender overordnet to optikker i masterens analyse. Den ene optik giver et institutionel blik, mens den anden giver et kritisk blik.

Et institutionelt perspektiv

I analysen af spørgsmålet om, hvorfor og hvordan DCM og "Blomsten" kommer til Demenscentret Pilehuset anvender jeg et institutionelt perspektiv suppleret med instrumentelle betragtninger.

Jf. Pedersen (2006) kan institutioner være alt fra "lovgivning og stabile normer til indgroede vaneforestillinger og rutiner", "rationaliserede myter" og "symbolske og adfærd-relaterede systemer" (Pedersen, 2006, s.1). De institutionelle teorier består af en række

forskellige tilgange. Petersen inddeler de institutionelle tilgange i fire: rationel choice, historisk-, organisatorisk/sociologisk- og diskursiv institutionalisme (Ibid. s.1 f.). En beskrivelse af disse tilgange er vedlagt i bilag 2.

De teorier jeg anvender i opgaven har primært deres rødder i den organisatoriske/sociologiske institutionalisme. Mit teoretiske udgangspunkt er Røviks (2005) tre perspektiver og to ny-institutionelle nøglebegreber.

Røviks tre perspektiver

I analysen af hvorfor DCM og "Blomsten" kommer til Demenscentret Pilehuset tager jeg udgangspunkt i Røviks teorier om institutionaliserede organisationsopskrifter. En institutionaliseret organisationsopskrift er ifølge Røvik: *"en legitimeret opskrift på hvordan man bør utforme utsnitt eller elementer av en organisasjon. Det er en oppskrift som fenger og som har fått en forbillig status for flere organisationer"* (Røvik: 2005, s. 13). Organisationsopskrifter betragtes, som værende på rejse. De dukker op, de spredes raskt, og de bliver hurtigt fortrængt af nye. Når DCM og "Blomsten" betegnes som institutionaliserede organisationsopskrifter, betyder det ud fra Røviks forståelse, at de i en periode bliver opfattet og gerne omtalt som det rigtige – som den mest hensigtsmæssige, effektive og moderne, ja endda som den naturlige måde at organisere sig på. Ud fra Røviks forståelse er DCM og "Blomsten" ikke nogen total løsning, men derimod et enkelt af organisationens komponenter eller byggesten.

Røvik betragter organisationsopskrifter som værktøj, symboler eller identitetsskabende. Værktøjsperspektivet er et instrumentelt blik ind i organisationen. Det bygger på en forestilling om en direkte relation mellem ledelsens intentioner og ledelsesværktøjet. Organisationsopskriften bliver lederens forlængede arm. I symbolperspektivet er blikket vendt mod omverdenen og den politisk institutionelle kontekst. I dette perspektiv bliver institutionelle forhold afgørende for organisering og valg af opskrifter. I den symbolske forståelse er en af de væsentligste pointer, at organisationsopskrifter hentes ind i organisationer for at skabe legitimitet. Røviks identitetsskabende perspektiv tilbyder primært et eksternt blik på, hvorledes en ny identitet skabes ved at differentiere sig fra mindre succesfulde organisationer og imitere succesfulde organisationer.

Jeg vil fremhæve, at Røvik er vanskelig placere i de fire nævnte teoretiske kasser. Den organisatoriske/sociologiske institutionalisme er et væsentligt bidrag i hans teorier, men

derudover anvender Røvik elementer fra rationel choice, og desuden er han inspireret af den etnometodologiske og konstruktionistiske tradition² (Ibid., 35f.).

Jeg mener, at Røviks kombinationen af et internt blik og eksternt blik i organisationen med fokus på DCM og "Blomsten" som værktøj, symboler og identitetsskabende giver et godt fundament til en analyse af, hvorfor DCM og "Blomsten" kommer til Demenscentret Pilehuset.

To nyinstitutionelle nøglebegreber

I analysen af hvordan DCM og "Blomsten" kommer ind i Demenscentret Pilehuset anvender jeg to nyinstitutionelle nøgle begreber. I den nyinstitutionelle³ forståelse af organisationer betones bl.a., at de sociale mekanismer i samfundet får alle organisationer til at ligne hinanden, og de samme ledelsesværktøjer finder vej til alle organisationer.

To bidragsydere til dette perspektiv er Meyer & Rowan (1977) "Institutionalized Organisations: Formal Structure as Myth and Ceremony" og DiMaggio & Powell (1983) "Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields". Forfatterne anvender bl.a. to nøglebegreber i deres forståelse: isomorfi og dekobling.

Isomorfi handler om, at organisationer kopierer hinanden for at opnå legitimitet.

Kopieringen kan f.eks. ske ved, at de anvender de samme teknologier. DiMaggio og Powell redegør for tre former for isomorfisme: tvangsmæssig, mimetisk og normativ. Den tvangsmæssige påtvinges organisationer, den mimetiske vil typisk være kopiering af en succesfuld organisation, og den normative omhandler den "rette og rigtige" viden.

Jeg vælger at analysere DCM og "Blomstens" implementering perspektiveret i begrebet isomorfi, idet samspillet af disse kræfter - både i Demenscentret Pilehuset og i Sundheds- og omsorgsforvaltningen - giver et godt grundlag for at forstå, hvorledes de tre kræfter bidrager til teknologiernes og Demenscentret Pilehusets institutionalisering.

Dekobling illustrerer organisationers dilemma mellem på den ene side at spejle omverdenens forventninger og sikre legitimitet, og på den anden side fastholde effektiviteten i kerneydelserne ind ad til. Ved dekobling forsøger man at vinde legitimitet ud af

² Lynne Zucker er et eksempel på den etnometodologiske tradition, der også betegnes konversationsanalyse. Foucault er en bidragsyder fra den konstruktionistiske tilgang.

³ Den amerikanske organisationsforsker Philip Selzick betegnes, som en af institutionalismens grundlæggere med værket: "TVA and the Grass Roots" fra 1949 (Fransen et. al.: 2005, s. 36). Sidst i 1970'erne og først i 1980'erne forfines hans tanker af de nævnte forfattere, som går under betegnelse ny- eller neoinstitutionelle teorier.

til, samtidig med at man i videst muligt udstrækning søger at undgå, at de udadvendte aktiviteter får indflydelse på kerneydelserne. Jeg anvender begrebet dekopling fordi, der følger en lang række af symboler og ceremonier i kølvandet på DCM og "Blomstens" implementering.

Et kritisk perspektiv

I analysen af hvilken ledelses praksis DCM og "Blomsten" muliggør i Demenscentret Pilehuset, anvender jeg et kritisk perspektiv. Det kritiske blik har jeg delt i to. Det første er et kritisk teknologisk blik, som jeg anvender i en analyse af DCM og "Blomstens" styringsforskelle og roller. Det andet kritiske perspektiv har fokus på arbejdet, og det anvender jeg i, hvad jeg betegner som DCM og "Blomstens" utilsigtede hændelser.

Kritisk teknologisk perspektiv

Jeg anvender et kritisk teknologisk blik i analysen af, hvilke styringsforskelle og roller DCM og "Blomsten" afsætter. Andersen et. al. (2004) og Tangkjær (2005) argumenterer i deres artikler for betydningen af dette perspektiv.

I den instrumentelle forestilling er styringsteknologier lederens forlængede arm. I den kritisk teknologiske forståelse er udgangspunktet modsat, og lederen er i stedet i hænderne på styringsteknologien. DCM eller "Blomsten" er ledelsesneutrale, men de indeholder en række iboende forestillinger om, hvad ledelse er?, hvad der skal ledes på? og hvordan der skal ledes?⁴.

Tangkjær fremhæver, at det kritiske blik kan hjælpe lederen med at afkode styringsteknologierne. Afkodningen skal gøre det muligt at forstå styringsteknologiernes iboende forestillinger. Han fremhæver videre, at det er en af forudsætningerne for, at lederen kan mestre teknologierne. Det ligger heri ikke en suveræn forestilling om, at enhver leder selv vælger sine egne styringsværktøjer. Styringsværktøjer er ifølge den institutionelle forståelse ikke kun kognitivt og normativt forankret, men også regulativ - og derfor kan styringsteknologier grundlæggende ikke fravælges. Gennem det kritiske perspektiv kan man, ifølge Andersen et. al. og Tangkjær få øje på teknologiernes slag- eller bagsider. Bevidstheden herom gør, at lederen i højere grad kan styre brugen af styringsteknologier frem for at lade sig styre.

⁴ Forskningen inden for dette område er især optaget af at indtage en position, hvorfra den kan forholde sig (konstruktions) kritisk til styringsteknologierne, hvorfra udviklingen af ledelsespraksis kritisk og reflektivt kan iagttages.

I en kritisk teknologisk analyse lægges bl.a. vægt på to aspekter. Det ene er, hvad der kan styres på, hvilket Andersen et. al. betegner som styringsforskellen. Styringsforskellen er inspireret af de Luhmannianske funktionssystemer indtrængen i organisationer. Grundantagelsen er, at styringsteknologier indføres med henblik på at gøre et område til genstand for ledelse. Det andet er, hvilke roller teknologierne skaber. Fokus på roller skal belyse, hvilke nye aktører, der installeres i organisationen, når nye teknologier anvendes.

Jeg anvender et kritisk teknologisk blik i en analyse af DCM og "Blomstens" muligheder og begrænsninger for ledelse, fordi det bidrager med et kritisk blik på styringsteknologiernes styringsforskelle og de roller, som teknologierne afsætter.

Utilsigtede hændelser

Analysen af DCM og "Blomsten" perspektiveret i instrumentelle, institutionelle og kritisk teknologiske forestillinger efterlod mig med en række udsagn, udtalelser og empiriske brudstykker med forskelligt kritisk indhold. De gav ikke mening i forhold til den forståelse de tre nævnte forestillinger bidrog med. De gav umiddelbart heller ikke nogen anden sammenhæng. Jeg har valgt at samle disse under overskriften DCM og "Blomstens" utilsigtende hændelser. Med utilsigtede hændelser tilføjer jeg en fjerde dimension til forståelsen af DCM og "Blomstens" ledelsesmuligheder og -begrænsninger.

Jeg har primært valgt at anvende Lazzaratos (2004) artikel *"From Capital-Labour to Capital-Life"* i analysen af DCM og "Blomstens" utilsigtede hændelser. Lazzarato bygger sine teorier på en central tese om det kreative arbejde, og ud fra den analyserer han i artiklen aspekter, der har betydning for det moderne arbejde. Han retter fokus på bl.a. arbejdsbegreb, produktion, samarbejde og kommunikation. Jeg anvender specifikt i analysen tre af Lazzaratos begreber om det moderne arbejde. Begreberne vedrører arbejdets individualisering, kollektivering og stadige forandring. Sekundært inddrager jeg i analysen af DCM og "Blomstens" utilsigtede hændelser Ole Fogh Kirkebyes (2005) begreb intimteknologi.

Jeg anvender et fjerde perspektiv med fokus på DCM og "Blomstens" utilsigtede hændelser, fordi perspektivet bidrager med en forståelse for styringsteknologierne som har betydning såvel ledelsesmæssigt som organisatorisk. Desuden bidrager det fjerde perspektiv med at tegne et mere nuanceret billede af DCM og "Blomsten" og disses muligheder og begrænsninger for styring.

En kommentar om præsentation og brugen af teori

Jeg har her kort præsenteret de teoretiske dele og begreber, jeg vil anvende i analysen. Jeg vil i hvert kapitels første afsnit uddybe det teoretiske grundlag. Eventuelle detaljer og nuancer vil, der blive fulgt op på i selve analysen. Jeg har valgt at gøre det på denne måde, idet jeg arbejder ud fra, at det er teorien som giver perspektivet, og som gør det muligt at se. Derfor uddybes teorien ikke i et samlet kapitel, men i det specifikke kapitel, hvor den er relevant som optik til at betragte nærheden i Demenscentret Pilehuset.

Valg af Case

De væsentligste argumenter for at vælge at analysere DCM og "Blomsten" i Demenscentret Pilehuset er, at

- Demenscentret Pilehuset er Københavns Kommunes første Demenscenter.
- Antallet af demenspladser i Demenscentret Pilehuset er siden etableringen i 2000 blevet mange doblet.
- Initiativtagerne som henter DCM (DPO) fra University of Bradford, UK i 2000 har eller har haft tilknytning til Demenscentret Pilehuset.
- Demenscentret Pilehuset er den første organisation i DK, som implementerer DCM (DPO).
- "Blomsten" udvikles af en medarbejder i Demenscentret Pilehuset.
- DCM og "Blomsten" er efter afprøvningen løbende justeret og forsøgt tilpasset til organisationen.
- Demenscentret Pilehuset har henholdsvis tre år og syv års erfaring med "Blomsten" og DCM.
- Der er i dag en række personer ansat i eller tilknyttet Demenscentret Pilehuset, som har og har haft betydning for DCM og "Blomstens" implementering og udvikling.

Dertil vil jeg fremhæve, at demensområdet generelt og i Københavns Kommune specifikt er interessant. Demenssygdommens opdagelse fejrede i 2006 100 års jubilæum. Alligevel er det først i de seneste årtier og for alvor i det seneste årti, at demenssygdomme er kommet på den politiske dagsorden. De første demenscentre etableres i de danske kommuner i begyndelse af det nye årtusinde. Demensområdet er således endnu "ungt". Og med dette mener jeg, at graden af institutionalisering endnu er beskednen, hvorfor ledelses- og organisationsanliggende er under dannelse. De både kan og vil blive ændret og påvirket f.eks. i forbindelse med udvikling af organisatoriske regler, normer, rutiner og praksisser.

Data

Jeg vil i det følgende redegøre for mine overvejelser vedr. indhentning og brug af empiri til undersøgelsen. Jeg anvender primært skriftlig dokumentation og interviews.

Skriftlig dokumentation

Jeg vil karakterisere den skriftlige dokumentation som findes om Demenscentret Pilehuset som både veldokumenteret og overskueligt. Veldokumenteret fordi Demenscentret Pilehuset er det første Demenscenter i Københavns Kommune og den første organisation, der anvender DCM i Danmark. I den forbindelse har Demenscentret Pilehuset været genstand for en række evalueringer og opfølgninger. Overskueligt fordi demensområdet endnu er ungt og omfanget af politikker, evalueringer, handleplaner etc. stadig er beskedent.

Skriftlige kilder fra Demenscentret Pilehuset omhandler evalueringer af Demenscentret Pilehuset og brugen af DCM. Derudover anvender jeg en række artikler, uddannelsesprogrammer, introoplæg, undervisningsoplæg, noter, slides og referater fra bl.a. Demenscentret Pilehusets ledermøder, strategiske fora samt ledertemadage. Disse beskriver, hvorledes DCM og "Blomsten" er implementeret, anvendt og løbende ændret i Demenscentret Pilehuset.

Andre skriftlige kilder jeg inddrager er politikker, redegørelser og strategier om demensområdet, som er udarbejdet af Sundheds- og omsorgsforvaltningen (SUF). Fire kilder er: den første og endnu eneste version af Demenspolitikken i Københavns Kommune fra 2003, "Redegørelse om Demens" fra 2003, "Handleplaner for udmøntning af Københavns Kommunes demens politik" fra 2004 samt "SUFs internationale handlingsplan for 2007-2009" fra 2007.

Interviews

Jeg har foretaget interviews med følgende:

Sted / Navn	Position	Motivation
Murna Downs	Chef for Dementia Group, University of Bradford, UK	Øverste ansvarlige for DCM og DPO
Paul Edwards	Konsulent i Dementia Group, University of Bradford, UK	Har 15 års erfaring med DCM og har bidraget til, at DCM har spredt sig til en række andre lande.
Eva Bonde	Strategisk Leder for DCM i DK	Strategisk ansvarlig for DCM i DK, og har evalueret DCM i Pilehuset

Lars Bo Bülow	Chef for faglig udvikling, SUF	Initiativtager til at DCM kom til DK.
Charlotte Agger	Forstander i Demenscentret Pilehuset	Initiativtager til at DCM kom til DK, og leder i Demenscentret Pilehuset.
Vibeke Drevsen Bach	Udviklingskonsulent i Demenscentret Pilehuset	Udvikler af "Blomsten".
Gruppe interview: Kirsten Venbjerg Annemette Kaas Elisabeth Rydahl	Afdelingsledere i demenscentret Pilehuset.	Afdelingslederne har erfaring med DCM i længere tid dvs. > 2 år.
Anne Christoffersen	Medarbejder	Anne Christoffersen har arbejdet med og bidraget til "Blomstens" implementering i en særlig grad på en række områder.
Gruppeinterview: Kim Pontoppidan (leder) Christian Suhr Frederiksen Linda Wilhelmsen	Demensteamet	Teamet har konsulentfunktion i forhold til plejehjemmene i demensspørgsmål og underviser i DCM og "Blomsten" på demenscentrene i København.

Jeg har kategoriseret mine interviews i to grupper. Den ene gruppe omfatter interviews der har betydning for hvorfor og hvordan DCM og "Blomsten" kom til Demenscentret Pilehuset. Den anden gruppe er relevant i forhold til, hvilken indflydelse DCM og "Blomsten" har på ledelsespraksis. Enkelte interviews er relevante for begge problemstillinger.

Den første gruppe interviews som anvendes til analysen af hvorfor og hvordan styringsteknologierne kommer til Demenscentret Pilehuset omfatter interviewene med forskere fra University of Bradford, den strategiske leder i DK, chefen for faglig udvikling i SUF samt Demenscentret Pilehusets forstander. De førstnævnte interviews har betydning for, hvorledes styringsteknologierne forlader UK, og de tre sidstnævnte interviews har betydning for teknologiernes ankomst til DK og Demenscentret Pilehuset. Lars Bo Bülow er relationen i forvaltning og til politikere, Eva Bonde er forskeren og projektlederen, medens Charlotte Agger er praktiker og lederen i Demenscentret Pilehuset. Interviewene med Demenscentret Pilehusets udviklingskonsulent og demensteamet har jeg gennemført for at indhente supplerende viden om, hvordan DCM og "Blomsten" implementeres i Demenscentret Pilehuset.

Den anden gruppe interviews er relevant i forhold til problemstillingen om ledelsespraksis. Gruppen består af en række ansatte i Demenscentret Pilehuset. Det er forstanderen, udviklingskonsulenten, ledergruppen og en medarbejder. Forstanderen og ledergruppen er relevant i forhold til ledelsespraksis. Udviklingskonsulenten er supervisor, feedbackgiver og underviser og har derfor betydning for teknologiernes praktiske anvendelse. Desuden har

jeg udvalgt en medarbejder, som har et ekstra ordinært stort engagement i DCM og "Blomsten".

Jeg har valgt en delvist struktureret spørgeform. Således har jeg ikke anvendt et decideret interviewskema, i stedet har jeg haft 8-10 stikord med på papiret, som en guide til de emner, jeg ønskede, at informanterne og respondenterne skulle belyse. Formålet med en delvis struktureret spørgeform var, at nye aspekter eller andre emner, som jeg ikke havde fokus på i forvejen kunne komme på banen. Jeg har inden gennemførelsen af mine interview spurgt om, jeg måtte optage interviewet på diktafon. Alle indvilligede heri.

Jeg har i forbindelse med interviewene tilbudt de involverede parter, at de kunne få et udskrift af interviewet, eller at jeg kontaktede dem specifikt for deres accept af de citater og udsagn, jeg valgte at inddrage. Jeg har sendt udskrift af interviewene til tre af respondenterne og informanterne. Konsekvensen blev, at jeg har udeladt et interview. Med hensyn til de citater jeg anvendt, har jeg efterfølgende kontaktet to respondenter, som begge accepterede brugen.

Alle interviews er skrevet ud og vedlagt i bilagsdelen. Jeg har i bearbejdningen af interviewene, udskrevet interviewene og anvendt en række forskellige farver til markering af de teoretiske begreber, jeg anvender i de forskellige perspektiver. F.eks. har jeg i gennemlæsningen af interviewene til analysen i kapitel fire anvendt fire farver. En for hver af Røviks tre perspektiver og en fjerde for udsagns eller tilkendegivelser, der umiddelbart ikke faldt under disse tre perspektiver. Jeg har derefter samlet udsagnene og udtalelserne. Og herfra har jeg har "plukket" nogle få, som er blevet den empiri, som danner grundlaget for opgavens analyse.

Jeg har gennem databehandlingsprocessen løbende skrevet spørgsmål ned, til en eventuel opfølgning. Dette har ført til et sted mellem 10-15 spørgsmål. I projektets afsluttende fase har jeg reduceret antallet til "fem skarpe". Disse "fem skarpe" spørgsmål har jeg mailet til udvalgte respondenter, som enten har besvaret dem skriftligt eller mundtligt. De "fem skarpe" er ligeledes vedlagt i bilagsdelen.

Endeligt har jeg deltaget på to internationale konferencer⁵ om DCM i oktober 2007. Fælles for disse er, at de har givet mig den sidste viden og inspiration fra området om DCM. Desuden gav konferencerne en mulighed for uformelt at drøfte faglige aspekter med

⁵ Det vedrører: Workshop om implementering af DCM i organisationer "*from aspiration to perspiration*" og konferencen "*Conference on person-centred Dementia Care*".

deltagerne og følge op interviewene med bl.a. Paul Edwards fra University of Bradford samt knytte enkelte nye kontakter.

Definitioner og begreber

Jeg vil i dette afsnit redegøre for to kategorier af begreber jeg anvender. Den ene er generel og omhandler styring, ledelsesværktøjer, styringsteknologier og organisationsopskrifter. Den anden er specifikt rettet mod de konkrete styringsteknologier DCM og "Blomsten" og deres grundlag DPO.

Metaforen om styrmanden og hans skib anvendes ofte til at afklare hvad styring er. Styrmanden styrer skibet i rette havn til den rette tid. Ifølge Andersen et. al. gøres dette ved hele tiden at indsætte en forskel mellem skibets aktuelle position og skibets planlagte kurs. At styre handler ud fra metaforen om styrmanden og hans skib om at minimere en forskel. Forskellene kan være mange og generelt kan man sige, at styring forudsætter, at der indsættes en forskel, som kan minimeres. Korrektioner fra afvigelser bliver en konstant ledelsesopgave. Andersen et. al. argumenterer for, at det er styringsteknologien, der generelt stiller en forskel til disposition, hvormed der kan styres. Styringsværktøjer styrer den forskelsminimering, som ledere vælger at fokusere på i organisationen (Ibid. 140). Derfor er styringsværktøjer med til at sætte mål og skabe mening og identitet i organisationen.

Røvik (2005) derimod anvender betegnelsen institutionaliseret organisationsopskrift (se side 7). Ligesom jeg indledningsvist har anvendt betegnelsen ledelsesværktøjer. Jeg vil gennem resten af master overvejende anvende Andersen et. al's. betegnelse styringsteknologier. Dog anvender jeg begrebet organisationsopskrifter i de dele af masteren, hvor jeg analyserer eller konkluderer i forhold til Røviks forståelse.

Jeg vil ligeledes præcisere, hvorledes jeg bruger begreberne DCM, den personcentreret omsorg (DPO) og "Blomsten". DCM er en styringsteknologi til at sikre og udvikle omsorgskvaliteten ud fra målinger og observationer. DPO er grundlaget for DCM. "Blomsten" er en metafor, der illustrerer DPO.

Jeg kan konstatere, at begreberne i praksis anvendes som synonymmer. Det vedrører både de skriftlige kilder og de interviews, som jeg anvender. Et eksempel herpå er, at DCM ofte omtales i sammenhænge, hvor det ikke handler om at kvalitetssikre og –udvikle, men f.eks. handler om at finde fælles fodslag på DPOs værdigrundlag. Et andet eksempel er, at

betegnelse DPO viger til fordel for "Blomsten", når der tales eller skrives om at arbejde på et personcentret grundlag. Jeg har valgt at lade empirien være udgangspunkt for opgaven. De mange misforståelser af begreberne i det empiriske materiale har selv sagt gjort det vanskeligt at fastholde en fuldstændig stringent anvendelse af begreberne.

Arbejde med egen organisation

Jeg⁶ arbejder i masteren med min egen organisation. Jeg har været ansat i Demenscenteret Pilehuset siden 1.12.2005. Jeg er ansat, som souschef for forstander. Arbejdsfordelingen var umiddelbart, at jeg skulle tage mig af de stigende opgaver som falder udenfor kerneydelsen f.eks. dokumentation, IT og økonomi, mens forstanderen havde det sygeplejemæssige fokus. Vi har siden valgt at dele organisationen i to⁷. I praksis må jeg erkende, at delingen fungerer bedst, når adskillelsen ikke er for skarp.

For at være bevist om de begrænsninger, der ligger i at arbejde med egen organisation, har jeg hentet inspiration fra artiklen: "fra nærhed til distance og tilbage igen" (Nielsen et. al.: 1993, s. 19ff.). Traditionelt fremhæves ofte i litteratur om at arbejde med egen organisation mangler og begrænsninger herved (Ibid. s. 19f.). Nielsen et. al. ser også fordele heri. Det er f.eks. betydningen af engagement, forandringslyst og kendskab til hverdagen.

Med hensyn til begrænsninger ved at arbejde med egen organisation vil jeg fremhæve faren for, at:

- Man bliver blind som iagttager fra eget ståsted.
- Intervieweren gør sig klogere på organisationen end den adspurgte.
- Data let tolkes ud fra egne forudfattede meninger.
- "Sandheden" kan være svær at skrive, hvis den bliver ilde hørt, når intervieweren/analytikeren er underordnet i magtrelationen.
- Empiriske data kan blive farvet, såfremt intervieweren/analytikeren i opgaven er overordnet i magtrelationen (Ibid. s. 26ff.).

Jeg foregiver ikke fuldstændig at kunne undgå dette, men jeg har skærpe min bevidsthed herom. Konkret har jeg bl.a.:

⁶ Jeg er kulturgeograf af uddannelse. Jeg har dog aldrig arbejdet med kulturgeografisk problemstillinger. Fællesnævneren i mine jobs har været, at jeg har arbejdet decentralt som sekretariatschef eller -leder i offentlige organisationer primært kommunale og sekundært på hospitaler. Jeg er i mine jobs ansat i forbindelse med fusioner, rationaliseringer og sekretariatssammenlægninger. Jeg har ofte været første leder med en AC baggrund f.eks. som alternativ til HK fuldmægtige og , ledende lægesekretærer.

⁷ Enhederne demens, huntington chorea og frontal temporal refererer til forstanderen, mens følgende enheder refererer til mig: pleje, støtte/være enheden (dagcenter), aktivitet, service og administration (se bilag 4).

- Skrevet egne fordomme ned. Først ved hjælp af udviklingskonsulent Vibeke Drevsen Bach (17/10/07), og anden gang (18/11/07) gør jeg det selv. Håbet er, at bliver mere bevidst herom.
- Valgt teorier med flere og forskellige perspektiver – heri bl.a. teorier med en kritisk tilgang til styring, ledelse og arbejde.
- Gennemføre interviewene som åbne og løst strukturerede. Ligesom jeg har skrevet alle interviews ud.
- Jeg har bestræbt mig at være i dialog internt og eksternt i Demenscentret Pilehuset. Internt er det primært med udviklingskonsulent Vibeke Drevsen Bach og Forstander Charlotte Agger, som jeg også rejste sammen med til University of Bradford, UK. Eksternt har jeg bl.a. deltaget i de to nævnte konferencer, ligesom jeg har drøftet mine pointer og konklusioner mere generelt med en række andre bl.a. Claus Jensen, Slagteriernes forskningscenter. Jeg har ikke været i stand til at finde ønskedialog-partneren f.eks. den pensionerede veteran fri fra interesselilknytninger og med en undrende tilgang (Ibid., s. 30)
- Jeg har gennem databehandlingen inspireret af Nielsen et. al. forsøgt at være "Rasmus Modsat" og overvejet andre gængse forklaringer på organisationsproblemerne. Jeg har dog måttet erkende, at nærhedens kompleksitet ofte er svær. Og derfor har jeg i analysen ofte valgt at beskrive nærhedens kompleksitet.

Opgavens struktur

Jeg har i opgavens to første kapitler redegjort for opgavens problemformulering og metode valg. I kapitel tre foretager jeg en beskrivende analyse af Demenscentret Pilehuset ud fra Leavitt-Ry modellen. I Kapitel fire og fem anvendes et institutionelt perspektiv med henblik på at skabe et indblik i hvorfor og hvordan DCM og "Blomsten" kommer til Demenscentret Pilehuset. I kapitel seks og syv anlægger jeg et kritisk perspektiv. Kapitel seks indeholder en kritisk teknologisk analyse af styringsteknologiernes styringsforskelle og roller. Kapitel syv fokuserer på utilsigtede hændelser ved brugen af styringsteknologierne. I det ottende og afsluttende kapitel samles opgavens pointer i en konklusion og en perspektivering.

Kapitel 3: Demenscentret Pilehuset, Københavns Kommune

Jeg vil i dette kapitel beskrive Demenscentret Pilehuset, dens kontekst samt de forandringer, der følger med implementeringen af DCM og "Blomsten". Jeg anvender Leavitt-Ry modellen hertil. Først redegør jeg for modellen. Dernæst beskriver jeg Leavitts fire variable: teknologi, opgaver, struktur og aktører og samspillet herimellem. Dernæst beskriver jeg den udvidede models variable: belønning, kultur, fysiske rammer, visioner/værdier, omverden og historie. Jeg tager udgangspunkt i teknologielementet og giver denne variabel mere opmærksom end de andre variable, idet der heri indgår en beskrivelse af DCM og "Blomsten" samt deres grundlag.

Leavitt-Ry Modellen

Leavitt-Ry modellen er vedlagt i bilag 1. Den indre kernes variable: opgaver, teknologi, struktur og aktører afspejler den simple model (Nielsen et. al.: 2002, s. 6). Opgaver referer til organisationens eksistensgrundlag. Aktører er primært medarbejderne. Teknologi omhandler både maskiner, metoder og programmer. Struktur omhandler både kommunikationssystemer og autoritetssystemer samt arbejdsdeling. Pointen i Leavitts simple model er, at ingen af de fire grundpiller kan ændres uden, at det påvirker de øvrige variable.

Et kritikpunkt af den simple model er, at den ikke inddrager omverden. Dette gør den simple model blind overfor aspekter som, at opgaver og mål er afhængige af udviklingen i omgivelserne, at teknologien er en udefrakommende faktor, der presser sig ind i organisationen og at aktørerne påvirkes af de udviklingstendenser, der sker i samfundets værdier og holdninger. Nielsen og Ry giver opmærksomhed til disse aspekter og udvider modellen med fokus på visioner/værdier og mål, belønningssystemer, fysiske rammer, organisationskulturen samt historien. En fælles kritik, der kan rettes mod både Leavitt-Ry og Leavitts simple model er, at de er vanskelige at operationalisere (Ibid. s. 17).

Teknologi, opgaver, aktører og struktur

Jeg vil i dette afsnit beskrive variablerne teknologi, opgaver, struktur og aktører i Demenscentret Pilehuset med fokus på den forandring, som følger i kølvandet på implementering af DCM og "Blomsten".

Teknologi

I dette afsnit beskriver jeg primært den personcentrerede omsorg (DPO), "Blomsten" og DCM. Sekundært omtaler jeg enkle andre teknologier.

Tom Kitwood fra University of Bradford i England har udviklet DPO og DCM. Tom Kitwoods grundantagelse er, at den socialpsykologiske holdning, der praktiseres, har en afgørende indflydelse på, hvordan det enkelte menneskes demens udvikler sig. Det, omsorgspersonalet gør (eller ikke gør), har en afgørende betydning for demente personers tilværelse. Den personcentrerede omsorg er sat sammen af 3 elementer: demensbilledet, 5 grundlæggende psykologiske behov og bestræbelserne på at fremme velbefindende.

Demensbilledet hos den enkelte person forstås af Kitwood som resultatet af en kompleks interaktion mellem sygdommens fem hovedfaktorer: personlighed + biografi + helbred + neurologi + socialpsykologi⁸ (Drevsen, 2006, s. 3). Omsorgsmedarbejderen skal iflg. Tom Kitwood udvise forståelse for demensbilledet i relationen til mennesker med en demenssygdom. Mennesker (med demens) har ifølge Tom Kitwood følgende grundlæggende psykologiske behov: tilknytning, identitet, trøst, meningsfuld beskæftigelse og inklusion⁹ (Ibid. s. 3). Såfremt omsorgsmedarbejderen opfylder disse behov hos borgeren skabes velbefindende. I praksis fremmes velbefindende ved at personalet er anerkendende i sin tilgang til borgeren og søger at forhandle, samarbejde, lege, sansestimulere den enkelte person (Ibid. s. 8f.)¹⁰.

DCM er en metode eller et redskab til at måle og sikre kvaliteten i demensomsorgen. DCM udarbejdes ud fra "et snapshot" af aktuel praksis, og inddrager følgende fem elementer i metoden: observation, dataanalyse, DCM rapport, feed-back og handleplaner (Brooker: 2005, s. 35ff.). Observationerne foregår i en enheds fællesarealer. Observatøren kaldes i DCM terminologien for "en mapper". Mapperen indtager en plads i enheden med bedst muligt overblik over hele enhedens fælles arealer. Til observationen udvælges otte borgere i

⁸ Personlighed: Hvordan har man lært at leve, hvilke ressourcer har man, og hvilke forsvarsmekanismer bruger man? Biografi: Livserfaringer og konsekvenserne af ændrede livsbetingelser. Helbred: Hvordan er ens helbred samt skarpheden af ens sanser? Neurologi: Ændringerne i hjernecellerne. Socialpsykologi: Betingelser i personens omgivelser, hvordan er familie/personale sammen med personen?

⁹). Tilknytning handler om at man er følelsesmæssigt knyttet til steder og personer. Inklusion handler om at være en del af fællesskabet. Meningsfuld beskæftigelse opnås når man beskæftiger sig med noget som har betydning for en. Identiteten er at føle sig som et tænkende og følende menneske. Trøst er at møde ro og omsorg. Disse behov skal ses som behov, der fletter sig ind i hinanden. Når et behov tilfredsstilles, kan et andet også blive dækket, og omvendt kan opfyldelse af ét behov være en forudsætning for muligheden af at opfylde et andet.

¹⁰ Anerkendende er ved at være åben, lyttende, nysgerrig, og fordomsfri i relationen med borgeren med demenssygdom både verbalt og nonverbalt. Forhandling i relationen sker ved at spørge, rådføre, lytte til borgerens ønsker og behov. At samarbejde handler om at tage udgangspunkt i borgerens eget initiativ, evne og ressource og afstå fra at bruge magt eller tvang. At lege er at inddrage den barnlige, kreative og spontane side uden særlige mål. Sansestimulering handler om at vække sanserne og dermed etablere kontakt, beroligelse og velbehag uden at stille krav.

enheden. Udvælgelsen kan foregå inden, såfremt enheden ønsker specifik fokus på enkelte borgere ellers vælges de første 8 borgere, som er i eller kommer til fællesarealet. Hver borger observeres hver femte minut i seks timer og registres ud fra 4 parametre: adfærd, befindende, ondartet social psykologi og positive hændelser.

Den første parameter adfærd er et udtryk for borgerens aktiviteter. Kitwood har herunder udarbejdet 23 registrerende kategorier, hvor f.eks. C er "come and go", F "Food" og X er "sex"¹¹ (Ibid. s. 236). Det andet parameter er et udtryk for, at der til hver (registrerende) måling knyttes en af seks værdier for borgerens befindende fra -5, -3, -1 og 1, 3 5 (Ibid. s. 136). De sidste to parametre ondartet socialpsykologi og positive hændelser er korte beskrivelser af, hvorledes medarbejderens indgår i relation til borgeren. Ondartet social psykologi er udtryk for personnedgørende adfærd, medens positive hændelser er, når omsorgen (jf. DPO) er særdeles god. På baggrund af observationerne foretager mapperen en analyse af data og udarbejder en rapport for hver borger, der beskriver kvaliteten i den personcentrerede omsorg. Alle medarbejdere i enheden modtager feed-back og på baggrund heraf skal, borgerens handleplaner evalueres.

"Blomsten" er en illustration af Tom Kitwoods teori om DPO. "Blomsten" er udviklet af udviklingskonsulent Vibeke Drevsen Bach i Demenscentret Pilehuset. "Blomsten" blev udviklet i 2004, og er siden løbende blevet forfinet (Interview med Vibeke Drevsen Bach, s. 4f.). I "Blomsten" illustrerer roden demensbilledets fem faktorer. Blomstens hoved illustrerer menneskets fem grundlæggende social psykologiske behov, og hvad der skal opfyldes for, at borgeren kan opnå velbefindende. Solens stråler er et billede på, hvorledes medarbejderne skaber velbefindende. Pointen er, at medarbejderne stråler via velbefindende initiativer og handlinger, således at de 5 grundlæggende behov illustreret ved blomstens hoved, opfyldes hos borgeren. Og dette sker ud fra viden og kendskab til roden (sygdommen).

Demenscentret Pilehuset anvender foruden DCM, DPO og "Blomsten" en andre teknologier som kontaktpersonsystem, handleplaner, supervision, introduktion, dokumentation, egen kontrol, økonomistyring, vagtplanlægning, bestiller udfører modtager (BUM), arbejdspladsvurdering (APV), medarbejderudviklingssamtaler (MUS), tilsyn fra forskellige myndigheder mv.

¹¹ Jeg har ikke selv anvendt denne kategori, når jeg har foretaget registrering, ligesom den ikke er anvendt i de kategoriseringer, jeg er stødt på.

Opgaver

Med indførelse af DPO sker samtidigt et skift i betragtningen af omsorgsopgaven. Overordnet er der tale om, at omsorgsopgaven skifter fokus fra at være opgave orienteret og til at blive personcentreret og relativ. Den opgave orienterede tilgang er kendetegnet ved, at omsorgsopgaven er rettet mod borgerens basale fysiske behov. Populært sagt handler der ifølge afdelingslederne om: "*ro, orden og renlighed*" (Interview med afdelingsleder, s. 1). I den personcentrerede omsorg handler omsorgsopgaven om mere end at opfylde basale fysiske behov. Det handler om at opfylde borgerens fem social psykologiske behov.

Aktører

Jeg vil i dette afsnit fremhæve de tre aktører: pårørende, borgere og medarbejdere.

Ifølge Demenscentret Pilehuset hjemmeside (www.demenscentret-pilehuset.dk) er Pilehuset et tilbud til både borgere og deres pårørende. Med demenspolitikken og DPO øges fokus på de pårørende. Et aspekt heri er, at de pårørende er borgerens nære relation uden for huset og deres viden og samspil skal indgå i omsorgen og plejen af borgere med demenssygdom. Eksempelvis inddrages pårørende allerede inden borgeren flytter ind for at kunne planlægge opholdet bedst muligt og udarbejde handleplan for borgerens ophold i Pilehuset. Demenscentret Pilehuset afholder i løbet af året en række arrangementer for pårørende bl.a. samtalegrupper, undervisning og sociale arrangementer. Desuden har Demenscentret Pilehuset et beboer- og pårørenderåd, hvilket er lovpligtig jf. serviceloven.

I demenscentret Pilehuset omtales beboerne som borgere med en demenssygdom. Borgerne er diagnosticeret. Der bor i alt 124 Borgere i Demenscentret Pilehusets faste eller midlertidige botilbud. Desuden modtager organisationens dagtilbud besøg fra 24 borgere hver dag.

Demenscentret Pilehuset har ca. 180 medarbejdere; faste og vikarer. Medarbejderne i omsorgen er primært sammensat af medarbejdere med en sundhedsfaglig eller en pædagogisk/terapeutisk uddannelses baggrund. Medarbejdere med en sundhedsfaglig baggrund er overvejende social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker. Medarbejdere med en pædagogisk/terapeutisk baggrund er primært socialpædagoger og ergoterapeuter. Fordelingen af medarbejdere med en sundhedsfaglig vs. pædagogisk/terapeutisk uddannelses er 74 % vs. 26% (Københavns Kommune:

december 2006, LBN). Tværfagligheden er et element i DPO, hvilket bl.a. fremhæves i statusredegørelsen anno 2003 (København Kommune: 2003, s. 24).

Demenscentret Pilehuset har desuden ansat en række administrative medarbejdere samt rengørings-, vask- og køkkenpersonale. Demenscenteret Pilehuset har derudover en udviklingskonsulent, hvis primære opgave bl.a. er mapping og supervision af medarbejdere.

Struktur

Demenscentret Pilehuset er organiseret med en ledelse, 6 enheder samt en række stabe jf. organisationsskemaet bilag 4. Enhederne er oprettet ud fra borgernes sygdom og diagnose:

- Et dagtilbud med 24 borgere med demenssygdom.
- 2 enheder med 23 borgere med demenssygdom i hver - dels aflastnings, dels permanente botilbud.
- 1 enhed målrettet borgere med sygdommen Huntington Chorea med 16 pladser.
- 1 enhed målrettet borgere med Frontal Temporal demens med 16 pladser.
- Højhuset Birkebo har 26 plejehjempladser og 20 beskyttede boliger.

Enhederne er opdelt i en række grupper, således at der er mellem 8-12 borgere i hver gruppe.

Demenscentret Pilehuset har følgende stabe: administration, service, aktivitetsenhed samt udviklingskonsulent. Desuden er Københavns Kommunes Dementeam underlagt Demenscentret Pilehuset ledelse. Dementeamets primære opgaver er undervisning af medarbejdere på demenscentrene og tilbyde konsultation i demens faglige spørgsmål på plejehjemmene.

Demenscentret Pilehuset ledes af en forstander og dennes souschef. De enkelte enheder ledes af en afdelingsleder og dennes souschef. Ledelsen er organiseret omkring ledermøder hver 14. dag, hvor faste punkter "Nyt fra ledelse" og "Nyt fra enheder" efterfølges af de dags- og uge aktuelle punkter. Samarbejdet mellem ledelse og medarbejdere er formelt samlet i en medarbejderdemokrati (MED) struktur med møder hver 3. måned. Enhederne afholder møde hver 6. uge, hvor personalemæssige problemstillinger er på dagsordenen.

Udover disse møder afholdes årlige temadage for ledergruppen, MED og enhederne, hvor de to førstnævnte har fokus på ledelse og husets organisering, medens sidstnævnte har fokus på demensfaglige spørgsmål.

Værdier, belønning, kultur, fysiske rammer, omverden og historie

I dette afsnit fortsætter jeg den beskrivende analyse med fokus på variablerne: værdier, belønning, kultur, fysiske rammer, omverden og historie. I lighed med forrige afsnit fremhæver jeg betydningen af DPO, når det er relevant i forhold til variablerne.

Værdier, dyder og mål

Demenscentret Pilehuset har dyder, værdier og mål. I Demenscentret danner fire dyder grundlaget for arbejdet: trivsel, samarbejde, tålmodighed og gavmildhed. De fire dyder er illustreret i keramikbilleder, som hænger på væggene. Til hver dyd er koblet et gammelt ordsprog. F.eks. står der under samarbejde: "Sammen kan vi udrette mirakler." (Demenscentret Pilehuset, 2007, intromappen, del 3). Værdier er hentet direkte fra den personcentrerede omsorgs grundlag med udgangspunkt i *"hvorledes vi opfatter enhver adfærd, ... demens, ... borgeren og ... pårørende"* (Ibid. del 3).

Grundlaget for den personcentrerede omsorg afspejles også i Pilehuset overordnede mål, der er rettet mod to målgrupper: 1. Den ene målgruppe er borgere, som har plads i dagcentret eller et midlertidigt botilbud. Målet er her at øge muligheden for, at borgeren kan blive i kendte rammer længst muligt. 2. Den anden målgruppe er borgere, som permanent bor i Demenscentret Pilehuset, og målet er her, at borgeren med demens forbliver en person og et socialt væsen, der lever et liv med velbefindende trods en fremad skridende hjerne svækkelse (Demenscentret Pilehuset: 2007, Erfaringer og refleksioner, s. 5.).

Belønning

I Demenscentret Pilehuset arbejdes med ny løn, hvilket giver muligheden for at honorere medarbejderen ud fra kvalifikationer, funktioner og ekstra indsatser. Betydningen i kr. og ører er dog beskeden. Eksempelvis blev der i 2007 forhandlet med samtlige faglige organisationer om samtlige medarbejdere. Puljen til forhandling var centralt fastlagt. Denne forhandling udløste overvejende lønstigninger i størrelsesordenen kr. 300 – 600 til udvalgte medarbejdere.

Derudover er belønningen for arbejdet faglige udfordringer, gode fysiske rammer og godt miljø. Det fremgår bl.a. Demenscentret Pilehusets stillingsannoncer, som er vedlagt i bilag 17.

Kultur

I anvendelse af Tom Kitwoods personcentrede omsorg ligger implicit et kulturskifte. Kulturskiftet karakteriseres som overgangen fra den gamle plejekultur til den nye omsorgskultur. Kitwood fremhæver, at der er tale om en kontrast mellem to forskellige paradigmer eller konceptuelle rammer for forståelse af demensens natur (Kitwood: 2006, s. 7f.). I Demenscentret Pilehusets præsentationsmateriale fremhæves syv centrale elementer i forandringen (Demenscentret Pilehuset: 2007, Velkommen, s. 21 ff.). De syv elementer fremgår af nedenstående tabel 1.

Tabel 1: Den gamle plejekultur vs. den nye omsorgskultur

	Den gamle plejekultur	Den nye omsorgskultur
Syn på demens – demens opfattes som:	En alt ødelæggende sygdom, der progressivt ødelægger personlighed og identitet	En form for handicap, og hvorledes personen påvirkes afhænger af omsorgskvaliteten
Ultimativ kilde til viden – besiddes af:	Læger og hjerneforskere, og omsorgspersonalet må rette sig herefter	Kvalificerede omsorgsgivere
Forskningens indsats-område – fokus er rettet mod	Biomedicinsk gennembrud mhp. at opnå et medicinsk gennembrud	Forstærkelse af menneskelig indsigt og kvalifikationer
Hvad omsorg indebærer – det drejer sig primært om at	Opfylde basale behov og give fysisk pleje	Vedligeholde og styrke personidentiteten i tillæg til den gamle plejekulturs omsorg
Forståelsesprioriteter – der handler om at forstå	Personens svækkelser, specielt de kognitive	En persons evner, smag, interesser, værdier og former for åndelighed, idet demens manifesteres på mange måder
Problemadfærd – håndteres	Kvalificeret og effektivt.	Opfattes som et forsøg på kommunikation, relateret til behov.
Omsorgsgivernes følelser - bekymringer og sårbarheder	Tilsidesættes	Er i fokus og skal betragtes som en ressource, der skal omformes konstruktiv i forhold til arbejdet.

Kilde: Demenscentret Pilehuset: 2007, "Velkommen", s. 21 ff.

Den gamle plejekultur er kendetegnet ved, at den fornægter generelt eksistensens af social psykologiske behov hos borgere med demens. Interaktionen mellem personale og borger var minimal og arbejdsopgaven betragtes primært ud fra opfyldelse af basale fysiske. I den nye omsorgskultur står de social psykologiske behov centralt. Her opfattes interaktion mellem medarbejder og borger som både positivt og en egentlig helende komponent i omsorgen. Jeg vil pointere, at dette er en polariseret fremstilling beskrevet ud fra Tom Kitwoods og Demenscentret Pilehusets litteratur. Jeg vil ud fra interviewene fremhæve, at arbejde i den nye og gamle kultur er mere nuanceret end denne polariserede beskrivelse.

I demenscentret Pilehuset anvendes DCM målinger til at klarlægge, hvorvidt der arbejdes ud fra gamle plejekultur eller den nye omsorgskultur (Demenscentret Pilehuset: 2007, Erfaringer og refleksion, s. 24).

Fysiske rammer

Demenscentret Pilehuset ligger i Bystævneparken i Husum og strækker sig over husnumrene 23-25. Byggeriet er element- og montagebyggeri fra 1970'erne og består af to bebyggelser, som ligger adskilt. Den ene er lav med to etager og den anden er både lav og høj med et højhus på otte etager. Haver omkranser alle bebyggelser, således at der fra stueetagerne er direkte adgang hertil. Indvendigt er byggeriet nyrenoveret. Der er i forbindelse med opstart af Demenscentret Pilehuset lagt vægt på de fysiske rammer bl.a. i form af et farvevalg og lyskilder med ekstra lux.

Omverden

I beskrivelsen af omverden retter jeg fokus mod Københavns Kommune og dennes organisering. Jeg vil fremhæve: SUF og ældrekontorerne.

SUF har to hovedområder. Det ene omhandler aktiviteter og tilbud til ældre borgere over 65 år, det andet er aktiviteter inden for sundhedsfremme og forebyggelse. Demenscentret Pilehuset varetager opgaver relateret til pleje- og ældreboliger i forhold til førstnævnte¹². Ifølge Københavns Kommunes sundhedsforvaltnings organisationsdiagram (vedlagt i bilag 3) er der 94 decentrale udføreenheder i SUF.

Organisatorisk hører Demenscentret Pilehuset under Vanløse, Brønshøj og Husums ældrekontor, som er et ud af syv ældrekontorer i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Ældrekontorerne har driftsansvar for de plejehjem, hjemmepleje, træningscentre, dagcentre og køkkener, der er beliggende i området.

Historien

I dette afsnit vil jeg fortælle to korte historier: den lokale og den kommunale.

Den lokale historie er historien om Demenscentret Pilehuset. Demenscentret Pilehuset åbnede den 1. januar 2000, som Københavns første demenscenter. I 2000 var

¹² Andre opgaver er hjemmepleje og -hjælp til ældre, hjælpemidler, pension og personlige tillæg, boligydelse til ældre, sygesikring, forebyggelse og sundhedsfremme (Folkesundhed København), voksentandpleje, kommunens relationer til H:S og arbejdsmiljø København.

Demenscentret Pilehuset åbnet som et udvidet dag- og aflastningstilbud rettet mod hjemmeboende borgere med demens og deres pårørende i Københavns. I 2003 fusioneres Demenscentret Pilehuset med naboen Plejecenter Birkebo med 130 plejehjemspladser. Fra 2004 og frem til 2007 nedlægges over 2/3-dele af disse plejehjemspladserne, og i stedet oprettes pladser til borgere med demenssygdom. Det vil sige, at i 2004 bliver Demenscentret Pilehuset udbygget med de første permanente botilbud til borgere med en demenssygdom. I 2005 oprettes yderligere permanente botilbud samt specialpladser rettet mod borgere med Huntington Chorea og Frontal Temporal Demens. I 2007 fordobles antallet af antallet af specialpladser. I Danmark eksisterer der pt. kun tre tilbud målrettet borgere med Huntington Chorea og Demenscentret Pilehuset er det eneste målrettede botilbud til borgere med Fronto Temporal demens i Danmark. Demenscentret Pilehuset afspejler den overordnede tendens indenfor demensområdet i form af en stigende specialisering og vækst i antallet af demenspladser. Samtidig gennemfører demenscentret Pilehuset siden etableringen en række projekter med midler fra Socialministeriet med fokus på bl.a. ny teknologi og hjemmehjælpsydelser til borgere med demenssygdomme.

Den kommunale historie er demensområdets udvikling i Københavns Kommune. De første bevillinger til demenscentre specifikt afsættes i 1997 (København Kommune: 1998, s. 8). På det tidspunkt var situationen ifølge Lars Bo Bülow kendetegnet ved at: *"Vi havde mange demente, og vi havde det de kaldte levegrupper..... Det var KKS navn på en skærmet enhed – altså mindre enheder i en større institution med seks til otte pladser. Hvor man var særlig dygtig til borgere med demens, og hvor man havde en særlig normering.....spredt ud på 16 - 17 plejehjem. Og det var selvfølgelig de steder, hvor forstanderne havde særlig interesse for det. Og det synes vi, at det fagligt set var en sårbar måde at drive det på"* (Interview med LBB, s. 1). De første demenspladser etableres i 2000 på demenscentret Pilehuset. Samtidig får Nørrebro og Amager også status som demenscenter. Siden træffes der beslutning om etableringen af yderligere demenspladser på de nævnte centre samt etablering af flere demenscentre i kommunen.

I 2003 udarbejdes den første og indtil nu eneste demenspolitik¹³ i Københavns Kommune. Året efter udarbejdes Handleplaner på demensområdet og sammenlagt bidrager disse skrivelser til at definere demensområdets rammer. Af demenspolitikken og handleplanerne fremgår det, at indsatsområderne er: tidlig indsats, skræddersyede tilbud, personale, behandling og samarbejde mellem sektorer og pårørende. I 2007 udarbejdes Københavns Kommunes internationale handleplan på Demensområdet.

¹³ Den udarbejdes ud fra Redegørelse om demens, 2. udgave (Københavns Kommune: 2003)

Kapitel 4: DCM og "Blomsten" kommer til Demenscentret Pilehuset

Dette Kapitel omhandler, hvorfor DCM og "Blomsten" kom til Demenscentret Pilehuset. Til forståelse heraf anvender jeg Røviks tre perspektiver; værktøj, symbol og identitet. Jeg redegør først for de tre perspektiver. Dernæst præsenterer jeg fem argumenter for at indføre DCM og "Blomsten". Herefter analyserer jeg argumenterne i Røviks tre perspektiver: værktøj, symbol og identitet. Afsluttende drøfter jeg betydningen af sociale entreprenører, som en af Røviks "blinde pletter". Jeg fokuserer i kapitlet primært på DCM, som kommer ind i organisation, mens jeg kun knytter enkelte kommentarer til "blomsten".

Værktøjs-, symbol- og identitetsperspektiv

Røvik anvender tre perspektiver; et værktøjs-, et symbol- og et identitetsperspektiv til forståelse af, hvorfor organisationsopskrifter flytter ind i organisationer.

Grundlaget for værktøjsperspektivet er den traditionelle-instrumentelle tradition i organisationsteorien. Denne retning har bl.a. sine rødder i Taylors scientific management, Fayols klassiske administrationslære, Webers klassiske teorier om bureaukratiet og Williamssons transaktionsteorier (Røvik, 2005, s. 31ff.). Organisationer forstås her som et redskab til at frembringe varer, tjenester, tiltag og initiativer på den mest effektive måde.

Organisationens legitimitet og overlevelsesmulighed er derfor uløselig knyttet til, hvor effektiv den kan blive. Tilgangen bygger på en fundamental udviklingsoptimisme og har en rationalistisk orientering. En institutionaliseret opskrift er i det lys et redskab til hele tiden at trimme, finjustere, designe og re-designe organisationen til at blive mest mulig effektiv. Løbende forandring og tilpasning er væsentlig. Tilgangen har en grundlæggende tro på, at organisationer og aktører er kundskabsrige og fornuftige, og at de har både vilje og evne til indlæring.

Grundlaget for symbolperspektivet opstiller Røvik ud fra en kritik af værktøjsperspektivet. Nyinstitutionelle teorier fra bl.a. Meyer & Rowan, Dimaggio & Powell samt Scott & Meyer er væsentlige bidragsydere, men Røvik henter også bidrag fra den etnometodologiske og konstruktionistiske tradition¹⁴ (Ibid. s. 35f.). Grundlaget for symbolperspektivet formuleres på et nyinstitutionelt grundlag: *"Formelle organisationer befinder sig i institutionelle omgivelser, der de konfronteres med socialt skabte normer og konvensjoner for, hvordan*

¹⁴ Lynne Zucker er et eksempel på den etnometodologiske tradition. Foucault er en bidragsyder fra den konstruktionistiske tilgang.

den enkelte organisation til enhver tid bør være utformet" (Ibid. s. 36). Institutionerne opfattes som samfundsskabte. Specifikt er der ved institutionalisering tale om de processer, der fører frem til at en organisationsopskrift adopteres. Organisationsopskriften bliver symbol for effektivitet, modernisering, fornuft etc.. Organisationen opnår derigennem sin legitimitet.

I Røviks tredje forklaring, ser han adoption af organisationsopskrifter som et udtryk for identitetsforvaltning. Hovedargumentet er, at nye organisationsopskrifter let finder vej, når de udfordrer organisationens identitet, som opleves som problematisk. Forklaringen har rødder i symbolperspektivet og organisationsopskriften bliver symbol på, hvad og hvem organisationen ønsker at blive identificeret og ikke identificeret med. Begrebet identitet er hentet fra socialpsykologien til at beskrive det enkelte individs selvforståelse og roller i relation til andre individer. Et snævert fokus på det enkelte individ vil ud fra en grundlæggende socialpsykologisk forståelse stille sig kritisk til, om organisationer kan have identitet. Ud fra Røviks forståelse er den organisatoriske identitetsudvikling en forudsætning for overlevelse i dag. Han fremhæver: *"...ulike virksomheder er underlagt sterkt normativt press fra institusjonelle omgivelser om, at man bør utvikle sin identitet og profil som formel organisation"* (Røvik, 2005, s. 134).

Argumenter

I dette afsnit fremfører jeg de væsentligste argumenter for at anvende DCM og "Blomsten". Argumenterne er, hvad jeg har valgt at uddrage ud fra de nævnte rapporter og de interviews, som jeg har gennemført (jf. kap. 1). Jeg vil påpege, at den valgte rækkefølge af argumenterne er tilfældig og ikke et udtryk for, at de første er vigtigere end de sidste

DCM som redskab fokuserer på kerneydelsen og er kvantitativ funderet. I Bonde & Holst (2003) fremføres: *"DCM metoden er frem for alt et redskab til at vurdere kvaliteten af omsorgen for mennesker, der har demens....."* (Bonde & Holst, 2003, s. 5) . Charlotte Agger fremhæver om brugen af DCM: *" det tvinger os til at sætte kerneydelsen i fokus, så vi ikke begynder at koncentrere os, om alt det der ligger udenom"* (Interview med Charlotte Agger, s. 2). Charlotte Agger pointerer: *".....i den her sektor, er der meget lidt, hvor man kan gå ind direkte og måle på kerneydelsen. Vi kan måle på alt muligt andet; vi kan måle på sygefravær, vi kan måle på, hvor mange der kommer ind til borgeren og alt muligt andet. Men at måle selve kerneydelsen og kvaliteten af den det er der ikke rigtig nogle metoder, der tilbyder pt. udover den her."* (Ibid. s.2). Eva Bonde taler om DCM: *"Det*

udmønter sig i nogle tal. Dvs. man hele tiden kan følge med i, hvordan omsorgskvaliteten er her og nu.” (Interview med Eva Bonde 6,s.7).

I Interviewene fremhæves betydningen af dokumentation i forhold til forskellige interessenter. Eva Bonde retter blikket på det forvaltningsmæssige og politiske niveau: *”man vil også kunne bruge det værktøj til en afrapportering til politikere eller forvaltning, hvor kravet hele tiden øges for dokumentation. Indtil videre har vi ikke andre metoder til at dokumentere på systematisk vis, som DCM gør, omsorgskvaliteten på virksomheden”. (Interview med Eva Bonde, s.7).* Charlotte Agger fremhæver senere i interviewet om forvaltningen: *”Der ligger også begrundelser i forhold til det ledelsesniveau, der ligger over, at det vejer meget tungere, når man kan komme og sige man gør tingene fordi det og det”. (Interview med Charlotte Agger, s.2).*

Personaleaspekter er det tredje argument. Det omhandler potentialet i forhold til at arbejde med og fokuserer på medarbejdernes faglighed. Charlotte Agger fremhæver at: *”..... det giver værdi til medarbejderne, at man kan faktisk kan gå ind og se, at deres faglighed betyder noget. Så det ikke kommer til at handle om det personlige domæne, om det er en særligt rar medarbejder eller den anden er noget andet. Vi snakker noget fagligt, så vi faktisk hæver os på det niveau” (Interview med Charlotte Agger, s. 2).*

Det fjerde argument er, at DPO og ”Blomsten” handler om værdier og holdninger. Det handler om at udvikle et fælles værdigrundlag, der skal sikre, at pleje og omsorg sker på samme grundlag. Jf. interview med EB: *”Man får fælles holdninger og fælles værdier at arbejde ud fra. Ikke nok med det ved man også, hvad man mener, når man f.eks. siger meningsfyldt beskæftigelse eller f.eks. siger behov for trøst. du kan gå på masser af plejehjem i Københavns Kommune, der har den flotteste vision og det flotteste værdigrundlag. Når man så går ind og spørger personalet, hvordan de opfatter det her, kan man se, at der er 117 forskellige opfattelser af, hvad selvbestemmelse og værdighed er” (Interview med Eva Bonde, s.7).*

Det femte argument er DCM giver et fælles sprog. Eva Bonde fremhæver: *”.....DCM kan udover, at det er et værktøj, ligger der i DCM et fælles sprog i virkeligheden” (Interview med Eva Bonde, s. 7)* Vibeke Drevsen Bach omtaler betydningen af sproget i DPO i flere sammenhænge og fremhæver bl.a.: *”Det særlige er, at vi får et fælles sprog, som personalet også kan forholde sig til” (Interview med Vibeke Drevsen Bach: 2007, s. 2).* *”Og det vi ser, er at sproget bygger bro mellem de forskellige faggrupper” (Ibid. s. 2).*

I det følgende vil jeg udfolde disse argumenter med udgangspunkt i Røviks tre perspektiver.

DCM og "Blomsten" som værktøj

Det rationelle værktøjsperspektiv bygger på, at organisationsinterne problemer kan løses ved hjælp af institutionaliserede opskrifter. Røvik peger på tre tilstande i organisationen, som kan motivere til at indføre nye opskrifter.

- Anvendte løsninger i organisationen virker ikke som forudsat eller som ønsket.
- Man har i organisationen fået kendskab til nye løsninger, som man tror virker bedre end de anvendte.
- Der er sket ændringer i de grundlæggende betingelser for organisationens eksistens f.eks. markedssvigt eller ændringer i de politiske rammevilkår (Røvik: 2005, s.119f.).

Betragter jeg argumenterne i forrige afsnit om DCM, afspejler majoriteten af citaterne værktøjsperspektivets to førstnævnte tilstande om, at de gamle løsninger ikke virker tilfredsstillende, og man i organisationen har fået kendskab til nye løsninger. Lars Bo Bülow fremhæver, at *"det fagligt set var en sårbar måde at drive det på. Vi synes også at det meget vel kunne være meget uens kvalitet"* (Interview med Lars Bo Bülow, s. 1). Når valget blev DCM og ikke en af de mange andre teknologier, som bød og stadig byder sig til, er det fordi, at: *"man på et demenscenter skal arbejde systematisk med kvalitetsudvikling af demensomsorg"* (Ibid., s. 1).

DCM som værktøj indeholder et stærkt kvantitativt aspekt i argumenterne om kerneydelse og kvantitativ opgørelse. Betragter jeg disse, ser jeg, at DCM tilbyder løsninger til at måle og veje omsorgens "bløde værdier" ud fra den rationalitet, som den traditionelle instrumentelle tilgang er baseret på. Eva Bonde fremhæver dette ud fra forskerens perspektiv: *"... de bløde værdier bliver vigtige. Men problemet med bløde værdier er jo, hvordan skal vi forske i dem? Det har jo nok løbende været vores problem, hvordan vi på en systematisk måde går ind og ligesom laver noget evaluering eller forskning på omsorg"*. (Interview med Eva Bonde, s.2). I Københavns Kommunes perspektiv giver DCM en mulighed for dokumentation i forhold til interessenter som borger, pårørende, forvaltning og politikker. DCM tilfører på den måde rationelle og effektive løsningsmuligheder til organisationen, som gør at den kan være vanskelig at afvise

Røviks 3. tilstand omhandler betydningen af eksterne hændelse som f.eks. markedssvigt eller ændringer i de politiske rammevilkår. Jeg vil pege på, at de overordnede politiske

rammevilkår som New Public Management og Governance har øget presset på offentlige organisationer for at kunne dokumentere både kvantitet og kvalitet i ydelsen overfor forskellige interessenter. New public Management agendaen er med til at øge fokus på aspekter som output, konkurrence, ressourceanvendelse og målstyring, medens Governanceagendaen fremmer betydningen af bl.a. outcome, og gennemsigtighed (Greve, 2006, s. 3).

I forlængelse heraf vil jeg rette fokus på en nuancering mellem kvalitetssikring og kvalitetsudvikling, som Lars Bo Bülow bringer på banen. I begge aspekter handler det jf. Lars Bo Bülow om bedre kvalitet, systematik og dokumentation. Med kvalitetssikring handler det om at dokumentere DCMs individuelle eller gruppe score. 1,6 vs. 1,9 bliver i sig selv vigtig, og teknologien bliver statisk og bagud skuende. Med kvalitetsudvikling handler det om at dokumentere, at man arbejder med at gøre kvaliteten bedre på et systematisk grundlag. 1,6 vs. 1,9 bliver sekundær, idet dokumentationen skal bruges til at skabe et forum for læring og faglig mening, hvorved teknologien bliver dermed dynamisk og fremad skuende. I den forbindelse fremhæver Lars Bo Bülow: *"... vores direktion taler også om kvalitetsudvikling - for to måneder sagde de kvalitetssikring"* (Interview med Lars Bo Bülow, s. 3). Og senere i interviewet henviser Lars Bo Bülow til kvalitetsreformen: *"Vi skal væk fra alle de her bagud skuende fejlfindingsting hen af i en fremadskuende kvalitetsudviklingskultur... Det står faktisk på side 103 i kvalitetsreformen"* (Ibid. s. 5). Slår disse tendenser igennem, vil fokus i højere grad blive rettet bort fra kvalitetssikring og hen mod kvalitetsudvikling.

Betragter jeg "Blomstens" fremvækst, er to problemstillinger centrale. Vibeke Drevsen Bach fremhæver, at det er vanskeligt at give feedback. Hun påpeger i interviewet, at: *".... jeg gør mit ypperligste, når jeg laver rapporter og giver feedback.... det giver ingen mening til medarbejderne, når jeg taler plus 3, plus fem, gruppe vip etc. Og jo flere mapper jeg laver, jo mere klar bliver jeg over, at der er et eller andet fuldstændig knald med det her"*. (Interview med Vibeke Drevsen Bach, s. 1). jf. interview med Vibeke Drevsen Bach og Kim P. Rasmussen står Demensteamet i en situation, hvor kompetenceløftsundervisningen er ved at køre af sporet, og teamet skal ud og undervise igen. Christian Frederiksen henviser til den mislykkede undervisning, som møgdagen: *".... Møgdagen, der bliver lavet om til personcentreret omsorg, og da bruger vi "Blomsten" fra første dag"* (Interview med demensteam, s. 3).

Betragter jeg "Blomstens" fremkomst som et led i at forbedre feedback'en og forbedre undervisningen, afspejler begge initiativer et stærkt værktøjsmæssigt indhold. De gamle

værktøjer virker ikke, og "Blomsten" kommer på banen. Røvik omtaler i sin anden tilstand, at man i organisationen har hørt om andre værktøjer, man tror virker bedre. Det er i forhold til "Blomstens" fremvækst ikke sådan, at den hentes ind for at redde "den vanskelige feedback givning". "Blomsten" udvikles, tilpasses og anvendes i Demenscentret Pilehuset. Netop denne nuance, hvor aktører tager initiativer og evt. udfordrer de institutionelle rammer, har Røvik ikke tilstrækkeligt blik for i sine perspektiver. Jeg påpeger pointen her, og vender tilbage hertil i afsnittet om sociale institutionelle entreprenører; hvor jeg inddrager et fjerde perspektiv som supplement til Røviks tre perspektiver.

Fælles for både DCM og "Blomsten" er, at de afspejler Røviks værktøjsperspektivs grundlæggende tro på, at styringsopskriften kan bruges internt i organisationen til at løse problemer. Røvik peger på to mulige "store" forklaringer på værktøjsperspektivet:

- Den ene er, at fælles problemer klares ved fælles løsninger.
- Det andet er, at tidsløse problemer klares ved tidstypiske løsninger (Ibid. s. 120ff.).

Et eksempel på den første store forklaring er, at organisationer inden for samme branche evt. i samme tidsforløb gennemgår samme udviklingsforløb. De samme organisationer kan være udsat for samme rystelser. Det kan være markedssvigt eller i offentlige regi ændrede politiske rammebetingelser. Pointen i den anden store forklaring er: *"Selvom en organisation drives til at lete etter nye løsninger, som respons på at det har opstått alvorlige interne problemer, vil ofte resultatet af letningen, dvs. det man finner, være de oppskrifter på god organisasjon og ledelse som i perioden for den enkelte organisasjons reformprosess og søking er "ute på reise" – oppskrifter som derfor gjerne bliver synlige og påtrengende for dem som skal reformere"* (Ibid. s. 122).

På den ene side giver disse to store forklaringer forståelse. Demensproblemstillinger er blevet en del af den sundhedspolitiske dagsorden. Paul Edwards peger på tre forklaringer: "You can say that people are just looking to improve care generally,..... in most countries people are living longer, and there are more people with dementia" (Interview med Paul Edwards, s. 1). DCM bliver den fælles løsning jvf. PE: *"We now have DCM in 23-24 different countries, and that doesn't stop. And I just picked up a mail from somebody in Israel..... We have never been in the middle east in terms of mapping.* (Ibid., s. 1).

På den anden side bliver de to store forklaringer for store og for generelle. Jeg vil pege på to aspekter hertil, som også indeholder en kritik af Røvik for at være for generel og samtidig ikke bringe forklaringskraft nok til det "det nye og det bedste".

Med hensyn til det generelle vil jeg pege på, at DCM og DPO på den ene side indeholder en række aspekter med hensyn til god organisation, god ledelse og god omsorg, som Demenscentret Pilehuset abonnerer på. På den anden side har hverken DCM eller DPO samme generelle anvendelsesmuligheder, som Røvik redegør for. Røvik tager i sine studier af organisationsopskrifter udgangspunkt i universelle opskrifter som f.eks. medarbejder-udviklingssamtaler eller målstyring. DCM og DPO er i den forbindelse udviklet til en niche i sundheds- og ældreomsorgen; demensområdet. Med hensyn til det "helt nye og det bedste" er Demenscentret Pilehuset det første Demenscenter i Københavns Kommune og den første organisation i Danmark som anvender DCM og DPO. Demenscentret Pilehuset etablerer specialtilbud, der er unikke i både DK og EU. I det lys er det vanskeligt at fremstille Demenscentret Pilehuset som en organisation med store interne problemer, der søger fælles løsninger. Således taler Lars Bo Bülow om, at det er vigtigt at: *"fastholde faglige fyrtårne, høje faglige målsætninger og vi gør det bedre end de gør det nogen andre steder"* (Interview med Lars Bo Bülow, s. 7).

Afsluttende vil jeg knytte en kommentar til de argumenter, som jeg har analyseret i dette afsnit. Røvik fremhæver, at det interne fokus og den rationalistiske argumentation ofte står stærkt bl.a. fordi lederne selv opfatter den enkle kausalmodel som en rigtigt virkeligheds-beskrivelse, der løser ægte problemer, og fordi det rationalistiske værktøjsperspektivs logik, sprog og ræsonnement har et stort legitimerende potentiale. Jeg ser i forlængelse heraf betydningen af en række rationelle argumenter fra lederperspektivet, forsker- og konsulentperspektivet i de interview, jeg gennemførte.

Peter Kjær & Chr. Frankels forelæsning om rationalitet den 2/5/06 på MPA fremhæver, at det er forskel på, hvordan en beslutning bliver til, og hvordan man fortæller om den. Den rationalitet, som jeg har analyseret behøver således ikke have været tilstede forud for beslutningen. Pointen er, at rationaliteten kan være den interviewedes egen fortælling og fremstilling af, hvad der ligger til grund for forandringen. Jeg kan ikke konkludere om der i de værktøjsmæssige argumenter er indhold af efterrationalisering, der skal legitimere, at der bruges ressourcer på implementering af DCM. Når jeg alligevel fremhæver den er det for at udfordre dels mit empiriske materiale, dels Røviks værktøjsteoretiske perspektiv.

DCM og "Blomsten" som symboler

Værktøjsperspektivets bygger på, at interne objektive problemer driver organisationerne til at finde problemløsninger. I symbolperspektivet er det de institutionelle omgivelser, der

tidstypisk definerer, virksomhedens problemer. Der er således tale om et skifte fra et internt til et eksterns fokus. Røvik fremhæver om den litteratur, der bl.a. er skrevet om koncepterne målstyring, medarbejderudviklingssamtaler og kvalitetsledelse, at det i litteraturen: *".....handler om å beskrive og forsøke å få gjennomslag for bestemte problemdefinisjoner, i betydningen spesifikke beskrivelser av hva man mener feiler moderne organisationer"* (Røvik: 2005, s. 124).

Røvik peger på tre symbolske kendetegn ved institutionelle opskrifter:

- Opskriften er naturlig
- Problemerne er universelle
- Alvorlige og dybt stikkende problemer som kan true virksomhedens eksistens (Ibid. 124f.)

En naturlig opskrift karakteriserer Røvik, som en opskrift, som ikke diskuterer alternativer løsninger og som fremstilles som den eneste rigtige løsning til at løseproblemer på.

Betrakter jeg argumentationen for at indføre DCM i Demenscentret Pilehuset i relation til dette kendetegn, fremstår DCM umiddelbart, som meget naturlig og som eneste løsningsforslag. Der eksisterer ikke andre opskrifter, der er i stand til at håndtere den kompleksitet, der er forbundet med opgørelsen af demensomsorgen.

Er problemerne universelle? – Ja det er de! Aspekter som kvantitativ opgørelse af kvalitet, dokumentation, skabelsen af fælles værdier og kompetenceudvikling indeholder universelle kendetegn med paralleller til store organisationsopskrifter som Røvik fremhæve dvs. målstyring, værdiledelse og medarbejderudviklingssamtaler.

Røvik fremhæver, at det tredje kendetegn ved institutionaliserede opskrifter, er at de indføres, når virksomhedens eksistens er truet. Dette aspekt var ligeledes Røviks 3. tilstand i værktøjsperspektivet. Eva Bonde fortalte: *"Da blev Pilehuset oprettet, og når et nyt demenscenter oprettes, så er det et flagskib på mange måder for en kommune, og man er derfor mere gavmild, end man måske er på nuværende tidspunkt. Pilehuset skulle være flagskibet med hensyn til, hvordan man kunne indrette demensenheder på bedste mulige måde"* (Interview med Eva Bonde, side 4).

Vender jeg tilbage til det universelle og naturlige ved DCM, vil jeg fremhæve den form for symbolik, som Røvik fremhæver. Røvik taler bl.a. om forestillingen om organisatoriske folkesygdomme, der skal behandles. Og fremhæver i forlængelse heraf: *"at alle verdens ulike virksomheter har til felles at de betraktet som formelle organisasjoner er tilnærmet*

like. Følgelig er marken beredt for nok en forestilling nemlig om at like enheder ofte har de samme problemer, eller udtryk med et billede man kan lett komme til å tro at det finnes noen typiske "organisationssykdomme" " (Røvik, 2005, s. 128f.) Jf. Eva Bondes udtalelse om flagskibet, handler det ikke om at kurerer folkesygdomme, men om at blive den bedste.

Tolbert & Zucker anvender begrebet "early og late adopters" (Kjær, Undervisningsnote 5/9/06): *"As an increasing number of organizations adopt a program or policy, it becomes progressively institutionalized, or widely understood to be a necessary component of rationalized organizational structure. The legitimacy of the procedures themselves serves as impetus for the late adopters"*. Med udgangspunkt i denne skelnen mellem tidlige og sene adoptanter, vil jeg overvejende relatere Røviks værktøjsperspektiv og symbolperspektiv til sidstnævnte, og dermed vil jeg pege på, hvorfor Røviks perspektiver ikke kan forklare de mekanismer, der kan motivere tidlige adoptanter. Netop de tidlige adoptanters fokus på innovation, kreativitet, udskillelse og evt. et brud med de institutionelle strukturer er væsentlig i forklaringen på Pilehusets bestræbelser på at fremstå som et flagskib.

Powell & DiMaggio taler om rationalitetens jernbur, der udover et effektivitets pres er kendetegnet ved, at organisationer indgår i et netværk af relationer, der fastholder den i et jerngreb af institutionelle pres og forventninger og dermed begrænser organisationens handlerum (Kjær, Undervisningsnote 5/9/06). Betragter jeg demensbegrebet, demensomsorgen og demenscentret Pilehuset, er det institutionelle pres og forventninger til at indgå i et netværk endnu ikke i et jerngreb, hvilket kan være et aspekt i forståelsen af, hvorfor Demenscentret Pilehuset form for symbolsk legitimitet, ikke umiddelbart kan spejles i Røviks teorier.

DCM og "Blomsten" som identitet

Eva Bonde omtaler i interviewet Tom Kitwood og DCM som dels banebrydende, dels som et paradigmeskift: *"Vi kommer fra en meget sygdomsorienteret modelopfattelse"*. (Interview med Eva Bonde, s.1) Og i forlængelse heraf at *"... med Tom Kitwood sker der en humanisering af hele demensområdet"* (Ibid., s. 2). Jf. Drevsen fremhæves *"betydningen af et kulturskifte bort fra den gamle plejekultur og mod en ny omsorgskultur"* (Drevsen, 2006, s. 4ff.). Den gamle plejekultur er beskrevet således: *"holdningen er, at vi ikke kan gøre noget for mennesket med en demenssygdom... vi venter på medicinen... vi fokuserer på stadier af forfald... mennesket reduceres til en patologisk svækkelse"* (Ibid., s. 4 ff.). Den nye pleje- og omsorgskultur beskrives som en kultur, hvor *"holdningen er at vi kan gøre*

meget gennem forstærkelse af menneskelig indsigt og faglighed... omsorgskvaliteten har afgørende betydning... der er mange manifestationer af demens ligesom der er mange mennesker med demens... mennesket er unik og anerkendes og respekteres fuldt ud". (Ibid. s. 4 ff.).

Elementer med paralleller til samme markering fremhæves ligeledes i rapporten "fusion af Birkebo og Pilehuset", hvor Birkebo eksponerer den gamle plejekultur og Pilehuset præsenterer den nye omsorgskultur. I kulturanalysens del om de subjektive aspekter opsummeres indtrykkene i Birkebo således: *"indtrykket er med et ord: "En institution"* (Agger et. al., 2004, s. 35), og i Pilehuset således: *"indtrykket er med et ord: "Et hjem""* (Ibid. s. 36).

Røvik peger på to hovedtyper af problemkonstruktioner, som begge kan føre til adoption af populære organisationsopskrifter. Problemkonstruktionerne er baseret på, at man i organisation bliver bevidst om hvem, og hvad man vil ligne, men også øger bevidstheden om, hvem og hvad man ikke vil blive associeret med. Jf. Røvik (2005) handler det om organisationens identitet.

Væsentligt i identitetsdannelsen er iflg. Røvik to kræfter, som trækker på hver sin måde: *"En som skyver fra og en annen som trekker til"* (Ibid. s. 138) med andre ord en slags "push" og "pull" faktorer. De to kræfter danner grundlaget for to forskellige, men alligevel sammenknyttede strategier med hensyn til at forvalte egen identiteten og udvikle en ny. Røvik benævner de to strategier som *"differensiering"* og *"imitering"*. Førstnævnte bevirker, at organisationen øger afstand (*"En som skyver fra"*) og markerer grænser til de organisationer og ideer, som den ikke vil associeres med. Sidstnævnte indebærer at organisationen forsøger at reducere afstanden til (*"en annen som trekker til"*) dem man ønsker at identificere sig med.

Differentieringen er et element, som er væsentlig i udtalelserne. I Demenscentret Pilehuset er bevidstheden stærk om, hvem man ikke vil associeres med. Demenscentret markerer konkret grænser til andre organisationer. Organisation Demenscentret Pilehuset skaber sin identitet ved bl.a. konkret at markere afstand til sin "bedre halvdel" i fusionen Birkebo, men også på et mere abstrakt plan i forhold til, hvad som karakteriseres som den gamle plejekultur.

For at afdække hvem Demenscentret Pilehuset vil ligne, stillede jeg bl.a. spørgsmål herom i 5 skarpe til CA. Hendes svar var: *"Jeg er inspireret af Sundbygård¹⁵ og af socialpsykiatrien generelt, hvor de for 10 år siden startede med at lave bomiljøer, ansætte tværfagligt personale og arbejde personcentreret. Jeg må samtidig sige, at på det tidspunkt, var der også borgere med demens i socialpsykiatrien, men de var ikke målgruppen. Målgruppen var borgere med en psykiatrisk diagnose....."* ("Fem skarpe", s. 5).

Jeg til fremhæve at den imitation, som Røvik påpeger, og som han giver en række konkrete eksempler på bl.a. har offentlige organisationer haft private som forbillede (Røvik, 2005, s. 140f.) ikke kan genkendes i Demenscentret Pilehuset. Forbilledet er her mere diffust og sammensat af dels konkrete elementer, dels mere abstrakte aspekter. Førstnævnte omhandler nogle af de initiativer, som fandt sted i socialpsykiatrien primo 90'erne og sidstnævnte er Tom Kitwoods teoretiske grundlag for den personcentrede omsorg, hvori DCM indgår.

Betydningen af institutionelle entreprenører

I databehandlingen fremstod argumenter, forklaringer og historien om, hvorfor DCM og "Blomsten" implementeres ind i organisationen, og som ikke har været drøftet i Røviks værktøj-, symbol- eller identitetsskabende perspektiv, idet de falder udenfor disse. Ildsjælen er den væsentligste og fremhæves adskillige gange bl.a. siger EB: *"Vigtigt har det været at hun har været der, og været en ildsjæl, og haft drivet til at fortsætte DCM. Der har hun været helt afgørende. Jeg håber jeg har husket at kreditere hende nok"* (Interview med Eva Bonde, s. 10).

Det andet er ildsjælens motiver. Jeg vil ud fra interviewene rette fokus mod to aspekter om, hvad der kan drive ildsjælen: altruisme og egne ambitioner. jf. www.leksikon.org er altruisme defineret som: "Et menneske handler ud fra altruisme, hvis det lader sig bevæge af omsorg for andre menneskers velfærd. Altruismen kan være ubetinget (offervilje) eller betinget (solidaritet)¹⁶" (www.leksikon.org: opslag: altruisme). I forbindelse med interviewet fremhæver Charlotte Agger bl.a.: "... .. Det jeg vil i første række er, at borgerne får et godt liv på trods af deres handicap Det er meget livsbekræftende det at stille muligheder til rådighed for andre mennesker, at de får et liv, der er værd at leve - gør faktisk, at dit liv bliver mere livgivende også. (Interview med Charlotte Agger, s.6).

¹⁵ Bocentret Sundbygård er er social psykiatrisk bocenter i Københavns Kommune, Socialforvaltningen. Charlotte Agger arbejdede på Sundbygård primo og medio 1990'erne.

¹⁶ Heri skelner vi fra *egoisme* (hvor egen velfærd er det eneste der tæller), fra *idealisme* (hvor abstrakte værdier som «nationen», «naturen», «kirken» e.l. kan stå i centrum) og fra *misundelse* (hvor andres velfærd har en negativ vægt).

I forbindelse med betydningen af egne ambitioner fortæller Charlotte Agger, at: *" Hvis vi bliver rigtigt gode, kan det være vi får lov at søge nogle penge til at lave et decideret forskningsprojekt, eller et andet projekt, hvor man kan lave noget mere evidensbaseret viden Måske kunne vi bygge videre på teorien og tilbyde noget mere"* (Ibid., s. 7). Og senere er hun inde på at *"Jeg kunne jo også håbe på, at vi inde for de næste par år kunne skrive en bog f.eks. hvor vi videregiver vores erfaringer"* (Ibid. s. 8).

Røvik kan ikke bidrage med nogen væsentlig forklaringskraft i hans tre perspektiver med hensyn til ildsjælens betydning. Lawrence (1999) peger på betydningen af den institutionelle entreprenør (Bennington et. al.: 2007, s. 3). Institutionelle entreprenører er individer eller grupper, som udfordrer de institutionelle rammer og som kan forandre disse i processen. De institutionelle entreprenører står ifølge Lawrence overfor store udfordringer: *"institutional strategy demands ability to articulate, sponsor and defend particular practices and organizational forms as legitimate or desirable, rather than the ability to enact already legitimated practices or leverage existing social rules"* (Ibid. s. 3). Lawrence påpeger betydningen af usikkerhed i omgivelserne, interne forbindelser og evnen til at formulere mål og en ny praksis (Ibid. s. 3.).

Opsummering, refleksion og handling

Jeg har i dette afsnit analyseret, hvorfor primært DCM og sekundært "Blomsten" indføres som organisationsopskrift i demenscentret Pilehuset. I et værktøjsperspektiv afspejler indførelsen af DCM en tro på, at den kan bidrage til at løse interne problemer og øge kvaliteten i omsorgen. I det symbolske perspektiv påpegede jeg, at opnåelsen af legitimitet er væsentligt, og at Røviks forståelse kun delvist kan forklare adoptionen af DCM, idet den ikke kan forklare ambitionen om at ville være et fagligt flagskib. DCM indføres desuden for at skabe en ny og anden identitet i Demenscentret Pilehuset. Det sker ved differentiation og imitation. Afsluttede påpegede jeg betydningen af institutionelle entreprenører.

Fra nærhed til distance

Jeg mener fortsat, at Røviks kombinerede fokus på et internt værktøjsoptik, et eksternt symbolsk blik og et perspektiv med fokus på det identitetsskabende er relevante bidrag til at forstå, hvorfor DCM og "Blomsten" kommer til Demenscentret Pilehuset. Perspektiverne bidrager med begreber til både analysens afsæt og struktur. Jeg vil desuden fremhæve, at perspektiverne i en række sammenhænge har været anvendelige i selve analysen, idet de har været i stand til både at forklare og nuancere nærheden i Demenscentret Pilehuset. Røviks perspektiver har overordnet gjort det muligt i analysen at skabe sammenhæng

mellem Pilehusets nærhed og teoriernes distance. Jeg vil pege på betydningen af to forhold hertil. For det første har Røvik formuleret sine perspektiver ud fra et empirisk grundlag. For det andet kan Røvik ikke sådan uden videre sættes i teoretiske kasser, idet hans perspektiver henter både inspiration og konkrete bidrag fra vidt forskellige teoretiske skoler.

Jeg har i analysen drøftet Røviks manglende forklaringskraft i forhold til:

- Det nye og innovative.
- DPO som specifikt og unikt i demensområdet i Danmark.
- Ildsjæle, som rejser til England og bringer et nyt omsorgsgrundlag til Danmark.

På trods af denne kritik vil jeg fastholde, at Røvik bidrager med både relevant og væsentlig forklaringskraft til nærhedens kompleksitet i Demenscentret Pilehuset. I forlængelse heraf vil jeg fremhæve, at jeg i masterens analyse forkastede Røviks perspektiver. Jeg erstattede Røviks 3 optikker med bl.a. teorier om aktører/netværk og komplekse processer, idet jeg ønskede at få et andet perspektiv og dermed en anden forståelse for, hvorfor DCM og "Blomsten" kom til Demenscentret Pilehuset. Jeg vendte dog tilbage til Røvik igen. En af de væsentligste forklaringer herpå er netop, at hans perspektiver er i stand til at både at strukturere, forklare og nuancere nærheden i Pilehuset.

Og tilbage igen

Jeg har i dette kapitel fået forståelse for, hvorfor DCM og "Blomsten" kommer til Demenscentret Pilehuset. Tidsmæssigt omhandler indførelse af DCM perioden omkring årtusinde skiftet, mens "Blomsten" udvikles i årene 2004 – 05.

Jeg mener ikke at forståelsen for, hvorfor DCM kommer til Demenscentret Pilehuset umiddelbart giver anledning til deciderede handlingsanvisninger. Jeg kan ikke skure tiden tilbage og ændre fortidens beslutninger. Jeg mener dog, at forståelse for værktøjet, symbolet og den nye identitet kombineret med betydningen af institutionelle entreprenører er væsentlig og relevant forståelse i forhold til opgavens videre analyse og den videre forståelse for DCM og "Blomstens" implementering og anvendelse.

Kapitel 5: Implementering

I dette afsnit vil jeg analysere, hvordan DCM og "Blomsten" kommer til Demenscentret Pilehuset. Jeg perspektiverer forståelse heraf i to nyinstitutionelle nøglebegreber: isomorfisme og dekobling. Først redegør jeg i kapitlet for de to nøglebegreber. Dernæst fremhæver jeg tre skridt, der bringer DCM og "Blomsten" ind i Demenscentret Pilehuset. Herefter analyserer jeg, hvordan DCM og "Blomsten" implementeres i Demenscentret Pilehuset. Afsluttende opsummeres kapitlets væsentligste pointer.

Nyinstitutionelle nøglebegreber

Jeg vil i dette afsnit kort redegøre for de to begreber isomorfisme og dekobling.

Isomorfi

Isomorfi er, når organisationer efterligner hinanden og kopierer ideer og teknologier for at opnå legitimitet. Dimaggio og Powell anvender dette begreb i analyser af, hvorledes omverdens krav spredtes til organisationer. Dimaggio og Powell fremhæver, at studier af organisationer sker i det organisatoriske felt, som de er en del af. Det organisatoriske felt kan ikke defineres a priori. Det skal defineres på baggrund af empiriske undersøgelser. Ifølge Dimaggio og Powell er det organisatoriske felt kendetegnet ved, at organisationer med stor grad af ensartethed udgør et fællesskab (Dimaggio & Powell: 1983, s. 416).

Dimaggio & Powell anvender begrebet institutionel isomorfi¹⁷. Institutionel isomorfi er, når organisationer kæmper om den politiske og institutionelle legitimitet i bestræbelserne på samfundsmæssig og økonomisk tilpasning. Forfatterne skelner mellem tre former: tvangsmæssig, mimetisk og normativ. De tre former drives frem af forskellige mekanismer, og de kan både understøtte og kæmpe imod hinanden (Ibid. s. 416).

Mekanismen i den tvangsmæssige isomorfisme er tvang og magt. Presset kan have en både formel og uformel karakter. Den direkte karakter kan være lovgivning og standard operational procedures (SOP). Et eksempel på den uformelle karakter er, når organisationer tvinges til at udvikle en specifik hierarkisk struktur for at opnå støtte fra mere hierarkiske organiserede donor organisationer (Ibid. s. 417).

¹⁷ Dimaggio & Powell skelner mellem to former for isomorfisme; markeds og institutionel. Markeds isomorfisme er, når organisationers rationalitet er baseret på markedskræfterne i konkurrence om ressourcer og kunder.

En væsentlig drivkraft i den mimetiske isomorfisme er usikkerhed, f.eks. når organisatoriske teknologier er dårligt forstået, når målene er ambitiøse, eller når omgivelserne skaber symbolsk usikkerhed. I sådanne situationer kan kopiering af succesfulde organisationer skabe legitimitet til beskedne omkostninger. Den mimetiske isomorfisme kan bæres direkte ind i organisation ved efterligning, men også indirekte f.eks. gennem nye medarbejdere og konsulenter råd og forventninger om indførsel af moderne teknologier og lignende.

Drivkraften i det normative pres er viden eller proffesionalisering. Der er to aspekter herved: *"One is the resting of formal education and of legitimation i a cognitive base produced by university specialist; the second is the growth and elaboration and professional networks that span organizations and across which new models diffuse rapidly* (Ibid., s. 418).

Dekobling

Ifølge Meyer & Rowan presses organisationer til at inkorporere praktikker og procedurer, der er defineret af de fremherskende rationaliserede og institutionaliserede forestillinger om organisatorisk arbejde. Organisationer presses, fordi det forøger deres legitimitet og udsigt til overlevelse, uafhængigt af den umiddelbare effektivitet af de indoptagne praktikker og procedurer.

Dekobling sker, når man forsøger man at opnå legitimitet ved at opfylde omgivelsernes forestillinger, og samtidig søger man videst muligt at undgå, at de eksterne udadvendte aktiviteter i organisationen får nogen betydning. Meyer og Rowan taler om, at organisationer ceremonielt optager/overtager de institutionelle regler, som det omgivende samfund opfatter som rationelle.

Empiriske studier har imidlertid vist, at der er stor forskel mellem den formelle organisation og den uformelle organisation. Forskellen består i, hvorledes den ønsker at blive opfattet ud af til, og hvorledes den reelt organiserer sig ind ad til. Studierne har vist, at beslutninger forbliver uimplementeret, og at overvågning og evaluering ofte bliver undergravet.

Tre skridt med betydning for DCM og "Blomstens" implementering

Jeg har tre skridt, som har betydning for DCM og "Blomstens" implementering i Demenscentret Pilehuset. Det første er fra England til Danmark, det andet er ind i Demenscentret Pilehuset og det tredje er ind i SUF.

Fra England til Danmark

En afgørende brik med betydning for, at DCM kommer til Demenscentret Pilehuset er en fascination af Tom Kitwoods bog: "en revurdering af demens". Fascinationen fører i 1998 til et samarbejde mellem forskeren Eva Bonde og konsulent i SUF Charlotte Agger. Samarbejdet forankres faglig og ledelsesmæssigt af Lars Bo Bülow i forvaltningen. Charlotte Agger og Eva Bonde drager i 2000 til Bradford i England. De undervises i, laver rapporter om og eksamineres i DCM. Hensigten er, at kvalificere de to til at bringe DCM til Danmark.

Derefter starter forhandlinger mellem Dansk Institut for Ældreanalyse (Dania), Københavns Kommune og University of Bradford. Forhandlingerne fører til, at der indgås kontrakt med University of Bradford. Dania og Københavns Kommune indgår i et samarbejde, og Eva Bonde udnævnes til strategisk leder af DCM i Danmark.

I Demenscentret Pilehuset

Som nævnt i kapitel tre afsættes kr. 10 millioner til opstart af boliger målrettet borgere med demenssygdom. Hertil fremhæver Charlotte Agger, at der i den forbindelse fra SUF blev stillet krav om at: "*man skal anvende DCM som en kvalitetssikringsmetode*" (Interview med Charlotte Agger, s. 1).

DCM afprøves i Demenscentret Pilehuset og Demenscentret på Nørrebro. I 2003 evalueres Demenscentret Pilehuset. Konklusionen er, at "*Demenscentret Pilehuset er et meget kvalificeret tilbud til borgere med demens*" (Nielsen: 2003, s. 11). Specifikt fremhæves betydningen af et klart værdigrundlag, omfattende uddannelse, der understøtter værdigrundlaget samt gode fysiske rammer og normeringer (Ibid. s. 11).

DCMs indførelse, implementering, afprøvning og drift i Demenscentret Pilehuset kan i høj grad tilskrives Eva Bonde og Charlotte Agger. Dertil vil jeg fremhæve, at midtvejs i afprøvningen af DCM udlånes Charlotte Agger i 2001 fra sit job som konsulent i SUF. Hun bliver midlertidig forstander i Demenscentret Pilehuset. Den midlertidige funktion bliver permanent, og hun er forstander den dag i dag i Demenscentret Pilehuset.

Enkelte personers ekstraordinære indsats har betydning for DCMs implementering. Det samme gør sig gældende for udviklingen af "Blomsten". Vibeke Drevesen Bachs udvikler "Blomsten" i årene 2004 – 5. Hun fremhæver, at "*I løbet af de næste to år bliver 'Blomsten' tykkere og tykkere*". (Interview med Vibeke Drevesen Bach, s. 3). Måden den bliver "tykkere og tykkere" på er ved, at den bl.a. spredes til supervision, feedback,

handleplaner, introkurser, arbejdskort, temadage og plakater på væggene (Demenscentret Pilehuset: 2007, erfaringer, s. 17).

I SUF

Samtidig med at DCM og "Blomstens" implementeres og udvikles i Demenscentret Pilehuset, defineres rammerne for demensområdet gradvist i SUF. Udvikling og udarbejdelse af redegørelser og politikker spiller en væsentlig rolle, hvilket jeg fremhævede i kapitel tre. Derudover vil jeg pege på betydningen af, at Demensteamets bevilling bliver fast, Københavns Kommunes senior- og demenslinje oprettes og samarbejdsaftalen etableres.

I demenspolitikken (2003) fremhæves betydningen af DCM og DPO: *"I dag viser erfaringerne også, at en målrettet indsats med personcentreret omsorg og medicinsk behandling kan udskyde forværring af demenssymptomerne"* (Københavns Kommune: 2003, s. 2)... *"Der er ligeledes et stort potentiale af erfaringer med enkelte metoder indenfor pleje og omsorg, fx i kvalitetssikring af pleje og omsorgsarbejdet med metoden "Dementia Care Mapping". Disse metoder kan med fordel udbredes og udvikles"* (Ibid. s. 5). De samme anbefalinger står i Statusredegørelse. Den peger på, at DCM er brugbar (Københavns Kommune: 2003, s. 12), og at DPO kan bidrage til at forbedre omsorgskvaliteten (Ibid. s. 30). I Handleplanerne på demensområdet året efter fremhæves DCM og DPO ligeledes i form af anbefalinger. Derudover pointeres, at de ca. 200 medarbejdere på de tre demenscentres skal opkvalificeres: *".... for at få kendskab til DCM og andre redskaber, komplekse demensformer, totalkommunikation samt kende rollernes og samspillet betydning for velværet hos borgeren"* (Ibid. s. 14).

Oprettelsen af Københavns Kommunes senior- og demenslinje samt etablering af samarbejdsaftalen omtaler ikke eksplicit DCM eller DPO. Det må derfor betragtes som bidrag til en generel styrkelse af demensområdet.

Isomorfe kræfter

Jeg vil i dette afsnit analysere de isomorfe pres, som har haft betydning for, hvordan DCM og "Blomsten" er kommet ind i Demenscentret Pilehuset. Jeg vil først fokusere på Demenscentret Pilehuset, dernæst på SUF.

Demenscentret Pilehuset

Betrakter jeg indførelsen af DCM, er det en kopi, der indføres i Pilehuset. Kopien er certificeret og en ansvarlig national strategisk leder har oversat materialet om DCM og DPO til dansk (Interview med Eva Bonde, s. 2). Indførelsen af DCM afspejler den mimetiske isomorfisme. Jeg vil fremhæve en nuance heri. DCM er efterligning af ny tilgang til omsorg eller et nyt omsorgsparadigme. Det er ikke en efterligning af en anden organisation. Det er derfor ikke den form for mimetisk isomorfisme som Dimaggio og Powell beskriver som dominerende: *"Organizationens tend to model themselves after similar organizations in their field that they perceive to be legitimate or successful"* (Dimaggio og Powell: 1983).

Mimetisk isomorfi er kendetegnet ved, at presset for efterligning er størst, når usikkerheden er stor. Der er række forhold, der er usikre i 2000. Demensområdet er relativt nyt, og der eksisterer ingen politikker eller andre rammer for området. Demenscentret Pilehuset skal blive Københavns Kommunes første demenscenter. Usikkerheden forstærkes af, at ambitionerne er høje.

Uddannelse og medarbejdernes tværfaglige sammensætning er eksempler på normativ isomorfisme. Af Demenscentret Pilehusets evaluering fremgår i sammenfatningen: *"Ansatte i Pilehuset skal være fagligt og personligt velfunderede. Organisationen skal sikre disse kompetencer gennem uddannelse, supervision og faglig sparring"* (Nielsen: 2003, s. 7). Da Demenscentret Pilehuset starter op, gennemgår alle medarbejdere et kursus på 13 dages varighed med det overordnede formål, *"at få viden og bibringes nogle metoder, der er anvendelig i forhold til at forstå, tolke og imødekomme de behov...."* (Ibid. s. 7). I forbindelse med senere etablering af nye enheder i Demenscentret Pilehuset er disse opstarts-kurser fortsat. I dag afholdes bl.a. introkurser og kompetenceløft. Desuden uddannes og oplæres medarbejdere i brugen af DCM som kvalitetssikrings redskab. Da Demenscentret Pilehuset starter op tilbydes samtlige medarbejdere basiskursus i DCM. Formålet er ikke, at alle medarbejdere skulle mappe, men at de får en forståelse for metoden. I dag gives i stedet en kort introduktion til DCM på introdag og kompetenceløftet (Demenscentret Pilehuset: 2007, intromappe, s. 4, Interview med Demensteam, s. 3).

De normative isomorfe kræfter understøttes af en tvangsmæssig form, idet de nævnte kurser og uddannelser løbende gøres obligatoriske for alt personale (Demenscentret Pilehuset: 2007, erfaringer og refleksioner, s. 17). Den tvangsmæssige ensretning er desuden en del af grundlaget for etablering af Pilehuset, hvori der fremhæves, at DCM skal anvendes som kvalitetssikringsmetode. Gennem årene detaljeres og konkretiseres brugen af DCM. I 2007 skal der mappes tre gange om året i alle Demenscentret Pilehusets enheder. Kvalitets-

niveauet i omsorgen er bestemt til at være 2,0 på gruppeniveau og 1,0 på individ niveau (Ibid. s. 20).

"Blomsten" udvikles for at understøtte DCM og DPO. "Blomsten" integreres og spredes som nævnt til supervision, feedback, handleplaner, introkurser og temadag (Ibid. s. 17). Jeg fremhævede betydningen af normative og tvangsmæssige isomorfe kræfter i analysen af DCM og DPO. De samme kræfter får ligeledes betydning "Blomstens" implementering.

SUF

DCM og "Blomsten" implementeres i Demenscentret Pilehuset, og samtidig udvikles Demensområdet i SUF. I politikker og redegørelser på demensområdet omtales DPO og DCM i form af anbefalinger. Anbefalingerne understøttes med henvisninger til forskning, dokumentation og undersøgelser. Fællesnævneren er, at de bidrager til at lægge et normativt pres på Demenscentrene. De indeholder ikke nogle direkte tvangsmæssige former som f.eks. lov, SOP og lignende. Kravet om kompetenceløft til samtlige medarbejdere på Demenscentrene i SUF er ligeledes et eksempel på normative ensretning. Jeg vil fremhæve, at kompetenceløftet også har tvangsmæssig karakter, idet løftet er obligatorisk for alle medarbejdere.

Mens de tvangsmæssige former for ensretning vinder frem, detaljeres og konkretiseres i både form og indhold i Demenscentret Pilehuset, er rammerne bredere i SUF. Den tvangsmæssige form er ikke indeholdt i politikker og redegørelse om demensområdet. Hertil fremhæver Lars Bo Bülow: " ... her har direktionen meldt klart ud – hvis man ikke vil bruge DCM, så skal man bare ikke være et demenscenter" (Interview med Lars Bo Bülow, s. 4). Ifølge Lars Bo Bülow er grundlaget ikke til drøftelse. Form og indhold er derimod ikke fastlagt. Beslutning herom er overladt til de enkelte demenscentre.

Jeg vil betegne samspillet af de isomorfe kræfter i SUF som understøttende i forhold til ensretningen i Demenscentret Pilehuset. Jeg vil primært fremhæve den normative betydning af kompetenceløftet. Jeg vil derimod påpege, at de tvangsmæssige og mimetiske former i SUF er af mindre betydning for DCM implementering og udvikling i Demenscentret Pilehuset. Disse ensrettende kræfter i SUF er primært rettet mod de andre demenscentre i Københavns Kommune.

Dekobling – midlertidig eller delvis!

Betragter jeg mængden af ceremonier og symboler i og omkring Demenscentret Pilehuset er antallet af besøg, oplæg, præsentationer, effekter, foredrag, workshops, www etc. utallige. I Demenscentret Pilehusets gæstebog kan man blandt mange hilsninger læse: *".....We got a lot of new knowledge, attitudes and ideas to bring home and to use.....we're a group from Finland....."* (Demenscentret Pilehuset: 2007, gæstebog). Et yderligere kig heri afslører hilsner fra bl.a. Sydkorea, Australien, Belgien (Ibid.). Ifølge Demenscentret Pilehusets kalender har der været 16 besøg i det seneste halve år 1.6 – 1.12.2007 (outlook/fælleskalender/ Pilehuset – 2007/11/26). Samarbejde med "Wonderful Copenhagen" har bl.a. været med til at fremme antallet af besøg.

En række af Demenscentret Pilehusets medarbejdere præsenterer Demenscentret Pilehusets erfaringer med DCM og "Blomsten" samt andre projekter i forskellige sammenhænge. Vibeke Drevsen Bach holder bl.a. i 2007 en række oplæg om "Blomsten" for socialpædagoger, der arbejder med ældre (<http://www.tomkitwood.dk/>). Medarbejdere fra Demenscentret Pilehuset er faste foredragsholdere på bl.a. de årlige demensdage i Bella centret, de deltager i konferencer, de afholder workshops, og de er i TV og radio etc. Et eksempel herpå er ergoterapeuterne Anne Christoffersen og Camilla Kristensen oplæg om "Støtte til svært demente menneskers aktivitet på institution" i Bellacentret (<http://www.demensdagene.dk>). Et andet eksempel er Lone Gaed i DR TV og radio med "Mekanisk kærlighed" om brugen af teknologier i omsorgssektoren (DR, P1, 2007/11/08 kl. 20:03).

Færdiggørelse af "Blomstens" materiale og plakater er ligeledes et eksempel på betydningen af ceremonier og symboler. Ifølge interview med Vibeke Drevsen Bach har materialet "Blomsten" længe har været på vej. Det er dog et borgmesterbesøg, som er katalysator til at gøre det færdigt. Vibeke Drevsen Bach fremhæver: *"Vi kæmper så for at få det færdigt, da borgmesteren skal komme"* (Interview med Vibeke Drevsen Bach, s. 5).

Antallet af Ceremonier og symboler er stigende i både omfang og styrke. Samtidig gives flere tilkendegivelser på, at organiseringen af DCM og DPO ind ad til i Demenscentret Pilehuset halter. Vibeke Drevsen Bach fremhæver om situationen i 2005, at: *"DCM er på en måde gået i dvale i Pilehuset"... "Det betyder, at der bliver ikke mappet ordentligt. Og der bliver frem for alt ikke givet feedback"* (Ibid., s. 5). Samme pointer understøttes af Demenscentret Pilehusets ledere. De skærper pointen og fremhæver, at DCMs betydning i forbindelse med kvalitetsudvikling mistes (Interview med afdelingslederne, s. 2f.).

Der tages i Demenscentret Pilehuset en række initiativer for at rode bod herop. DCM organiseres på en anden måde, således at færre bliver ansvarlige for både mapping og feed-back. Desuden nedsættes en projektgruppe med det formål at afdække og beslutte, hvordan DCM kan anvendes i sit fulde forløb (Demenscentret Pilehuset: 2006, DCM erfagrupper, kommissorium). I "fem skarpe" til udviklingskonsulenten fortæller hun, at de fleste feedback og supervisioner nu (i 2007) bliver afholdt ("5 skarpe", s. 3). Min i forlængelse heraf fremhæver Vibeke Drevsen Bach, at mange feedback og supervisioner er kendetegnet ved et beskedent fremmøde ("5 skarpe", s. 3). Mens der er tendenser til, at de muligheder der er for kvalitetsudvikling i feedback og supervision "skranter", tages en række andre initiativer. "Blomsten" udvikles som plakat, der udarbejdes og afholdes introduktionsprogram for nye medarbejdere, og årlige temadage gøres obligatoriske. Jeg vil pege på, at dette indeholder muligheder for at fremme kompetenceudvikling. Det kan også bidrage til f.eks. at understøtte formidlingen af DPOs værdier.

Jeg vil på baggrund heraf konstatere, at DCM og "Blomstens" symbolske og ceremonielle betydning, og de nævnte problemer mht. den interne organisering indeholder aspekter eller elementer af dekobling. Jeg vil i første omgang karakterisere dekoblingen som midlertidig, idet der tages flere initiativer til at reetablere koblingen, og dermed skabe overensstemmelse mellem den interne tro på effektivitet og den eksterne legitimitetsskabelse. Den midlertidige form erstattes af, hvad jeg vil karakterisere som en delvis dekobling qua det beskedne fremmøde. Både den midlertidige og den delvise dekobling omhandler feedback og supervision, og den har derfor betydning for mulighederne for kompetence udvikling. Mens dette området halter, tages samtidig andre initiativer, der kan ses som bidrag til, at eksternt udadvendte aktiviteter også får betydning ind ad til i Demenscentret Pilehuset.

At skabe mening

Jeg har i de forrige afsnit analyseret, hvordan DCM kommer til og i Pilehuset med udgangspunkt i de to nyinstitutionelle nøglebegreber. Jeg vil i forlængelse heraf fremhæve et aspekt, som falder udenfor de to nøglebegrebers forklaringskraft. Det handler om at skabe mening med DCM og "Blomsten". Jeg har valgt at fremhæve tre citater herom fra Vibeke Drevsen Bach:

- *"DCM er for særlige målgrupper. Det kan være politikere eller ledere. Det giver ikke mening at præsentere den for personale, som ikke skal bruge den".*

- *".... sproget i DCM, det giver ingen mening til medarbejderne, når jeg taler plus 3, plus fem, gruppe VIP etc".*
- *".....at hvis det skal give mening for mig og for folk, så skal de kunne se, hvad meningen er med det"* (Interview med Vibeke Drevsen Bach, s. 5).

Bestræbelserne på at skabe mening er de nyinstitutionelle nøglebegreber ikke i stand til at forklare, idet de er rettet mod at opnå omverdenens legitimitet. "Blomstens" udvikling kan ses som et forsøg på at skabe sammenhæng mellem, hvorledes organisationen gerne vil opfattes ud af til, og hvorledes den reelt organiserer sig ind ad til. Jeg vil karakterisere de meningsskabende tiltag som et bidrag til at undgå eller mindske dekobling.

De nyinstitutionelle nøglebegreber kan som nævnt ikke forklare meningsskabelsen. Weick et. al. (2001) kan bidrage med forklaringskraft. Med fare for at generalisere og forsimple Weicks kompleksitet, vil jeg fremhæve, at han har sine rødder i adfærdsteorien. Han fremhæver betydningen af syv dimensioner: identitet, mening skabes under handling, relationelt, socialt, on-going, udvælgelse og det muliges kunst. Weicks menings skabende blik kan bidrage med anden forklaringskraft end de nyinstitutionelle nøglebegreber, idet blikket er rettet ind i organisationen og blikket har sin relevans, når man bliver bevæget væk fra det kendte eller bliver bevæget væk fra det af andre. I den forbindelse vil jeg fremhæve, at personcentreret omsorg og tværfagligt samarbejde i SUF både er ukendt og anderledes.

Opsummering, refleksion og handling

Jeg har i dette afsnit analyseret, hvordan DCM og "Blomsten" implementeres i Demenscentret Pilehuset. Jeg kan konstatere, at samspillet mellem mimetiske, normative og tvangsmæssige isomorfe kræfter i både SUF og Demenscentret Pilehuset har betydning. DPO, DCM og "Blomsten" symbolske og ceremonielle betydning er stor. Jeg redegjorde i den forbindelse for dekobling. Afsluttende argumenterede jeg for betydningen af at skabe mening.

Fra nærhed til distance

Jeg har i analysen af, hvordan DCM og "Blomsten" kommer til Demenscentret Pilehuset anvendt Dimaggio og Powells forståelse for institutionel isomorfi. Jeg vil karakterisere samspillet mellem de tre isomorfe kræfter i både Demenscentret Pilehuset og SUF som et anvendeligt bidrag til at strukturere analysen. Jeg finder det ligeledes anvendeligt i selve analysen. De tre begreber gør det muligt både at nuancere og detaljere nærheden i

Demenscentret Pilehuset. Jeg mener, at begreb bliver præcist og anvendeligt, dels fordi det organisatoriske felt teoretisk ikke er defineret på forhold, og dels fordi det organisatoriske felt empirisk i dette tilfælde er relativt præcist og overskueligt. Det handler primært om en enkelt organisation Demenscentret Pilehuset og sekundært i SUF om yderligere få andre demenscentre. Jeg vil i forlængelse heraf pege på, at såfremt det organisatoriske felt udvides, ser jeg en fare for at dens præcision og tydelighed forsvinder.

Med begrebet dekobling er jeg ikke på samme måde i stand til at koble nærheden i Demenscentret Pilehuset til teoriens eller begrebets distance. Begrebet dekobling mister sin skarphed og entydighed, når jeg først karakteriserer dekobling som midlertidig, dernæst som delvis og til sidst peger på en række andre tiltag, som igangsættes for at mindske eller undgå dekoblingen. Jeg vil pege på, at dekobling ikke er i stand til at nuancerer nærhedens kompleksitet. Set i bagklogskabens klare lys, bør jeg ikke være forundret herover. Jeg vælger et begreb, som er rettet mod at forstå organisationens bestræbelser på at sikre legitimitet og i sidste ende overlevelse. Jeg har inden i forrige afsnit med udgangspunkt i Røviks tre perspektiver argumenteret for betydningen af hans tre optikker. Når jeg anvender dekobling, ser jeg bort af de to af optikkerne. Jeg er ligeledes bevidst om den skandinaviske skoles pointe, der påpeger, at visse dele af en styringsteknologi kan være af symbolsk betydning, mens andre dele af den samme teknologi kan være rettet mod at opnå højere kvalitet eller effektivitet. Jeg vil alligevel forsvare mit fokus på dekobling med, at det har givet et godt afsæt til at analysere DCM og "Blomstens" utallige symboler og ceremonier.

Og tilbage igen

På vej tilbage til nærheden står jeg med en mere nuanceret forståelse. Jeg vil på baggrund af denne knytte en kommentar til de isomorfe kræfter og dekoblingen.

Når jeg betragter brugen af de isomorfe kræfter, vil jeg tilbage i nærheden i Demenscentret Pilehuset fremhæve, at jeg er blevet mere bevidst om, hvorledes de har bedraget til DCM og "Blomstens" implementering. Jeg vil fremhæve, og brugen er gradvist blevet intensiveret. Jeg bemærker især, at de isomorfe kræfter overvejende spiller sammen. De supplerer og understøtter hinanden, og de har samlet bidraget til, at bl.a. ledelses- og organisationsanliggender i relation til DCM og "Blomstens" i Demenscentret Pilehuset er blevet dannet, tydeliggjort og præciseret. Jeg ser derfor ikke herud fra nogen anledning til at påpege deciderede handlinger.

Jeg vil derimod ud fra min forståelse for de isomorfe kræfters samspil i SUF tillade mig at pege på, at de tvangsmæssige ensretningskræfter i SUF med hensyn til brugen af DCM og DPO kan markeres tydeligere. Kravet om DPO og DCM er skrevet ind i grundlaget for Demenscentret Pilehusets og andre demenscentres opstart, men det er ikke indskrevet i nogle af de redegørelser, politikker og handleplaner, som er udarbejdet i regi af SUF. Isomorfien er alene normativ i disse. Jeg ser derfor en pointe i en tvangsmæssig markering af, at det personcentrerede grundlag ikke er til drøftelse, og at DCM skal bruges, når de nævnte redegørelser, politikker og handlerplaner justeres. Medmindre der er andre faktorer i SUF, som jeg ikke er bevidst om, der ikke gør dette muligt.

Jeg vil pege på, at jeg ser et problem med hensyn til det store antal af ceremonier og symboler i forbindelse med DCM og "Blomsten", når der samtidig er en række tendenser til dekobling. Overordnet vil jeg pege på, at dekoblingen bør reduceres og mindskes i det omfang, som er muligt. Forsøgene i Demenscentret Pilehuset med anden organisering og organisation indikerer, at der er interne barrierer, der skal overvindes for, at kvalitetssikrings- og kvalitetsudviklingsmulighederne ved DCM og "Blomsten" i højere grad får betydning og udnyttes i organisationen. Jeg kan ikke ud fra analysen pege konkret på, hvilke barrierer, der skal overvindes. Dertil giver dekokblings begrebet ingen forklaringer. Men jeg vil pege på, at der er behov for en afklaring heraf og handlinger herpå.

Jeg vil fremhæve at analysen af aspekterne omkring DCM og "Blomstens", har skærpet min interesse for et andet aspekt af et internt blik ind i organisationen. Jeg pege på, at det ceremonielle og symbolske optag af DCM og "Blomsten" uden den tilsvarende betydning ind i organisationen i flere sammenhænge har fået mig til at overveje, hvad Scheins optik på kultur og evt. "skueværdier" vil give af forståelse (Schein: 2000, s. 1ff.). Schein fremhæver, at "skueværdier" forudsiger, hvad organisationsmedlemmerne vil gøre i en given situation, men at det kan være i modstrid med, hvad de rent faktisk gør i den givne situation, hvor værdinormen burde være gældende. Jeg vil pointere, at jeg ud fra min analyse ikke kan konstatere noget herom, men det efterlader mig med undren over og en interesse for, i hvilken grad og hvorledes DPO og DCMs stærke værdigrundlag afspejles i Pilehuset.

Kapitel 6: Styringsforskelle og roller

I forrige kapitel analyserede jeg, hvorfor og hvordan DCM og "Blomsten" kom til Demenscentret Pilehuset i et institutionel perspektiv. I dette kapitel retter jeg blikket ind i organisationen for at analysere DCM og "Blomstens" anvendelse. Jeg anvender et kritisk teknologisk blik inspireret af Andersen et. al. (2004) og Tangkjær (2005). Først redegør jeg for teorien bag det kritisk teknologiske perspektiv. Dernæst analyserer jeg DCM og "Blomstens" styringsforskelle med fokus på deres begrænsning, selvstyring og ustyrlighed. Herefter analysere jeg tre roller. Afsluttende opsummeres kapitlets pointer.

Det kritiske teknologiske blik

Det kritisk teknologiske blik retter opmærksomheden mod, hvad styringsteknologierne gør ved ledelse, og i forlængelse heraf, hvordan styringsteknologierne afsætter lederens muligheder for at styre. Andersen et. al. fremhæver Heideggers citat: "Når man står med en hammer i hånden, består verden af søm". Og dette videreført på andre styringsteknologier, består verden i eksamensteknologien af tal, i værdiledelsen af værdier etc. Pointen er, at styringsteknologier styrer betingelserne for, hvad der kan styres på, og hvordan styrende kan styre.

Dette fokus er fundamentalt forskellig fra den instrumentelle forestilling, hvor teknologien betragtes som lederens forlængede arm. Der ligger i det kritisk teknologiske blik ikke et opgør med den instrumentelle tilgang. Kritikken er rettet mod, at hvis man kun betragter styringsteknologier som lederens instrument, ser man kun dette. Og man forføres til at tro, at det er lederen, der bestemmer. Det kritiske blik rækker ved lederens suverænitæt. Tangkjær argumenterer for, at et kritisk teknologisk blik kan hjælpe lederen med at afkode styringsteknologien. Afkodningen kan bidrage med at skabe en forståelse for teknologiens styringsmuligheder og -begrænsninger.

Styring og selvstyring – to sider af samme sag!

Andersen et. al. fremhæver betydningen af forholdet mellem styring og selvstyring i et historisk perspektiv. Han skelner mellem det klassiske bureaukrati, sektorforvaltningen og supervisionsforvaltningen. Til hver af disse perioder er der knyttet klassiske styringsværktøjer, og til hver periode forudsættes et særligt forhold mellem styring og andres selvstyring. Den offentlige styrings historie er illustreret i tabel to.

Tabel 2: Den offentlige styrings historie (Andersen et. al.: 2004, s. 118)

	Styringsform	Styringsobjekt	Styringsgrænse
Bureaukratiet	Regler/kontrol	Embedsmandens adfærd	Embedsmandens selvdisciplin
Sektorforvaltning	Planlægning	Forvaltning	Forvaltningens evne til at omsætte centrale input til decentrale output
Supervisionsforvaltning	Supervisering	Organisationers autonomi	Organisationens selvstændighed og strategiske kapacitet

Styringsproblemet i det klassiske bureaukrati var at minimere forskellen mellem regler og embedsmandens praksis. Afgørende var den enkelte embedsmands evne til at handle systemisk, rutineret og disciplineret. I sektorforvaltningen var styringsproblemet at minimere forskel mellem del og helhed. De enkelte dele indgik og blev afstemt med et sektorielt helhedshensyn. Styringsredskabet var planlægning. Planlægningen mødte egne grænser, idet den førte til mere planlægning, hvilket igen skabte kompleksitet og planløshed (Ibid., s. 119). I supervisionsforvaltningen er idealet omstillingsdygtighed på alle niveauer. Det store styringsproblem er at reducere forskellen mellem institutionernes selvomstilling og ydre tilpasning. Det handler om den enkelte institutions evne til at forholde sig til sig selv og sin egen omstilling. I supervisionsforvaltningen faciliteres selvstyring i stedet for at bidrage med indblanding og autoritativ underordning.

Supervisionsforvaltningen er kendetegnet ved brug af styringsteknologier som værdibaseret ledelse, kvalitetsudvikling, kvalitetsstyring, BUM etc.. Disse styringsværktøjer er designet med henblik på at gøre organisationer i stand til at styre sig selv. Andersen et. al. peger på, at der heri ligger et paradoks i forhold til den traditionelle måde at opfatte styring på, der opfattes som en måde til at bestemme, hvad andre må og ikke må.

Andersen et. al. fremhæver, at styringsværktøjer på forskellig vis producerer, hvad der kan styres på og den styrendes rolle. De peger på et todelt dilemma i forhold til, hvad der kan styres på. I det første dilemma fremhæves, at ethvert tilvalg af styringsteknologi samtidig er et valg, der begrænser styring. Pointen er, at hver gang man indfører en styringsteknologi, indføres særlige og bestemte muligheder for ledelse. Indsættelse af styringsforskellen gør, at der indsættes en begrænsning i måden at iagttage sig selv på i forhold til en omverden. Det andet dilemma er, når (såfremt) der med begrænsningen følger flere og andre styringsteknologier. De vil tilbyde forskellige muligheder for styring. Forskellige muligheder for styring øger kompleksiteten og dermed opløses entydigheden, kontrollen og det forudsigelige. Andersen et. al. argumenterer for, at idealet om selvstyring efterfølges af et paradoks om ustyrlighed, når antallet af styringsteknologier øges (Ibid., s. 122).

Med hensyn til den styrendes rolle og de relationer hun indgår i vej, vil jeg hertil knytte en kommentar til direkte magtform. Jeg vil perspektivere rollerne i forhold til denne magtform for at analysere, hvem som har magten til bl.a. at definere kvaliteten i omsorgen. Den direkte magt¹⁸ bygger på, at nogle aktører udøver magt over andre. Magten udøves i beslutningsprocessen på beslutningsarenaen. Den direkte magtanalyse omfatter alene de processer, der foregår på beslutningsarenaen. Essensen i den direkte magtanalyse er at forstå magtudøvelse som en relation mellem aktører. Magten kan udøves gennem påvirkninger af de mål som fastlægges for beslutningsprocessen, de alternativer som overvejes, og de konsekvenser som tilskrives alternativerne, og endelig det valg af løsning som afslutter beslutningsprocessen (Thomsen: 2005, s. 29)

Styringsforskelle

I dette afsnit vil jeg ud fra DPO styringsforskelle analysere DCM og "Blomstens" styrings begrænsning, "ustyrlighed" og selvstyring.

DPOs begrænsede styring af sygdom og somatik

Med DPO indføres et nyt grundlag at udføre omsorgsarbejde på. Jeg vil karakterisere styringsforskellen som indsættes med DCM og "Blomsten" som forskellen mellem:

- **at arbejde personcentreret vs. at arbejde sygdomsorienteret.**

Jeg vil illustrere aspekter af styringens begrænsning ud fra de seneste to års Ledertemadage¹⁹. I 2006 fremhæves, at *"med Tom Kitwoods tanker om personcentreret omsorg (blomsten) har vi gennem de sidste år haft stort fokus på de social psykologiske aspekter. Nu er tiden kommet til yderligere at få styrket det somatiske/ det kliniske aspekt. Roden (helbredet) i blomsten"* (Demenscentret Pilehuset: 2006, ledertemadage 06, s. 3). I referatet fra 2007 citeres Charlotte Agger: *"Vi er rigtig gode i det relationelle"....."Vi har måske mistet fokus på sygdommen og det somatiske, hvad enten det er klager på det*

¹⁸ Derimod indeholder den direkte magtanalyse ikke fokus på baggrunden og rammerne for interesseanalyse, samt hvad der foregår fra beslutningen er truffet og indtil den er udført. Bachrach & Baratz (B&B) retter en kritik mod Dahls magtbegreb ud fra den indirekte magt. (B&B) kritiserer Dahl for alene at fokusere på beslutningsprocessen. Den indirekte lægger vægten på, hvorfor sager udvælges til beslutning, og hvilke sager, der ikke når frem til beslutningsprocessen. B&B indfører begrebet non decision, og retter fokus mod to filtre, som er væsentlige for. Filter 1 er et filter mellem interesser og beslutningsarena. Filter 2 er et filter mellem beslutningsarena og konsekvenser.

¹⁹ I 2006 var Demenscentret Pilehusets ledergruppe på Dragsholm Slot i Hørve i tre dage og i 2007 var ledergruppen i Tisvildehus hos Søster Birte i Tisvildelje i to dage. I 2006 var overskriften sammenhængskraften. I 2007 var overskriften, hvad optager mig lige nu.

praktiske eller negle som ikke bliver klippet. Hvilket efterlader et behov for fokus på klinisk dokumentation og det sygeplejefaglige" (Demenscentret Pilehuset: 2007, ledertemadage 07, s. 4.) I 2007 referatet understøttes denne pointe flere gange og en af de konkluderende bemærkninger er bl.a.: *"Vi skal i højere grad have en forudfattet mening om, at borgerne er syge"* (Ibid. s. 4).

Eksemplerne fra ledertemadage i både 2006 og 2007 illustrerer, hvorledes DCM og "Blomstens" styringsforskel definerer rammerne og mulighederne for styring. De viser også, hvad der falder uden for rammerne og dermed ikke indgår i styringen. Den personcentrerede omsorg sætter fokus på opfyldelsen af de fem social psykologiske behov, medens fokus på sygdom og somatik mindskes.

Det kan umiddelbart virke som et paradoks, at DPO fjerner fokus fra somatik og sygdom, idet det er en del af den personcentrerede omsorg. Anne Christoffersen fremhæver i interviewet: *"Det gode ved Kitwood er netop, at vi både møder borgeren ud fra en sygdomsforståelse og med fokus på borgerens ressourcer"*. Når sygdom og somatik alligevel begrænses i styringen, skyldes det, at sygdom og somatik indgår i DPO i demensbilledet ("Blomstens" rod). Demensbilledet giver forståelse, men ingen handlingsmuligheder. DPOs handlinger ligger i opfyldelse af de fem social psykologiske behov ("Blomstens" hoved).

Det begrænsede fokus på sygdom og somatik illustrerer ledelsesdilemmaet om, at ethvert tilvalg af en styringsteknologi samtidig er et valg, der begrænser styring. Jeg vil påpege, at begrænsningen ikke alene skyldes styringsforskellen. Medarbejdersammensætningen spiller også ind. Tværfagligt samarbejde har bragt nye medarbejdere med pædagogisk og terapeutisk baggrund til organisationen. I interviewet med ledergruppen fremhæver Kirsten Venbjerg: *"Og så er det med det somatiske – Jeg har ikke så mange medarbejdere med en sådan faglighed, at de kan se med de øjne"* (Interview med afdelingsleder, s. 7). Hertil supplerer Elisabeth Rydahl: *"Det tænker de ikke over!" "Det er de ikke vant til. En pædagog er ikke vant til det. En ergoterapeut er heller ikke vant til det eller en ufaglært."* (Ibid. s. 7).

Paradoksalt betyder udviklingen i botilbudene, at der er kommet et større behov for fokus på sygdom og somatik. Med etableringen af permanente botilbud er andre borgere kommet til Demenscentret Pilehuset. De har et større behov for fokus på sygdom og somatik end hjemmeboende borgere: *"der er sket et skifte i borgergruppen fra ikke at have følgesygdomme til, at de nu har flere følgesygdomme. Og dette kombineret med at*

demente ikke selv kan give udtryk herfor" (Demenscentret Pilehuset: 2007, ledertemadage 07, s. 3).

Der er de senere år i Demenscentret Pilehuset kommet en øget bevidsthed om behovet for at øge handlemuligheder i forhold til sygdomsmæssige og somatiske aspekter. På ledertemadage i 2006 udarbejdes en liste med 13 fokuspunkter. Konklusion på tema-dagenes drøftelser i 2007 blev *"Tom Kitwood nu også med somatik"* (Ibid. s. 4). To væsentlige initiativer er at ansætte en klinisk sygeplejerske og styrke fokus på borgerens handleplan. Dette eksempel illustrerer, at andre styringsteknologier bliver taget i brug med henblik på at få andre og dermed flere foci.

Styringen bliver ikke helt "ustyrlig"

Jeg vil i dette afsnit inddrage en række andre styringsteknologier, som enten følger med DCM og "Blomsten" ind i Demenscentret Pilehuset eller som udvikles i kølvandet herpå. Jeg har vist disse i tabel 3.

Tabel 3: Styringsteknologier, der følger med DCM og "Blomsten"

Map-Ping	DCM Rapport	Feed-back	Handle-planer	Plakat	Intro-dage	Kompe-tence-løft	Tema-dage	Super-vision	Arbejds-omsorgs-kort
DCM	DCM	DCM "Blomst"	DCM "Blomst"	"Blomst"	"Blomst"	"Blomst"	"Blomst"	"Blomst"	"Blomst"

Kilder: Demenscentret Pilehuset (2007) "erfaringer og refleksioner" og Brooker (2006).

Handleplaner, feedback og DCM rapport er eksempler på styringsteknologier som følger med DCM (Brooker: 2006, s. 79ff.). "Blomsten" og arbejdsomsorgskort er eksempler på styringsteknologier, som er udviklet siden.

Det øgede antal styringsteknologier, øger antallet af styringsforskelle. Jeg har i nedenstående tabel 4 samlet og kategoriseret styringsteknologierne fra tabel 3 ud fra deres styringsforskelle.

Tabel 4: Styringsteknologier, der følger med DCM og "Blomstens" styringsforskelle

Andre teknologier	Styringsforskelle
<u>Kvalitetsstyring:</u> DCM mapping, DCM rapport	En eksplicit værdi på 1,4 og 2,0 for omsorg vs. implicit viden
<u>Kvalitetsudvikling:</u> Feedback, supervision	Ændring af holdning vs. ikke ændring af holdning

Værdiledelse: Plakat, Introdag, kompetenceløft, temadage	Erkendelse af forkert vs. ikke erkendelse af forkert
Målstyring: Handleplaner	Dokumentation vs. ikke dokumentation

Antallet af styringsforskelle udvides. Styringsforskellene skal sikre, at kvaliteten har det rigtige niveau, at holdningerne afspejler DPOs grundlag, at værdierne bliver formidlet og adopteret, at mål opstilles og indfris i handleplaner. Konsekvensen er, at der kommer mange foci for styring. En af Andersen et. al.s pointer er, at entydigheden, kontrollen og forudsigeligheden opløses i takt med, at mængden af styringsteknologier øges og fører til styringens ustyrlighed.

Betrakter jeg afdelingsledernes udsagn om de mange foci for styring, fortæller Annemette Kaas: *"Det er et check, vi indimellem gør, og da bestræber vi os på at se det hele billedet"*. ("5 skarpe", s. 1.) Kirsten Venbjerg fremhæver: *"Selvfølgelig lever vi ikke op til det – og det er altid et spørgsmål om prioritering. Og er det lovgivning – ja så går det ud over borgeren ... Vi arbejder som heste på hvert niveau. Vi mangler arbejdsro til at følge op på de planer vi f.eks. lægger på lederseminar"* ("5 skarpe", s. 2). Jeg vil ikke på baggrund heraf karakterisere, at de mange foci fører til styringens ustyrlighed, men jeg ser tendenser til, at entydigheden opløses. Respondenterne fremhæver vigtigheden i at lave "et check" eller en "status" på den enkelte borger med fokus på de mange styringsforskelle, men også at "det hele" ikke altid kan nås, og at det fordrer prioriteringer.

DCM og "Blomstens" og selvstyring!

Kvalitetssikring, kvalitetsudvikling, værdiledelse og målstyring er styringsteknologier, der kendetegner supervisionsforvaltningen. De skal bidrage til, at organisationerne kan styre sig selv. Andersen fremhæver i den forbindelse, at: *"Forøgelse af selvstyring sker gennem begrænsning af styring"* (Andersen et. al. s. 7). Jeg vil i dette afsnit bruge Andersen et. al.s fokus på betydning af selvstyring i supervisionsforvaltningen, som afsæt til at drøfte DCM og "Blomstens" betydning for forholdet mellem styring og selvstyring i Demenscentret Pilehuset²⁰.

²⁰ I litteratur anvendes ofte betegnelse selvledelse i stedet for selvstyring. Ole Dissing definere selvledelse som: *"Evne og vilje til at tage ansvar for planlægning, koordinering og evaluering af eget arbejde ud fra fælles værdier og fælles acceptere rammerne mellem medarbejder og ledere under forudsætning af forskellige ledelsesformer"* (Dissing: 2007, s. 15).

I interviewene gives en række eksempler på, at medarbejderne i større grad selv skal tage ansvar for arbejdets udførelse. Annemette Kaas fortæller: *"Før når man kom om morgenen, var det helst en sygeplejerske ... som læste op Og så fordelte hun borgerne" ... "nu skal man selv kigge i mapperne"*. Medarbejderne skal desuden i større grad selv kunne løse eventuelle problemer, således fremhæves herom: *" ... Det må du selv finde ud af. Man får ikke at vide, hvad man skal"* (Interview med afdelingsleder, s. 4)". Arbejdskortene (se bilag 14) er et andet eksempel på, at medarbejderne selv tager ansvar for arbejdet. Mht. arbejdskortene tildeler de hinanden roller for dagens arbejde uden lederens indblanding.

"Blomster" plakaterne kan i den forbindelse ses, som en teknologi, der skal guide medarbejderen i arbejdets udførelse. Den ene plakat (Bilag 15) hænger på væggene i enhedens fællesarealer, og den beskrives som *"Billedmetaforen, der taler til, træner, guider personale og ledelse"* (Demenscentret Pilehuset: 2007, erfaringer, s. 16). Den anden plakat (Bilag 16) hænger på væggene i personalerummet, og den skal: *"stimulere og støtte personalet til at bruge teorien i udformning af handleplan og dagligdag"* (Ibid. s. 16).

Selvom nævnte indikerer større grad af ansvar og selvstyring, er medarbejderen ikke overladt til sig selv hverken mht. arbejdet eller i forbindelse med evt. problemløsning. Kirsten Venbjerg pointerer: *"vi lægger op til, at medarbejderne skal bruge hinanden, og de skal hjælpe hinanden"* (Interview med afdelingsleder, s. 5). ... *"Jeg prøver at lære medarbejderne op til at bruge mig som sparringspartner"* (Ibid., s. 5). Annemette Kaas fortæller, at hun involveres i svære situationer: *"Jeg prøvede i går, hvor personalet bad mig om at komme ned til en borger, som ikke ville op"*. Supervision og feedback er et andet eksempel, hvor en 3. person (supervisor) i forhold til relationen mellem medarbejder og leder skal bidrage til at facilitere selvstyring.

Den autoritative indblanding er dog ikke forsvundet. Elisabeth Rydahl fremhæver bl.a.: *"Når jeg kan høre, at de ikke taler anerkendende, så må jeg gå ind og høre, hvad er det - der gør - at du taler på den måde"* (Ibid., s. 5). Kirsten Venbjerg fortæller: *"Nogen kan arbejde selvstændigt ... andre har brug for en guide, eller at vi tager over – det kommer an på opgaven"* (Ibid., s. 7).

Jeg vil på baggrund heraf fremhæve, at der er en række tendenser til øget selvstyring, men den autoritative indblanding er fortsat tilstede. Og herimellem er der en kompleksitet, hvor bl.a. "Blomster" plakaten skal guide medarbejderen, medarbejderne skal hjælpe hinanden, lederen bliver sparringspartner og lederen træder til i vanskelige situationer.

Rollen som kvalitetssikrer, kvalitetsudvikler og værdiformidler

I dette afsnit vil jeg analysere, hvilke roller DCM og "Blomsten" skaber og hvem i Demenscentret Pilehuset, der bestrider dem. Jeg har valgt at fremhæve tre roller. Rollerne er vist i nedenstående Tabel 5.

Tabel 5: DCM og "Blomstens" roller

DCM	"Blomst"	Roller
X		Kvalitetssikrer (observatør og rapportør) af omsorgskvalitet
x	X	Kvalitetsudviklere (supervisor, feedback)
x	X	Værdiformidlere (undervisere)

Beskrivelsen af rollerne i tabel 5 viser, at DCM og "Blomsten" skaber roller som kvalitetssikre, kvalitetsudvikler og værdiformidler. Kvalitetssikrer er mappere. Der er i 2007 tre mappere i Demenscentret Pilehuset. Det er udviklingskonsulenten, en afdelingsleder og en medarbejder. Kvalitetsudvikleren i forhold til afholdelsen af supervision og feedback er Demenscentret Pilehusets udviklingskonsulent. Værdiformidlerne er bl.a. i forbindelse med afholdelse af undervisning, kompetenceløft, introduktion etc. primært forstander, viceforstander, udviklingskonsulent og demensteam.

Betragter jeg rollen som kvalitetssikrer i den direkte magtform, er rollen kendetegnet ved, at den flytter retten til at definere, hvad god omsorg er ud af omsorgsrollen. Jeg kan ikke konstatere noget entydigt om betydningen heraf i de interviews, jeg gennemførte. F.eks. fremhæver Kirsten Venbjerg på den ene side: *"Hvis jeg tager udgangspunkt i mig selv, husker jeg, at jeg oplevede det som grænseoverskridende ... De kunne jo fange mig i at gøre noget, som ikke er rigtigt"*. (Interview med afdelingsleder, s. 7). På den anden side fremhæver hun: *"Vi har altid sukket efter at få nogle målingsredskaber på vort arbejdsområde. Det synes jeg gør en stor forskel"* (Ibid. s. 8).

Konklusioner og pointer i andre undersøgelser er mere kritiske og markante. Christian-Müller-Hergl fremhæver i sin artikel: *"Small worlds develop their own subcultures and tend to see everything from the outside as "alien" Outsider – these could be people doing DCM"* (Müller-Hergl: 2004, s. 18). Agger (2004) konkluderer i sin analyse om konsekvenserne af, at definitionen af retten tages ud fra relationen mellem omsorgsgiver og omsorgstager: *"Den tavse viden og empatien er ikke længere det, som skal bære omsorgen... Man kan sige at rollen bliver tom for omsorg"* (Agger: 2004, s. 57). Andersen et. al. fremhæver generelt om kvalitetssikring i ældreomsorgen: *"der er en risiko for, at*

omsorgen fortrænges til fordel for ensartet og standardiseret service" (Andersen et. al.: 2004, s. 123).

Betrakter jeg den anden kategori af roller, som jeg har fremhævet, omhandler det kvalitetsudvikleren, som kommer ind i organisationen bl.a. ved supervision og feedback. Betydningen heraf fremhæves af Lars Bo Bülow, som det væsentligste: *"... det er der det rykker. ... Kommer man ud i den gruppe, som man har observeret og via en tilbagemelding her får noget til at rykke, og de føler, det er rigtigt godt og fagligt udfordrende og givende ... Det er hvad jeg hører, at de kommer i den her dialog om, hvad der er observeret"*. (Interview med Lars Bo Bülow, s. 3f.).

Betydningen af kvalitetsudvikling understøttes i de andre interviews. Kirsten Venbjerg fremhæver om den manglende feedback: *"Og så mister vi en masse ting i forhold til, hvordan vi kigger på borgeren"* (interview med afdelingsleder, s. 2).... Og senere *"Vi får nu den feedback, som er nødvendig. Og kan bruge det bagefter"* (Ibid., s. 2). Jeg vil i forlængelse heraf fremhæve en af pointerne fra sidste kapitel, at dekoblingen betyder, at kvalitetsudviklingens muligheder ikke udnyttes.

Den direkte magtform kan ikke forklare, hvorfor beslutningen om kvalitetsudvikling ikke gennemføres, idet den fokuserer på beslutningsarenaen. Bachrach og Baratz retter en kritik mod den direkte magtform og fremhæver betydningen af to filtre, som ligger inden og efter en beslutnings gennemførelse (Thomsen, Ibid. s. 33). Det første filter er mellem interesser og beslutningsarenaen. Det andet filter er mellem beslutningsarenaen og konsekvenserne. Når jeg i "5 skarpe" spørger afdelingslederne om, hvorfor kvalitetsudviklingen "halter", indikerer svarene, at filtre mellem beslutningsarenaen kunne være manglende tid og "manglende hænder" ("Fem skarpe", s. 1f.). Jeg kan ikke konstatere om, der er andet som f.eks. ressourcer, organisering, modstand, boykot eller noget femte, som har betydning. Jeg vil i forlængelse heraf fremhæve, at jeg heller ikke kan udelukke at sådanne forhold kan være af betydning, idet min empiriske grundlag er for spinkelt til sådanne konklusioner.

Værdiformidlere er den tredje kategori af roller. I kapitel tre beskrev jeg grundlaget for Demenscentret Pilehusets værdier. Jeg påpegede her, at grundlaget for Demenscentret Pilehusets værdier er hentet i den personcentrerede omsorg. Værdierne er derfor hverken til drøftelse eller debat. Lars Bo Bülow fremhæver om den personcentrerede omsorgs værdier: *" ... de er jo universelle Det er, fordi det taler lige ind i os alle sammen. Sådan vil vi gerne ha' det. Sådan vil vi gerne ha', at vor mor har det"*. (Interview med Lars Bo Bülow, s. 5).

Jeg vil i forlængelse heraf fremhæve, at det er værdiernes universelle karakter, der gør, at der er brug for værdiformidlere. Værdiformidlernes opgave er bl.a. at skabe de processer, der sikrer ejerskab til værdierne. Lars Bo Bülow: *"Det er derfor det har så stor gennemslagskraft, når Vibeke er ude og underholde i dem"* (Ibid., s. 5).

Jeg kan heller ikke her konstatere noget om et evt. fraværd eller tilstedeværelse af ejerskab til DPOs værdier i Demenscentret Pilehuset, idet mit empiriske grundlag ikke har det fokus.

Opsummering, refleksion og handling

I et kritisk teknologisk perspektiv har jeg i kapitlet analyseret, hvorledes der i styringsforskellen mellem at arbejde personcentreret og sygdomscentreret ligger en begrænsning i forhold til styring af det somatiske og det sygdomsorienterede. Med DCM og "Blomsten" følger en række andre styringsteknologier, der igen bringer flere og andre styringsforskelle ind i organisationen. Jeg påpegede, at styringens entydighed ophørte. Jeg drøftede kompleksiteten i selvstyring. Afsluttende fremhævede jeg, at DCM og "Blomsten" skaber nye roller som kvalitetsudvikler, kvalitetssikrer og værdiformidler.

Fra nærhed til distance

I dette afsnit har jeg anvendt begreber som styringens begrænsning, selvledelse og styringens ustyrlighed. Begreberne har i dele af analysen voldt mig kvaler. Jeg har haft problemer med at bringe mit empiriske udgangspunkt til teoriens distance. Jeg mener, at afstanden mellem Demenscentret Pilehusets nærhed og teoriernes distance har været stor. Jeg vil fremhæve, at de teoretiske begreber væsentligste bidrag har været at bidrage med struktur og afsæt til analysen. Jeg vil knytte to kritiske kommentar hertil. Den ene handler om, hvorledes jeg har anvendt begreberne i analysen. Den anden er rettet mod forfatterne Tangkjær og Andersen et. al.

Jeg pege på to aspekter med hensyn til, hvorledes jeg anvender begreberne i analysen. Først vil jeg fremhæve, at jeg til tider har været forført af begreberne. Jeg kunne se elementer af styringens begrænsning og styringens ustyrlighed i min nærhed. Og jeg kunne li' begreberne. Der ligger et paradoks i, at jeg anvender et kritisk perspektiv og selv bliver forført af perspektivets begreber. Jeg vil ligeledes knytte en kritisk kommentar til, hvorledes jeg anvender begreberne i analysen. Begreberne er udviklet til at forklare generelle træk i den historiske udvikling mod supervisionsforvaltningen. Når jeg anvender begreberne i en

analyse af Demenscentret Pilehuset (af nærheden), kan jeg derfor ikke forvente, at de direkte kan håndtere nærhedens kompleksitet.

Jeg vil også knytte en kommentar til forfatterne. Tangkjær fremhæver, at praktikerne skal afkode teknologierne og bemestre sig ledelsesrummet. Andersen et. al. fremhæver indledningsvis i sin artikel: *"... ledelsesteoretikere såvel som praktikere har brug for et præcist begreb om styring for at kunne foretage en vurdering af værktøjernes styrings-potentiale"* (Andersen et. al.: 2004, s. 1). Ud fra nærheden i Demenscentret Pilehuset vil jeg pege på, at forfatterne underkender betydningen af afstanden mellem nærhed og distance, når både ledelsesteoretikere og praktikere skal bruge samme "præcise begreb" om styring. Jeg vil pege på "nye" begreber som afkodning af ledelsesteknologier, selvledelse, ustyrlighed og bemægtigelse af ledelsesrummet bliver for generelle og abstrakte i en analyse af Demenscentret Pilehusets nærhed.

Og tilbage igen

Andersen et. al. tilføjer en helt anden forståelse for styringsteknologier. Tilbage i nærheden i Demenscentret Pilehuset står jeg med en helt anden forståelse for styringsteknologier. En af pointerne jeg vil uddrage er, at jo flere styringsteknologier, som indføres, jo flere styringsforskelle, som bringes i fokus - desto flere problemer bringer man i fokus. Ud fra den forståelse vil det handle om at reducere antallet af styringsteknologier og i givet fald frasortere "de rigtige". I Demenscentret Pilehuset kunne man overveje at droppe store dele af den lange række af styringsteknologier, der er fulgt i kølvandet på DCM og "Blomsten". Helt konkret kunne to muligheder være at:

- Droppe DCM, hvorved teknologier som mapping, DCM rapport, feedback etc. udgår. Man kan godt arbejde personcentreret uden at anvende DCM. Alternativet kunne være et fokus på kvalitetsudvikling og kompetenceudvikling.
- Lægge feedback og supervision sammen, nedtone betydningen af "Blomsten" som selvledelse, og bringe de kliniske sygeplejefaglige aspekter ind i supervisionen.

Dette er blot mine to umiddelbare bud. Jeg vil pointere, at disse kun udgør et beskedent udvalg mht. det store arsenal af styringsteknologier, som ellers er i brug i organisationen – og hvoraf de færreste ikke er Demenscentret Pilehusets egne valg. Jeg vil i forlængelse heraf pege på, at vi i Demenscentret Pilehuset, SUF og Københavns Kommune – i højere grad - burde overveje, hvad det er for styringsteknologier, vi ruller ud over vore ledere og medarbejdere.

Jeg vil fremhæve, at det handler om andet og mere end at reducere antallet af enkelte styringsteknologier stykvis. Det kunne handle om at få et andet syn på styring. Styring kan betragtes som et udtryk for systematiseret mistillid. Tillid er alternativet til mistillid. Spørgsmålet er om, og hvordan tilliden kan fremmes midt i en kvalitets reform tid. Men det kunne være et bud på vej mod færre styringsteknologier og dermed styringsforskelle.

Kapitel 7: Utsigtede hændelser

I forrige afsnit analyserede jeg DCM og "Blomstens" styringsforskelle og roller i et kritisk teknologisk perspektiv. I dette afsnit er det kritiske blik rettet mod styringsteknologiernes utsigtede hændelser. Utsigtede hændelser er en opsamling af empiriske udsagn og udtalelser, som umiddelbart ikke "passed ind" i de øvrige kapitler. I kapitlet præsenterer jeg først en række af de empiriske udsagn, som danner grundlag for kapitlets overskrift. Dernæst redegør jeg for kapitlets teoretiske perspektiv, som er en artikel fra Lazzarato (2004): *"From capital labour to capital life"*. Efterfølgende analyserer jeg DCM, "Blomsten" og DPOs utsigtede hændelser med afsæt i Lazzaratos begreber om arbejdets kreativitet, individualitet, engagement, kollektivering og forandring. Som et sidste aspekt fremhæver jeg betydningen af at have de rigtige holdninger. I den forbindelse anvender jeg en artikel af Ole Fogh Kirkeby og perspektiverer DCM og "Blomsten" som intimteknologier. Afsluttende opsummerer jeg kapitlets væsentligste pointer.

Udmattet, men også kreativt

En række udsagn og udtalelser illustrerer, at DPO både kan også være udmattende²¹ og opslidende for leder og medarbejder. Eksempelvis fremhæves, at:

- *"... Man skal hele tiden være tilstede"..."Det er psykisk rigtig hårdt"* (Interview med afdelingsleder, s. 5).
- *"De bliver trætte. De får hovedpine. De bliver syge"* (Ibid., s. 5).
- *"De snakker meget i krogene. De trækker sig væk fra borgeren. Og snakker om private ting"* (Ibid., s. 5).
- *"De kommer og siger, at jeg kan ikke rumme borgeren i mit hoved Og føler sig meget brugt"* (Ibid., s. 5f.).

Arbejdet med DPO er ikke kun udmattende og opslidende. DPO fremhæves også som fagligt udfordrende, udviklende og etisk "korrekt":

²¹ Jeg vil pointere, at der i kritikken af DPO som udmattende ikke indgår nogen intentioner om, at alt var bedre i "de gode gamle dage" før DPO, og at arbejde i den gamle plejekultur var mindre hårdt. Et aspekt, der bl.a. pointeres af Annemette Kaas, der karakteriserer omsorgsarbejdet før DPO, således: *"Det var også hårdt, og man blev helt død i sværet"* (Ibid. s. 6).

- I forbindelse med ansøgning til demenscentret Pilehuset fremhæver Anne Christoffersen om den personcentrerede omsorg, at det var derfor, at hun i tidernes morgen søgte til Demenscentret Pilehuset og i dag stadig arbejder her: *"Jeg finder det interessant og tænker endelig, er det nogen, som tager det her alvorligt"....."Og så blev jeg bidt af det og så blev jeg her"* (Interview med Anne Christoffersen, s. 3).
- "Blomsten" fremhæves som væsentlig for at kunne reflektere over egen faglighed: *"Det er helt klart for mig, at den kan bruges som refleksions metode Personligt og fagligt finder jeg det meningsfuldt"* (Interview med Anne Christoffersen, s. 3).
- Elisabeth Rydahl fortæller om DPO, når medarbejderne skal prøve refleksioner om arbejdet af i praksis: *"Ja de skal ud og prøve det af. Det er her, det bliver rigtigt spændende, når de kommer tilbage og siger, at de fik en god oplevelse ud af det"*.
- Annemette Kaas tager udgangspunkt i "den gamle måde" at arbejde på og fremhæver om DPO: *"... da er det her en stor forskel. Da kiggede vi ikke bagved på det enkelte menneske"* (Interview med afdelingsleder, s. 1).

Udtalelserne er valgt med henblik på at illustrere, at DPOs arbejde er udmattende og opslidende, og at det samtidigt kan være fagligt udviklende og udfordrende.

"Each human being is an artist"

Jeg anvender Lazzaratos (2004) artikel *"From Capital-Labour to Capital-Life"* for at analysere den skitserede dikotomi mellem udvikling og udmattelse. Lazzarato tager i artiklen udgangspunkt i en tese om det kreative arbejde, og herud fra analyserer han bl.a. arbejdsbegrebet, produktionen, samarbejdet og kommunikationen.

Lazzaratos fundamentale tese er: "Each human being is an artist" (Lazzarato: 2004, s. 225). Det handler jf. Lazzarato ikke om, at vi alle skal være maler eller skulptør eller musiker. Lazzaratos pointe er, at det kreative arbejde findes i alt arbejde: *"there is some latent creativity within each domain of human work"* (Ibid. s. 225). Med udgangspunkt i Lazzaratos tese vil jeg redegøre for tre af hans centrale begreber: relation mellem individ og organisation, arbejdets individualisering og kollektivisering samt arbejdets stadige forandring.

Lazzaratos peger på nye relationer mellem individ og organisation. Ifølge Lazzarato skal den moderne virksomhed skabe muligheder for, at medarbejderen kan realisere sig i arbejdet (Ibid. s. 192f.). Arbejdet har ændret karakter, og det handler ikke længere om den fysiske genstand, men derimod om en slags "a way of life". F.eks. når medarbejderen sælger et par

nike sko, sælger han ikke kun den fysiske sko, men i højere grad en sports- og streetkultur. Det er i forlængelse heraf ikke på forhånd defineret, hvad der er tilladt og ikke tilladt. Lazzarato peger på, at medarbejderen skal give organisationen udtryk, hvilket bl.a. sker ved, at organisationens udtryk absorberes, fortættes og ændres i medarbejderen, og hver gang sker det på en unik ny måde (Ibid. s. 192f.). Lazzarato peger på, at deri ligger arbejdets individualisering. Der er en flydende grænse mellem virksomhedens værdier og medarbejderens egen autonomi. Lazzarato anvender hertil udtrykket en monade; en monade er et subjekt som falder sammen med og ikke kan adskilles fra arbejdet.

Lazzarato fremhæver, at der i arbejdet ikke kun sker en individualisering. Han argumenterer for, at der sker en samtidig kollektivisering, idet medarbejderen skal være i stand til at koordinere sit arbejde med den øvrige organisation. Herom siger Lazzarato: *"And this is a double edged sword: on the one hand, it affirms workers' autonomy, indepenence and singularity (individual substance), on the other hand, it requires workers to belong to the organizational world, since this world is internal to the situation and conduct of the subject"* (Ibid. s. 194).

Det tredje aspekt jeg vil fremhæve handler om arbejdets forandring (Ibid. S. 193f.). Forandringen kommer ifølge Lazzarato ikke udefra, men forandringen ligger i selve arbejdet. Medarbejderen er i den sammenhæng ikke forandringsramt, men skal konstant være forandringsparat. Forandring kan derfor ikke undgås. Det bliver et vilkår, som skal ledes og organiseres. Og det er i forandringen, at medarbejderen viser sig som en del af organisationen.

Arbejdets kreativitet

Jeg vil i dette afsnit tage udgangspunkt i Lazzaratos grundlæggende tese om arbejdets kreativitet og analysere DPO i forhold hertil. Den gode demensomsorg handler ifølge DPO om, at borgeren med en demenssygdom får anerkendelse, sanselige oplevelser, mulighed for at slappe af, højdepunkter i dagligdagen etc. (Demenscentret Pilehuset: 2007, Velkommen, s. 47). Eller udtrykt med et ord i den personcentrerede terminologi - oplever en høj grad af velbefindende.

Hvorvidt borgeren opnår velbefindende afhænger af måden, medarbejderen indgår i relationen til borgeren på. Kreativitet er et aspekt i den forbindelse. Et eksempel herpå illustreres i "Blomster" metaforens sol. Medarbejderen skal være borgerens sol og stråle. Det sker bl.a., når medarbejderen (i relationen til borgeren) fester, skaber stemninger af

glæde, leger, er kreative og spontane, omfavner, stimulerer sanserne etc. (Demenscentret Pilehuset: 2007, Velkommen, s. 46). Et andet eksempel med indhold af kreativitet er arbejdskortene (se bilag 14). Med arbejdskortene tildeler medarbejderne hinanden forskellige roller. I rollen ligger de opgaver, som medarbejderen skal varetage. Forskellige roller kan være aktivitetstryller, gartner eller bagermesterservitrice. I førstnævnte rolle skal medarbejderen planlægge og strukturere fælles aktiviteter for de borgere, der har interesse for aktiviteten. Eksempler herpå er dans, "neglesalon" og historiefortælling.

Beskrivelsen af "Solen stråler" og arbejdskortene er eksempler på en kreativitet, som jeg vil betegne som konkret og praktisk. Arbejdet med DPO indeholder ikke kun de praktiske kreative aspekter. Arbejdet med DPO indeholder både muligheden for personlig udvikling og selvrealisering. Konkret fremhæves at arbejde med borgere med demenssygdom kan hjælpe medarbejderen med: *"... at vende tilbage til aspekter af vores tilværelse, der er så meget ældre i evolutionær forstand"*. (Demenscentret Pilehuset: 2007, velkommen, s. 16) Tilbagevendelsen skal sikre samklang i kroppen og bringe medarbejderen tættere på det instinktive liv (Ibid. s. 16). Viderefremhæves: *"at hvis vi våger os ud i det ægte åbne engagement, vil vi lære en hel del om os selv"* (Ibid. s. 16).

Læringen sker i relation med borgeren. I Demenscentret Pilehuset karakteriseres relationen mellem borger og medarbejder som et jeg – du forhold. Et jeg – du forhold er kendetegnet ved medarbejderens imødekommenhed over for borgeren, hvilket fordrer både selvafløsning og spontanitet (Demenscentret Pilehuset: 2007, Velkommen, s. 17). Bl.a. fremhæves, at medarbejderen skal stille sig åben for at lære af borgeren og udvise en: *"En parathed til en rejse ind i ukendt land"* (Ibid., s. 19). Rejsen til det ukendte land er medarbejderens rejse i egen indre verden med henblik på at forstå og udvikle sig selv (Ibid., s. 14).

Individualitet, identitet og integritet

I dette afsnit vil jeg analysere DPO, DCM og "Blomsten" med afsæt i Lazzaratos begreb som arbejdets individualisering.

I demenscentret Pilehuset fremhæves, at medarbejderen skal skabe muligheden for, at borgeren er og forbliver en person. I den forbindelse refereres til begrebet "Personhood". "Personhood" er: *"et særligt begreb i socialpsykologien, der ikke må forveksles med personlighed. At være en person er at have: en individualitet, en personlig identitet og integritet"* (Demenscentret Pilehuset: 2007, Velkommen, s. 14). Det sker ved, at medarbejderen tilbyder et personstyrkende omsorgsmiljø, der kan bidrage til at opfylde de fem social psyko-

logiske behov bl.a. behovet for identitet og tilknytning (erfaringer fra Demenscentret Pilehuset, s. 5).

Jeg vil fremhæve to aspekter ved at tilbyde et personstyrkende miljø. Den ene er, at omsorgsopgaven bliver vanskelig at afgrænse. Det andet er, at det fordrer engagement og indlevelse fra medarbejderen.

Et eksempel på den traditionelle omsorgsopgave er f.eks. at hjælpe borgeren i bad. Denne type opgave er kendetegnet ved, at den har et tydeligt start og slut tidspunkt. I DPO er det mere vanskeligt at afgrænse opgaven. Man kan spørge om, hvornår er behovet for identitet opfyldt?. Jeg spurgte om, hvornår arbejdsopgaven er løst i DPO. Svaret kom i kor fra afdelingslederne: *"ALDRIG"* (Interview med afdelingsleder, s. 6). Anne Christoffersen fortæller, at arbejdet slutter: *"I princippet når man går hjem ... og så starter det dagen efter"* (Interview med Anne Christoffersen, s. 2). Hun fremhævede i forlængelse heraf, at *"Det er så et problem, idet det kræver kompetencer mht. at takle, at arbejdet aldrig bliver færdig, og det er så medarbejdere, som ikke kan det"* (Ibid. s.2). Selv et midlertidig ophør fra arbejdet i form af pauser kan være vanskeligt. Anne Christoffersen siger om pauserne: *"jeg skal finde de tidspunkter, hvor borgerne ikke har så store behov"* (Ibid. s. 2). Pointen er, at DPOs arbejde i princippet aldrig hører op, og det er overladt til medarbejderne selv at definere grænsen for opgavens ophør.

Medarbejderens engagement, hengivenhed og glæde i relationen til borgeren er vigtigt, når et personstøttende miljø skal skabes. Lazzarato peger på, at medarbejderens egen autonomi udfordres, og at hun giver sig helt i arbejdet. Vibeke Drevsen Bach siger om arbejdet: *"Det handler om borgerens liv, så det er ikke kun et arbejde. Man træder så at sige ind i et andet menneskes liv"* ("Fem skarpe", s. 3). En andet eksempel er "Blomstens" 5 blade, der er samlet i et hjerte. Hjertet illustrerer den hengivenhed og kærlighed, som medarbejderen skal udvise. Vibeke Drevsen Bach argumenterer for, at man skal kunne trække sig ud af relationen igen: *"Man skal kunne lære at lukke af"* (Ibid. s. 3).

Borgerens sygdoms billede gør, at det at lukke af i relationen kan være vanskeligt. Elisabeth Rydahl fortæller, at *"... de borgere vi har, de er på hele tiden. Og de er der, og de tager fat i dig, og de henvender sig til dig. Og hvis du ikke giver dem omsorg og tryghed, som de har brug for, så er det, at de løber op og ned af gangen, går ud af dørene eller bliver udad reagerende"* (Interview med afd. leder, s. 6). Annemette Kaas fremhæver: *"..... det er svært at undvære nogen, og de er nød til at være der. Man skal hele tiden være tilstede"* (Ibid. s. 6).

Denne pointe nuancerer den tyske strategisk ansvarlige for DCM Christian Müller-Hergl. Han tilføjer to dilemmaer hertil. Det ene handler om at forstå borgeren med en demenssygdom, og det andet indebærer at skulle arbejde i både den gamle og nye omsorgskultur samtidig (Müller-Hergl: 2007, s. 4ff.). Med hensyn til at forstå borgeren fremhæves i DPO betydningen af at have en klar og præcis forståelse af borgeren med en demenssygdoms evner, ressourcer, smag, interesser, værdier og former for åndelighed (Demenscentret Pilehuset: 2007, Velkommen, s. 20). Christian Müller-Hergl pointe er, at det er umuligt at få denne form for forståelse for en borger med demenssygdom bl.a. pga. sygdomsbilledets kompleksitet (Ibid., s. 4ff.). I det andet aspekt fremhæves, at DPO ikke gør op med den gamle omsorgskultur. De to kulturer eksisterer side om side. Ifølge Christian Müller-Hergl er arbejdet i den gamle kultur kendetegnet ved at være højt standardiseret og struktureret. Den personcentrerede tilgang fordrer derimod en stor grad af åbenhed og fleksibilitet (Ibid. s. 4ff.).

Christian Müller-Hergl ser ikke nogen vej ud af det dobbelte dilemma. Han fremhæver derimod, at arbejdet i DPO stiller krav om en af sygeplejerskens kernekompetencer; evnen til at holde ud og ikke give op. Sygeplejersken skal holde ud i forsøget på, at forstå det, hun aldrig vil forstå. Hun skal videre være i stand til at skabe åbenhed og fleksibilitet i en standardiseret og struktureret dagligdag.

Selvledelse koordineres med andre selvledende

I dette afsnit vil jeg med udgangspunkt i Lazzarato betegnelse om arbejdets kollektivisering, drøfte DPOs arbejde.

Kirsten Venbjerg fortæller: *"Det jeg oplever er, at medarbejderne har deres egen dagsorden mht., hvad der skal ske i dag. Så glemmer vi, at vi også har et fællesskab, der skal hænge sammen. Jeg kunne lige tænke mig at lave syltetøj i dag!, men hvordan afstemmer vi opgaverne med hinanden"* (Interview med afdelingsleder, s. 7). *"Du faktisk burde have et tredje øje i nakken"* (Ibid., s. 7). I den sammenhæng refererer Kirsten Venbjerg til en situation, hvor hun vasker op med en borger og indgår i relation med denne, og samtidig skal have et øje rettet mod, hvad der foregår af andre aktiviteter i rummet.

Nævnte citater illustrerer, at medarbejderen, der arbejder personcentreret og som er bevidst herom ikke kun kan være tilstede i den relation til borgeren, hun er i. Samtidig skal hun hele tiden koordinere og afstemme relationen med omgivelserne. Hvordan går det med

kollegaer?, de andre borgere? Og i fællesskabet generelt?. Jeg vil fremhæve en pointe i forlængelse af de drøftelser, jeg havde om styring og selvstyring i sidste kapitel. Jeg påpegede tilstedeværelsen af sidstnævnte. En nuancering af denne pointe er, at selvstyringen både skal koordineres i forhold andre kollegaers selvstyring, og samtidig afstemmes i forhold til andre borgers velbefindende eller mangel derpå.

Og det er ikke altid let. Således fremhæver Elisabeth Rydahl et eksempel om at planlægge sine egne pauser, når man har brug for "et break". Så kommer kommentaren: *"Jammen! Du går også bare ud og ryger"... Og så kører de på hinanden"*. Kirsten Venbjerg betydningen af forskellige fagligheder: *"... Vi har meget tværfagligt personale ansat, og de ser forskelligt på, hvordan vi skal arbejde og møde borgeren. Og de skal også spille sammen"* (Ibid. s. 7). Pointen heri er, at den personcentrerede omsorgs behov for at afstemme relationen med fællesskabet kompliceres af medarbejderens tværfaglige sammensætning.

Når jeg tager udgangspunkt i Lazzaratos pointe om kollektivering som et element med betydning for, at arbejdet er udmattende, er det for at pege på, at medarbejderen skal kunne håndtere dette mulige modsætningsforhold. Personcentreret omsorgsarbejde bliver mere individuelt, idet fokus er rettet mod, hvad der sker i medarbejderens egen relation til borgeren. Modsætningsforhold består i, at det personcentrerede kun er muligt, såfremt det hele tiden bliver koordineret i forhold til kollegaernes arbejde og samtidig afstemt med andre borgers velbefindende. Koordineringen kan kompliceres af forskellige faglige syn på, hvorledes arbejdet skal udføres.

Arbejdets stadige forandring

Et tredje aspekt jeg vil fremhæve, og som kan bidrage til forståelsen af "udmattelsen" er, at det personcentrerede omsorgsarbejde er kendetegnet ved stadige forandringer.

Kirsten Venbjerg fortæller om det daglige arbejde: *"Vi bestemmer heller ikke, hvornår arbejdsbyrden er der"*. Og senere fremhæver hun, at *"Det man kan sige som er hårdt er, at vi som mennesker arbejder uden dagsorden. Du skal kunne agere i et rum på borgerens præmisser"* (Interview med afdelingsleder, s. 6). Anne Christoffersen fortæller, at: *"Du skal kunne arbejde under kaos"* (Interview med Anne Christoffersen, s. 4).

Arbejdstilsynet påpeger ved sidste besøg arbejdets belastning bl.a. fremhæves: *"Når nogle beboere ikke vil op, kan man have gang i flere beboere samtidig, og skal måske huske at gå ind igen senere for at ordne seng, fylde op med vaske klude"*. (Demenscentret Pilehuset:

2007, tilbagemelding, s. 3) Demenscentret Pilehusets svar hertil er: *"Dette hører med til arbejdet!"* (Ibid. s. 3). Jeg vil fremhæve, at det er forudsætningen i det personcentrede arbejde, at de daglige rutiner ikke bestemmer, hvornår borgeren skal op, i bad, spise etc.

Udtalelserne illustrerer, at forandring ikke er noget som kommer udefra. Forandringen er ikke af midlertidig karakter. Den kan ikke overstås ved at foretage en intern tilpasning til ydre forventninger. Forandringen er blevet et vilkår i det daglige arbejde. Derfor skal medarbejderne være forandringsparate, og evnen hertil bliver en deres vigtigste ressourcer.

Lazzarato taler om den permanente undtagelsestilstand. Men det er jf. Lazzarato ikke nok med at være forandringsparat. Det er i forandringen, at medarbejderen skal vise sig som en del af organisationen: *"Det er i udviklingen, at medarbejderen skal udtrykke sit engagement" ... "Medarbejderen skal ikke kun gøre det af strategiske årsager, dvs. en prædefineret måde at forholde sig til sit arbejde – men skal ville, føle og nyde det"* (Undervisningsnoter: "Ledelse i det moderne arbejdsliv – perspektivering, s. 9).

De "rigtige" holdninger

Det sidste aspekt jeg vil drøfte i dette kapitel, omhandler betydningen af at have de rigtige holdninger.

Kitwood fremhæver at: *"holdninger er i mange henseender af afgørende"* (Kitwood: 2006, s. 120). Og han fremhæver om medarbejderen: *"det er ikke bare et spørgsmål om kvalifikationer på papiret samt erfaring. Det er også et spørgsmål om deres potentiale for at udvikle sig under arbejdet"* (Ibid. s. 120).

I Demenscentret Pilehuset materiale om DCM og "Blomsten" kan læses: *"... Personens udtryk fortæller os, hvorvidt vor adfærd, færdigheder, handlemønstre, menneskesyn – måder at være tilstede på i den relation – er personstøttende, eller trænger til et "eftersyn" og evt. "lugning i ukrudt"* (Demenscentret Pilehuset: 2007, velkommen, s. 43). Interviewene illustrerer en bevidsthed om betydningen af de rigtige holdninger bl.a. nævnes: *"Vi bliver nød til at lære vort personale, at de skal se ind på borgerne på en anden måde"* (Interview med afdelingsleder, s. 3). I interviewene fremhæves også, at det bør have konsekvenser, såfremt "lugningen i ens personlige ukrudt" ikke er tilstrækkeligt: *"Jeg vil sige – sådanne kan vi faktisk ikke ha' i vort hus. Den måde jeg siger er meget skrap. Det er helt tydeligt"* (Interview med afdelingsleder, s. 4)

Et "eftersyn" og evt. "lugning i ukrudt" af adfærd, færdigheder og menneskesyn indeholder en grænse i forhold til, hvor meget pres, der kan lægges på medarbejderen, således at hun får den rette motivation, ansvarlighed og i sidste ende selvregulering. Ole Fogh Kirkebye anvender begrebet intimteknologi. Intimteknologier kan være værdiledelse, tillidspraksis, informationsdeling, anerkendelse, situeret feedback og ledelsesbaseret coaching. Intimteknologier bliver anvendt, når ledelsesopgaven handler om at kunne lede dem, der skal lede sig selv. Det er aktuelt, når medarbejderen ikke kan få manualer og præcise ordrer for sit virke, men er tvunget til at eksperimentere og improvisere. En intimteknologi er en ledelsesform, der bygger på uddelegering af ansvar og kompetencer, og at medarbejderen er rede til at lede sig selv. (Kirkebye: 2005, s. 4ff.).

Ole Fogh Kirkebye skriver således: *"Ligesom i bordellerne i Sankt Pauli og Amsterdam, hvor man kan åbne et par små luger i en væg og beføle den ønskede, prostitueredes bryster med henblik på en vurdering af varen, på samme måde kan coaching åbne et par julekalender-luger i den coachedes forside. Så kan lederen føle efter, hvor meget commitment-sul, der er på sjælen. Lad os håbe, at han kan få hånden ud igen"* (Kirkebye: 2006, s. 10).

Ole Fog Kirkebye peger på, hvorledes lederen skal håndtere dialogen. Den første angår evnen til at lede sig selv i dialogen med andre. Vi må lære at lytte på den rigtige måde, og at svare på den rigtige måde. Den anden angår evnen til at læse begivenheden som den præsenteres gennem de andres gestus. Den tredje kræver evnen til at skabe den lyttende om ved at konfrontere ham med sig selv, og selv at være rede til at lade sig forandre af denne proces. (Kirkebye: 2005, s. 3ff.).

Jeg har ikke i min empiri eller mit eget kendskab til Demenscentret Pilehuset kunnet konstatere, at de krav Ole Fogh Kirkebys fremhæver eller andre med hensyn til ledernes håndtering af DCM og "Blomsten", som intimteknologier har været på dagsordenen i Demenscentret Pilehuset. Lederinterviewet afspejler et ledelsesdilemma mellem en bevidsthed om, at der er grænser for, hvor meget "lugning" og "eftersyn" medarbejderne skal udsættes for, og at der samtidig er nødvendigt at ændre holdning. På den side fremhæves *"Nogle af os er i stand til at kigge ned i den rygsæk og ændre os... Nogen af os tør heller ikke ... Vi har ikke det mod. Og jeg tror heller ikke, at det er mangel på viden"* (Interview med afdelingsleder, s. 4). På den anden side fremhæves, at *"Er du så lukket, at du ikke kan tage nyt ind, så kan du ikke være her længere"* (Ibid. s. 4).

Jeg er ikke i stand til at konkludere, hvorledes lederne håndterer den etiske grænse. Jeg kan kun påpege dilemmaet, og i forlængelse heraf vil jeg pege på tre forhold, der gør det yderligere kompliceret.

Det ene aspekt vedrører arbejdets organisering, idet lederen er distanceret fra medarbejderen i det daglige og personale juraen. Annemette Kaas fremhæver herom: *"Vi har en prøvetid på tre måneder, og det er for kort tid, hvis vi ikke er sammen vi går jo som ledere ikke med den pågældende – det gør kollegaerne"* (Interview med afdelingsleder, s. 4).

Et andet aspekt omhandler rekruttering. I tids og handleplanen til Arbejdstilsynet opsummeres personalesituationen således: *"... hen over sommeren har der manglet medarbejdere, dels på grund af ferie afvikling og dels på grund af nyåbning af de to nye enheder og dels er det generelt svært at få kvalificerede medarbejdere"*. (Demenscentret Pilehuset: 2007, tids og handleplan, s. 2).

Endeligt vil jeg fremhæve betydningen af "medarbejdere med særlige behov". Hertil vil jeg fremhæve, at denne gruppe medarbejdere ikke bør eller skal udsættes for "lugning i eget ukrudt". Charlotte Agger fremhæver i sin konklusioner, at der er en gruppe medarbejdere med særlige behov på plejehjemmene: *"Det er medarbejdere med en kort uddannelse, og at disse medarbejdere antages at komme fra de social lag i samfundet, hver der er større sandsynlighed for sociale problemstillinger"* (Agger: 2004, s. 82). Videre fremhæves at det ligger i kulturen, at man kan bringe sine problemer med ind på arbejde: *"Hvis du har glæder eller sorger, der hjemme er det naturligt, at du fortæller om dem på din arbejde"* (Ibid., s. 83).

Opsummering, refleksion og handling

Jeg har i dette kapitel analyseret en række utilsigtede hændelser ved DCM og "Blomsten". Jeg pegede på, at DPO er et tveægget sværd, hvor udmattelse følger i hælene på kreativiteten. Jeg pegede på betydningen af, at medarbejderen kan begrænse arbejdes omfang, begrænse sit engagement, afstemme sit arbejde i forhold til kollegaer fra både egen og andre faggrupper og håndtere arbejdets stadige forandring. Afsluttende fremhævede jeg, at der er en etisk grænse for brugen af DCM og "Blomsten" i forhold til det pres, der kan lægges på medarbejderne for at ændre deres holdninger og syn på borgerne.

Fra nærhed til distance

Jeg har i kapitlet anvendt Lazzaratos begreber om individualisering, kollektivering og stadig forandring. Jeg vil fremhæve, at Lazzaratos artikel hverken er skrevet ud fra en forståelse for styringsteknologier eller den offentlige sektor. I artiklen beskrives en række overordnede samfundsmæssige tendenser i kapitalismens og arbejdets udvikling. Tendenserne er polariseret i en skelnen mellem, hvad Lazzarato i overskriften karakteriserer som en udvikling fra "*capital-labour*" til "*capital-life*" eller i sin franske version "*Les Révolutions du Capitalisme*". Jeg vil betegne Lazzaratos tese, teori og begreber som et relevant grundlag for at foretage en analyse af nærhedens problemstillinger om DPOs utilsigtede virkninger i Demenscentret Pilehuset. Jeg vil videre pege på, at selvom Lazzaratos ledelsesteoretiske begreber er abstrakte giver de ikke kun et godt afsæt for analysen. Enkelte aspekter kan desuden bruges til at nuancere forståelsen for DPOs utilsigtede hændelsen i Demenscentret Pilehuset.

Når det er påpeget, vil jeg samtidig fremhæve, at Lazzaratos begreber også er generelle og abstrakte. I den forbindelse kan jeg rette den samme kritik mod Lazzarato, som jeg har rettet i andre kapitler, hvor jeg påpeger, at vejen fra nærhed til distance bliver lang. Begreber som individualisering, kollektivering eller en monade er ikke præcise nok til at analysere nærhedens kompleksitet.

Og tilbage igen

Jeg har i afsnittet analyseret DCM og "Blomstens" utilsigtede hændelser. Jeg vil inspireret af Nielsen (1993) karakteriserer de utilsigtede hændelser som fy fænomener (Nielsen: 1993, s. 57 ff.). Fy fænomener er sjældent sat på den officielle dagsorden, idet de er ubehagelige at snakke om. Fy fænomener er på den anden side vigtige, fordi de ofte er på den uofficielle dagsorden f.eks. på to mands hånd, i kantinen eller derhjemme. Eksempler på fy fænomener er bitterhed, kærlighed, magtkampe og mistillid.

Havde jeg skrevet disse linjer for to måneder siden, havde min anvisning været at bringe fy fænomenerne på den officielle dagsorden. Aspekter af fy fænomenerne er kommet på dagsordenen, idet besøg fra Arbejdstilsynet har resulteret i krav om udarbejdelse af en tids- og handleplan for det psykiske arbejdsmiljø. Nogle af Fy fænomenerne er ad den vej kommet på den officielle dagsorden og det er sket i regi af sikkerhedsorganisationen i Demenscentret Pilehuset. Der er allerede peget på en række løsninger i form af frokoststue, pausepolitik, massageordning, annoncering, undervisning af pårørende, daglige opsamlingsmøde, mere supervision suppleret med en klinisk del. Der er desuden hentet

hjælp fra eksterne konsulenter, og opfølgning i form af spørgeskema undersøgelser er allerede planlagt (Demenscentret Pilehuset: 2007, tids og handleplan, s. 3f.).

Jeg mener, at initiativerne i udgangspunktet er positive, og de skal have en chance. Alligevel vil jeg tillade mig at knytte en kritisk kommentar til løsningsforslagene. Betragter jeg løsningerne i Røviks symbolske optik, vil jeg fremhæve, at massage, supervision og eksterne konsulenter er organisationsopskrifter, som afspejler tidens og institutionernes tro på effektivitet, modernisering og fornuft. Jeg vil derfor afsluttende udtrykke en bekymring for, at en forståelse for dikotomien mellem kreativitet og udmattelse i DPOs arbejde ikke i tilstrækkelig grad afspejler løsningerne.

Kapitel 8: Konklusion og perspektivering

Hensigten med dette kapitel er, at samle opgavens væsentligste konklusioner om DCM og "Blomstens" muligheder og begrænsninger for styring og i kølvandet herpå at perspektivere masterens teorianvendelse og konklusioner.

Konklusion

Masterens første spørgsmål omhandler, hvorfor DCM og "Blomsten" kommer til Demenscentret Pilehuset? DCM kommer til Demenscentret Pilehuset i 2000, og "Blomsten" udvikles i 2004 - 05. De væsentligste argumenter for at organisationsopskriften DCM "rejser" til Demenscentret Pilehuset er, at dens fokus på kerneydelsen giver mulighed for at sikre og dokumentere omsorgens kvalitet, bidrage til medarbejdernes kompetenceudvikling, udvikle et nyt værdigrundlag og skabe et fælles sprog. "Blomsten" udvikles primært med henblik for at understøtte DCM.

Jeg analyserede argumenterne ud fra Røviks perspektiver om organisationsopskrifter forstået som værktøj, symbol og identitet. I en værktøjsoptik kan jeg konkludere, at DCM kommer til Demenscentret Pilehuset ud fra en tro på, at DCM giver et systematisk grundlag for at sikre og udvikle bedre kvalitet i demensomsorgen. "Blomsten" udvikles for at forbedre supervision og feedback i Demenscentret Pilehuset samt Demensteamets undervisning om DPO.

DCM og "Blomsten" som symbolik har betydning for at sikre legitimitet i forhold til bl.a. pårørende, forvaltning og politikere. Aspekter som kvalitetsudvikling, værdier og kompetenceudvikling gør, at organisationsopskrifterne i Røviks symbol perspektiv fremstår som en naturlig opskrift, der kan bidrage til at løse tidens universelle problemer. Jeg rettede en kritik mod Røvik for dels at være for generel, dels ikke at kunne forklare Demenscentret Pilehusets ambition om, at ville være "de bedste". Jeg pegede på, at Tolbert & Zuckers begreb "early adoptors" kunne bidrage med forståelse herfor.

Identitetsskabelse har betydning for, hvorfor DCM kommer til Demenscentret Pilehuset. Indførelsen af DCM indeholder både differentiering og imitation. Demenscentret Pilehuset markerer ved indførelsen af DCM afstand generelt i forhold til, hvad der karakteriseres som den gamle plejekultur og specifikt i forhold til sin anden halvdel fra fusionen i 2003 plejecentret Birkebo. Imitationen er ikke en specifik anden organisation, men derimod

elementer hentet fra socialpsykiatrien bl.a. bo miljøer og tværfagligt personale. Ellers er imitationen teoretisk forankret i Tom Kitwoods teorier om den personcentrerede omsorg.

Ildsjælen er vigtigt for at forstå, hvorfor DCM indføres og "Blomsten" udvikles. Demenscentret Pilehuset forstander Charlotte Agger er en af disse. Jeg fremhævede, at ildsjælenes altruisme og egne ambitioner har betydning. Jeg pointerede betydningen af den forståelse, som institutionelle entreprenører kan bidrage med, idet Røvik i sine tre perspektiver ikke kan bidrage med en sådan forståelse.

Masterens anden spørgsmål omhandlede hvordan DCM og "Blomsten" kom ind i organisationen og blev implementeret? Jeg perspektiverede forståelsen herfor i to ny institutionelle begreber isomorfisme og dekobling.

Samspillet mellem mimetisk, normativ og tvangsmæssigt isomorfisme har betydning for DCM og "Blomstens" implementering. DCM er en kopi, og den er vanskeligt at ændre kravene om bl.a. uddannelse og certificering. Jeg fremhævede, at demensområdets usikkerhed qua den beskedne grad af institutionalisering må formodes at have betydning den mimetiske isomorfi. Jeg konkluderer, at normative isomorfe kræfter som kompetenceløft, introduktion, supervision, feedback og en tværfaglig medarbejdersammensætning har betydning for DCM og "Blomstens" implementering. Tvangsmæssige tiltag understøtter de normative kræfter, idet tiltagene gøres obligatoriske for samtlige medarbejderne.

Samspillet af de tre isomorfe kræfter i SUF spiller ligeledes en rolle for implementeringen af DCM og "Blomsten". Jeg påpegede, at de primært understøtter de tvangsmæssige, normative og mimetiske kræfter i Demenscentret Pilehuset, idet de isomorfe kræfter i Pilehuset både er mere detaljerede og udbredte. Jeg påpegede betydningen af tvangsmæssig isomorfisme i form af SUFs markeringen af, at omsorg i demenscentrene skal udøves på et personcentreret grundlag, og at samtlige medarbejdere i demenscentrene skal "kompetenceløftes". Jeg fremhævede, at politikker og redegørelse på demensområdet primært er af normativ karakter.

Jeg viste, at der i kølvandet på styringsteknologiernes implementering både følger og udvikles et stort antal af ceremonier og symboler i Demenscentret Pilehuset. De bidrager til at markere Demenscentret Pilehuset som et fagligt flagskib. Antallet af ceremonier og symboler stiger, samtidig som der kun i beskednen grad bliver mappet og stort set ikke bliver givet feedback. Det betyder, at effekten af kvalitetssikring og kompetenceudvikling mindskes, hvilket illustrerer tendenser til dekobling. I Demenscentret Pilehuset tages en

række initiativer bl.a. i form af en anden organisering af DCM for at rette op herpå. Jeg konstaterede, at der i dag både bliver mappet og givet feedback. Dekobling er stadig af betydning qua et beskedent fremmøde til feedback. Jeg redegjorde for, at der desuden er taget en række andre initiativer med henblik på at skabe overensstemmelse mellem den eksterne legitimitet og interne effektivitet bl.a. ved indførelse af introdage og temadage. Desuden påpegede jeg, at "Blomsten" kan forstås som et initiativ for at undgå dekobling.

Jeg kan konkludere at meningsskabelse ind ad til i Demenscentret Pilehuset i forhold til medarbejderne har betydning for forståelsen af, hvordan DCM og "Blomsten" implementeres. De ny institutionelle nøglebegreber giver ikke nogen forklaringskraft hertil. I den forbindelse inddrog jeg K.E. Weick begreb "sensemaking". Jeg pegede på begrebets relevans, fordi blikket er rettet ind i demenscentret Pilehuset og fordi demensområdet generelt og Demenscentret Pilehuset specifikt er kendetegnet ved beskednen grad af institutionalisering.

Det tredje spørgsmål jeg stillede var, hvilke styringsforskelle og roller DCM og "Blomsten" afsætter? I analysen heraf lagde jeg et kritisk teknologisk perspektiv. I et kritisk teknologisk perspektiv er konklusionen, at den personcentrerede omsorg bringer styringsforskellen til Demenscentret Pilehuset om, at omsorg skal udføres på et personcentreret i stedet for et sygdomsorienteret grundlag. Jeg kan konkludere, at styringen med indførelsen af styringsforskellen begrænses. Styringens begrænsning består i, at fokus på somatiske og helbreds-mæssige forhold nedtones, mens styring i stedet rettes mod opfyldelse af de fem grundlæggende social psykologiske behov, som DPO fremhæver.

Jeg påpegede, at DPO giver forståelse for sygdom og somatik, men ingen handlekraft. Jeg konstaterede, at styringens begrænsning ikke alene skal forklares af styringsforskellen. En ændret tværfaglig medarbejdersammensætning har også betydning. I forlængelse heraf gjorde jeg opmærksom på det paradoks, der ligger i, at nye botilbud og ændrede behov hos borgerne fordrer netop handlinger i forhold til de sygdomsorienterede og somatiske forhold.

Jeg kan videre konkludere, at der i kølvandet på DCM og "Blomsten" følger en række andre styringsteknologier og dermed en række andre styringsforskelle. Jeg kan ikke konstatere, om de fulgte som følge af styringens begrænsning. Konsekvensen er, at styringens entydighed ophæves. Jeg fremhævede, at jeg i Demenscentret Pilehuset kunne se tendenser til at styringens entydighed ophørte. Jeg beskrev, at styringens mange foci fordrer en række bevidste og ubevidste fravalg i dagligdagen, hvilket efterlader et behov for, at der blev fulgt op på disse i form af en samlet status.

DCM og "Blomsten" fører en række nye rolle til Demenscentret Pilehuset. Jeg fremhævede tre: rollen som kvalitetssikre, kvalitetsudvikler og værdiformidlere. Rollen som kvalitetssikrer betyder at retten til at definere omsorgens kvalitet fjernes fra relationen mellem borger og medarbejder. På den ene side fremhæves en bekymring og et ubehag ved, at blive opdaget i at gøre noget forkert. På den anden side fremhæves det positive ved at få en anden vurdering af, hvordan arbejdet udføres. Jeg fremhævede, at andre forfattere havde mere kritiske konklusioner herom bl.a., at omsorgsrollen tømmes for omsorg, og at det eksterne blik betød at organisationen lukkede sig. Kvalitetsudviklerens rolle får ikke den betydning, som den er tillagt både i SUF og Demenscentret Pilehuset pga. af de dekoblings aspekter, jeg fremhævede ud fra dette institutionelle nøglebegrebs forståelse. Den tredje rolle omhandler den række værdiformidlere som skal formidle DPO værdier med henblik på at sikre, at medarbejderen opnår ejerskab til DPO universelle værdier.

Opgavens fjerde spørgsmål er, hvilke utilsigtede hændelser følger med DCM og "Blomsten"?. I analysen anvendte jeg Lazzaratos perspektiver og grundlæggende tese om arbejdets kreativitet. Den personcentrerede omsorg både indebærer og forudsætter, at medarbejderen udfolder sin kreativitet eller i "Blomsten" terminologien "stråler som en sol". Det indeholder konkrete aspekter som at planlægge og arrangere aktiviteter. Desuden giver arbejdet med DPO mulighed for personligt at udvikle sig. I DPO fremhæves betydningen af at sikre samklang i kroppen og bringe en tættere på det instinktive liv.

DPO er et tveægget sværd. Udmattelse følger med kreativiteten. Med afsæt i Lazzaratos begreber om individualisering, kollektivering og forandring perspektiverede jeg udmattelsen. Jeg kan konkludere, at DPO gør omsorgsopgaven mindre konkret, og fordrer både stort engagement og indlevelse. Et aspekt ved DPO er at tilbyde et personstyrkende omsorgsmiljø. Den opgave har ikke et defineret start og slut tidspunkt – i princippet ophører omsorgsopgaven aldrig. Jeg påpegede Christians Müllers Hergls pointe – om at "holde ud". "Holde ud" i forsøget på at forstå borgeren med en demenssygdom, hvilket ikke er muligt. "Holde ud" i bestræbelserne på at forene to forskellige omsorgskulturer, den ene kendetegnet ved høj grad af standardisering, den anden kendetegnet ved høj grad af fleksibilitet.

Jeg kan konkludere, at arbejdet på grundlag af DPO fordrer, at medarbejderen skal kunne håndtere et evt. modsætningsforhold mellem relationen til borgeren og fællesskabet. Modsætningsforholdet består i, at arbejdet bliver mere individuelt, idet det handler om at sikre borgerens individualitet, identitet og integritet. Samtidig skal arbejdet i relation til den enkelte borger hele tiden koordineres i forhold til andre kollegaers arbejde og andre borgers

velbefindende. Afstemningen kompliceres af forskellige faglige syn på, hvorledes arbejdet skal udføres. DPO er desuden kendetegnet ved arbejdets stadige forandring. Medarbejderen skal være forandringsparate, idet forandringen ligger i selve arbejdet.

Afsluttende drøftede jeg DCM og "Blomsten" som intimteknologier. Jeg fremhævede betydning af, at lederen kan håndtere en etisk grænsen i forhold til det pres, der lægges på at sikre, at medarbejderne har de rigtige holdninger. Jeg kan ikke konkludere noget herom - blot påpege dilemmaet. Jeg påpegede videre, at dilemmaet forstærkes af, at det generelt er vanskeligt at vurdere om man har de rette holdninger, at lederen i det daglige arbejde ikke er sammen med medarbejderne, at der er rekrutteringsproblemer, og at der er medarbejdere med særlige behov.

Perspektivering

I masterens sidste to afsnit vil jeg perspektivere teorianvendelsen og opgavens konklusioner.

Fra nærhed til distance

Dette afsnit indeholder en refleksion og kommentar om teorianvendelsen. Den konkrete teorianvendelse vil ikke blive kommenteret, idet den er drøftet i de enkelte kapitler. Jeg vil i stedet træde et skridt tilbage og fremhæve tre aspekter: teori som perspektiv, afstanden mellem nærhed og distance, samt brugen af nye begreber.

Jeg har i masteren inspireret af Andersen et. al. arbejdet med teori som perspektiv. Udgangspunktet herfor er, at teorien tilbyder perspektiver, der gør det muligt at iagttage. Forskellige perspektiver vil give forskellige iagttagelser. Jeg vil hævde, at jeg er blevet mere bevidst om, hvilke muligheder det giver i en analyse. Jeg vil gå skridtet videre og fremhæve, at perspektivforståelse desuden er interessant og praktisk anvendeligt i en daglig ledelses kontekst. Jeg fremhæve, at jeg i forbindelse med analysen er blevet mere bevidst om, hvorledes forskellige perspektiver kan bidrage med forskellige viden. Forskellig viden kan føre til forskellige konklusioner, der igen resulterer i forskellige handlinger.

Dette vil jeg illustrere med et eksempel fra masterens konklusioner. Jeg konkluderer i et institutionel perspektiv med fokus på dekobling, at dekoblingen skal bremses, og DCM og "Blomstens" muligheder for kvalitetssikring og kompetenceudvikling skal udnyttes. I en kritisk teknologisk optik med forståelse for styringsforskelle konkluderer jeg, at omfanget af styringens mange foci er problematisk. Jeg fremhæver betydningen af at begrænse omfanget af styringsforskelle og dermed antallet af styringsteknologier. Afsluttende

konkluderer jeg ud fra det perspektiv Fogh Kirkebye tilbyder, at DCM og "Blomsten" har paralleller til intimteknologier. Jeg påpeger en etisk grænse ved deres brug, og jeg stiller spørgsmål ved, om de bør anvendes i styringen.

Forskellige blikke giver forskellige handlinger. Det afspejler den kompleksitet, som lederen skal håndtere. Jeg vil for at illustrere kompleksiteten fremhæve, at konklusionen i dekoblings perspektiv peger på mere styring, mens konklusionen i styringsforskellens kritisk teknologiske perspektiv peger på mindre styring. Jeg vil fremhæve betydningen af dels at være bevidst om at vælge flere perspektiver, dels at være kritisk i valg af perspektiv.

Jeg tog udgangspunkt i nærheden. Jeg er blevet mere opmærksom på, at nærhedens kompleksitet kun til en vis grad kan indfanges af abstrakte teoretiske begreber. Jeg må konstatere, at flere af de teorier jeg anvender "kun" giver et afsæt til en beskrivelse af nærhedens kompleksitet. Jeg har fået forståelse for, at afstanden afhænger af, hvilke teorier eller teoretiske begreber, der anvendes som optik. Jeg vil hævde, at jeg er blevet mere opmærksom på, hvor og hvordan de teoretiske begreber er udviklet, og om de kan anvendes i en anden kontekst.

Til sidst vil jeg knytte en kort kommentar til de begreber, jeg har anvendt. Jeg har fået skærpet min kritiske opmærksomhed i forhold til, hvorledes nye begreber konstant byder sig til. I denne master fremhæver jeg bl.a. Røviks institutionaliserede organisationsopskrifter, Rowan & Meyers dekobling, Andersens et. al.s styringens ustyrlighed og Lazzaratos monade. Jeg er blevet bevidst om, at nye begreber kan rejse flere nye spørgsmål, end de kan besvare, hvorved de ikke bidrager til afklaring ! Jeg vil pointere, at jeg fremover vil være en anelse mere ydmyg med brugen nye begreber – selvom de er velklingende og lyder godt. Jeg vil videre skærpe mit kritiske blik, når nye koncepter fremover byder sig til.

Og tilbage igen

Jeg har gennem opgaven analyseret en række sammenhænge med hensyn til DCM og "Blomstens" muligheder og begrænsninger for styring. Jeg har været gennem en kompleksitet, hvor jeg startede med at drøfte DCM og "Blomsten" i forhold til at være fagligt flagskib og "De bedste", symboler og dekoblet, via styringens begrænsning og opløsning af entydighed, endte med jeg med udmattelse og etiske grænser for deres anvendelse. Jeg har i forlængelse af perspektiverne drøftet mulige handlingsanvisninger.

Jeg har gennem kompleksiteten stødt på problemstillinger og perspektiver, som jeg har berørt perifert og droppet igen, idet de lå uden for de perspektiver, jeg iagttog. Jeg vil i

denne afsluttende perspektivering af opgavens konklusioner, rette opmærksomheden mod et af de perspektiver, som flere gange er blevet slået an. Det omhandler betydningen af kompetencer. Perspektivet illustrerer en af de blinde pletter, som mine valg og perspektiveringer ikke har været i stand til at belyse.

Jeg vil pege på, at betydningen af kompetencer flere gange direkte og indirekte er kommet i fokus gennem analysen. Det vedrører både medarbejderens og lederens kompetencer. Jeg har bl.a. redegjort for, at det ledelsesmæssigt er svært at håndtere den etiske grænse mht. til et holdningsskrift, vælge perspektiv og anvende styringsteknologier. DPOs polarisering mellem kreativitet og udmattelse illustrerer, hvilke ressourcer medarbejdere og ledere skal have. Jeg er i forlængelse heraf blevet optaget af, hvilken forståelse et kompetence perspektiv kan bidrage med. Og hvilken rolle kompetencer kan spille i forbindelse med, at nogle ledere og medarbejdere fokuserer på kreativitetens muligheder, medens andre fokuserer på arbejdets udmattelse.

Et kompetence perspektiv kunne belyse samspillet mellem tre aspekter. Det ene omhandler, hvilke kompetencer DCM og "Blomsten" fordrer, når medarbejderen skal yde omsorg på et personcentreret grundlag. Det andet er, hvilke kompetencer medarbejdere og ledere har i sundheds- og omsorgssektoren generelt og Demenscentret Pilehuset specifikt har. Det tredje omhandler, hvilke kompetencer den lange række af kurser, uddannelser, supervisioner som SUF og Demenscentret Pilehuset tilbyder kan bidrage med.

Et kompetenceperspektiv kunne sætte fokus på, om der er samsvar mellem de kompetencer DPO fordrer, medarbejdernes og ledernes kompetencer og de muligheder for kompetenceløft, som tilbydes i regi af SUF og Demenscentret Pilehuset. En af de forfattere som har fokus på kompetencer er Nordhaug²². Nordhaug karakteriserer kompetencer i forskellige niveauer og grader, hvoraf en er metakompetencen (Agger: 2006, s. 59). Metakompetencer omhandler ændringsparathed, sociale færdigheder, evnen til at håndtere usikkerhed og kreativitet. Jeg ser heri nogle af de aspekter, jeg drøftede i analysen af utilsigtede hændelser. Fokus på metakompetencen kan være en blandt flere indgange til en analyse af kompetencer.

Arbejdstilsynet har været på besøg i Demenscentret Pilehuset. Jeg refererede hertil i analysen. I et kompetenceperspektiv illustrerer denne undersøgelse flere problematikker. Jeg nævner bl.a. i analysen at dele af den kritik, der rettes mod den psykiske belastning ved arbejdets udførelse samtidig er en kritik af grundlaget for personcentrerede omsorg.

²² Odd Nordhaug, *Strategisk kompetanseledelse : Teori og praksis*

Jeg vil ikke underkende betydningen af hverken det psykiske arbejdsmiljø eller Arbejdstilsynets fokus herpå. Min pointe er, at den samtidig indirekte retter en kritik mod DPOs grundlag som årsag til et dårligt psykisk arbejdsmiljø. Det kan illustrere en problemstilling, der muligvis er af en anden dimension end, hvad en afstemning mellem de kompetencer som DPO fordrer, medarbejdernes og de nævnte uddannelser i regi af Demenscentret Pilehuset og SUF kan indebære. Jeg er her blevet optaget om, der er et fundamental modsætningsforhold mellem det abstraktions niveau DPO fordrer og de meget konkrete arbejdsopgaver, der er forbundet med opfyldelse af de basale omsorgsbehov.

Jeg tænker her på om det er muligt at rekruttere de medarbejdere, der kan håndtere DPOs krav om indlevelse, engagement, selvrealisering og evne til at arbejde med egen udvikling og egne holdninger og som samtidig vil arbejde med de konkrete basale omsorgsopgaver som personlig hygiejne. Er dette ikke tilfældet, er det en mulighed for, - i overført betydning - at sætte sig mellem to stole. Med dette mener jeg, at Demenscentret Pilehuset på den ene rekrutterer medarbejdere ud fra forventninger om DPOs kreativitet, men som kan ende med ikke at få sine forventninger opfyldt pga. de konkrete basale omsorgsbehov og -opgaver, der skal opfyldes og udføres. På den anden side er det gruppen af medarbejdere, som er uddannet til og som arbejder med de basale omsorgsbehov, og som med DPO "tvinges til" at deltage i at arbejde med egne holdninger, refleksion, personlig udvikling etc..

Har jeg ret i, at der eksistere et grundlæggende dilemma mellem den gamle plejekultur og den nye omsorgskultur, og medarbejdernes forskellige kompetencer, vil jeg pege på, at det kan blive nødvendigt at redefinere DPO i Demenscentret Pilehuset – og i forlængelse heraf DPO i forhold til kravene om udvikling af medarbejdernes kompetencer.

I forlængelse heraf vil jeg pege på et andet aspekt, som jeg analysere med hensyn til, hvordan DCM kommer til Pilehuset. Jeg fremhævede her betydningen af de normative isomorfe kræfter i forbindelse med at udøve omsorg på et tværfagligt grundlag, hvor ansættelse af medarbejdere med terapeutisk og pædagogisk baggrund var væsentligt. I de normative isomorfe kræfter ligger implicit en styrkelse af fagligheden - hvor medarbejder med f.eks både bachelor- og kandidatbaggrund i højere grad skulle arbejde i demensomsorgen. Den faktiske situation i 2008 er kendetegnet ved at rekruttering af faglært arbejdskraft til sundheds- og omsorgssektoren generelt og Demenscentret Pilehuset specifikt er vanskeligt.

Jeg vil her pege på, at afstanden mellem nærheden og distancen er stor. Og jeg vil i forlængelse heraf rejse spørgsmålet om nærheden kan honorere de krav som DPO fordrer. Jeg berører perifert i masteren at fokus på kompetencer, uddannelse og erfaring kan være vanskeligt opretholde i rekrutteringen, når der grundlæggende og til næste week-end er for "få hænder". Det illustrer et modsætningsforhold mellem både Demenscentret Pilehuset og den personcentrerede omsorgs vægtning af øget faglighed og personlig egnethed, og de faktiske muligheder for rekruttering. I dagligdagen giver dette bl.a. udslag i ansættelse af ufaglærte og brug af vikarer fra vikarbureauerne. Rekrutteringen er ikke kun en udfordring i Pilehuset, men en af sundheds- og omsorgssektorens store udfordringer i 2008 velfærds Danmark. Og heri ligger bl.a. det at håndtere stadig højere grad af løst og midlertidige tilknyttede medarbejdere. I den forbindelse vil jeg pege på, at dette aspekt ligeledes kan indgå i en evt. redefinering af DPO i Demenscentret Pilehuset.

Jeg vil afsluttende pointere, at perspektiveringen af opgavens konklusioner har været rettet mod kompetencer og i forlængelse heraf rekruttering, hvilket har illustreret en af masterens blinde pletter. Det har været mit valg, men det har været et valg i konkurrence med andre perspektiver:

- Det ene er et økonomisk perspektiv. Jeg er gennem analysen blevet stadig mere bevidst om, at DCM og "Blomsten" har haft og stadig har en række transaktionsomkostninger. Jeg er blevet optaget af, hvilket forståelse et sådant perspektiv vil give. DPO og DCMs transaktionsomkostningerne har ikke været på dagsordenen i Demenscentret Pilehuset.
- Det andet er et diskursperspektiv. Et diskursperspektiv kan give en forståelse for, hvordan meningsfortolkning kan ske i et afgrænset felt og der igennem analysere, hvilke diskurser DCM og "Blomsten" italesætter og i forlængelse heraf om, der er flere, og i hvilken grad de evt. kan eksistere sammen.

Litteraturliste

Bøger, artikler mv.:

Agger Charlotte & Bonde, Eva, *Kvalitetssikring af omsorg for svage ældre, Schultz Grafik*, 2004.

Agger, C., Pade, S., Philip, O, Skovgaard, N., *Fusion af Birkebo og Pilehuset, - fra forvaltningsbeslutning til fælles kultur*, CBS, MPA kernefagsopgave, 2004

Agger, Charlotte, *omsorgsyder og nyder*, MPA, CBS, 2005

Andersen, Niels Åkerstrøm og Thygesen, Niels Thyge, *Styrings af styringsværktøjer*, i Nordisk Administrativt Tidsskrift, 1/2004, 85 årgang, 2004

Benington, J., Hartley, J, Nielsen, JC Ry, Notten, T, *Creating mpa programmes for public leaders and managers in europe*, 2007

Bonde, Eva & Holst, Claus, *Demenscentret Pilehuset, en evaluering af de først tre år*, 2003

Brooker, Dawn and Surr, Claire, *Dementia Care Mapping: Principles and practice*, University of Bradford, UK, 2005.

Dimaggio & Powell (1983) *Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields*.

Demenscentret Pilehuset, *Velkommen*, 2007

Drevsen, Vibeke Bach, *Præsentation af Tom Kitwoods personcentrerede pleje- og omsorgskultur til mennesker med demens*, powerpoint præsentation, Demenscentret Pilehuset, 2006.

Dissing, Ole, *"Om ledelse af netværk"*, 2007

Frimor, Henrik, *Konditionering af sociale styringsteknologiers handlerum*, CBS, 2002 i Kompendium: Strategi og ændringer, 2007

Jensen, T. Elgaard, *Aktør-netværksteori*, 2005

Meyer & Rowan (1977) *Institutionalized Organisations: Formal Structure as Myth and Ceremony* .

Kirkebye, Ole Fogh, *Coaching for Madonnaer eller ludere?*, in LPF nyt om ledelse temanummer om "Ledelse i det moderne arbejdsliv, nr. 2 s. 10-11, 2006

Kitwood, Tom: *En revurdering af demens – personen kommer i første række*, 1. udgave, 3 oplag, Munksgaard, 2006.

Københavns Kommune: *LBN*, december 2006.

Københavns Kommune, Sundhedsforvaltningen, *Indstilling til en styrket indsats på demensområdet*, 1998.

- Københavns Kommune, Sundhedsforvaltningen, *Demenspolitik for Københavns Kommune*, 2003.
- Københavns Kommune, Sundhedsforvaltningen, *Redegørelse om Demens*, 2003
- Københavns Kommune, Sundhedsforvaltningen, *Handleplaner for udmøntning af Københavns Kommunes Demenspolitik*, 2004.
- Københavns Kommune, Sundhedsforvaltningen, *Kvalitetsudvikling i Sundhedsforvaltningen*, 2004.
- Københavns Kommune, Sundhedsforvaltningen, *International handlingsplan for 2007-2009*, 2007.
- Müller-Hergl, Christian, *The role of the 'trusted stranger' in DCM feedback*, Journal of Dementia Care, 12 (2) 18-19, 2004
- Müller-Hergl, Christian, *Personcentred care in practice*, Institute for Science in nursing, 2007
- Lazzarato, Maurizio, *From Capital-labor to Capital-life*, i Ephemera volume 4(3): 187-208, 2004.
- Nielsen, J.C. Ry & Ry, Morten, *Anderledes tanker om Leavitt – en klassiker i ny belysning*, Nyt fra Samfundsvidenskaberne, København, 2002.
- Nielsen, J.C. Ry & Repstad, Pål, *Fra nærhed til afstand – og tilbage igen. Om å analysere sin egen organisasjon*, Nyt fra Samfundsvidenskaberne, 1993.
- Røvik, Kjell Arne, *Moderne organisationer – Trender i organisasjonstenkingen ved tusinårsskiftet*, Fagbokforlaget, N-Bergen, 2005
- Selanick. Philip, *TVA and the Grass Roots*, 1949
- Tangkjær, Christian, *De mange ledelsessværktøjer: Hvor ligger ledelsens muligheder?* I Nordisk Administrativt Tidsskrift 1/2005, 86. årgang, 2005
- Thomsen, J. P. Frølund, *Introduktion til magt*, Hans Reitzels Forlag, 2005.
- Weick, K.E. & Sutcliffe, *Managing the Unexpected*, 2001

Demenscentret Pilehuset: Referater, Præsentation, Notater mv.

- Demenscentret Pilehuset, *DCM erfagrupper*, kommissorium, 2006.
- Demenscentret Pilehuset, *Erfaringer og refleksioner fra Pilehuset*, 2007.
- Demenscentret Pilehuset, *Gæstebog*, 2007
- Demenscentret Pilehuset, *Intromappen*, intern introduktionsprogram, 2007.
- Demenscentret Pilehuset, *Ledertemadage 07*, referat af, 2007.
- Demenscentret Pilehuset, *Ledertemadage 06*, referat af, 2006.

Demenscentret Pilehuset, *Tids og handleplan*, 2007.

Demenscentret Pilehuset, *Tilbage melding*, 2007

Undervisningsnoter MPA, CBS:

Ledelse i det moderne arbejdsliv, *Perspektivering*, 14/05/2007

Organisation, *Organisation og Institution*, 05/09/2006

Pedersen, Dorte: note om institutionel teori, 2006

Strategi & ændringer, *Teori som perspektiv*, 09/02/2007

Elektroniske kilder (www):

www.demenscentret-pilehuset.dk

www.demensdagene.dk

www.leksikon.org - opslag: altruisme

Screen print af de enkelte sider er vedlagt på CD ROM

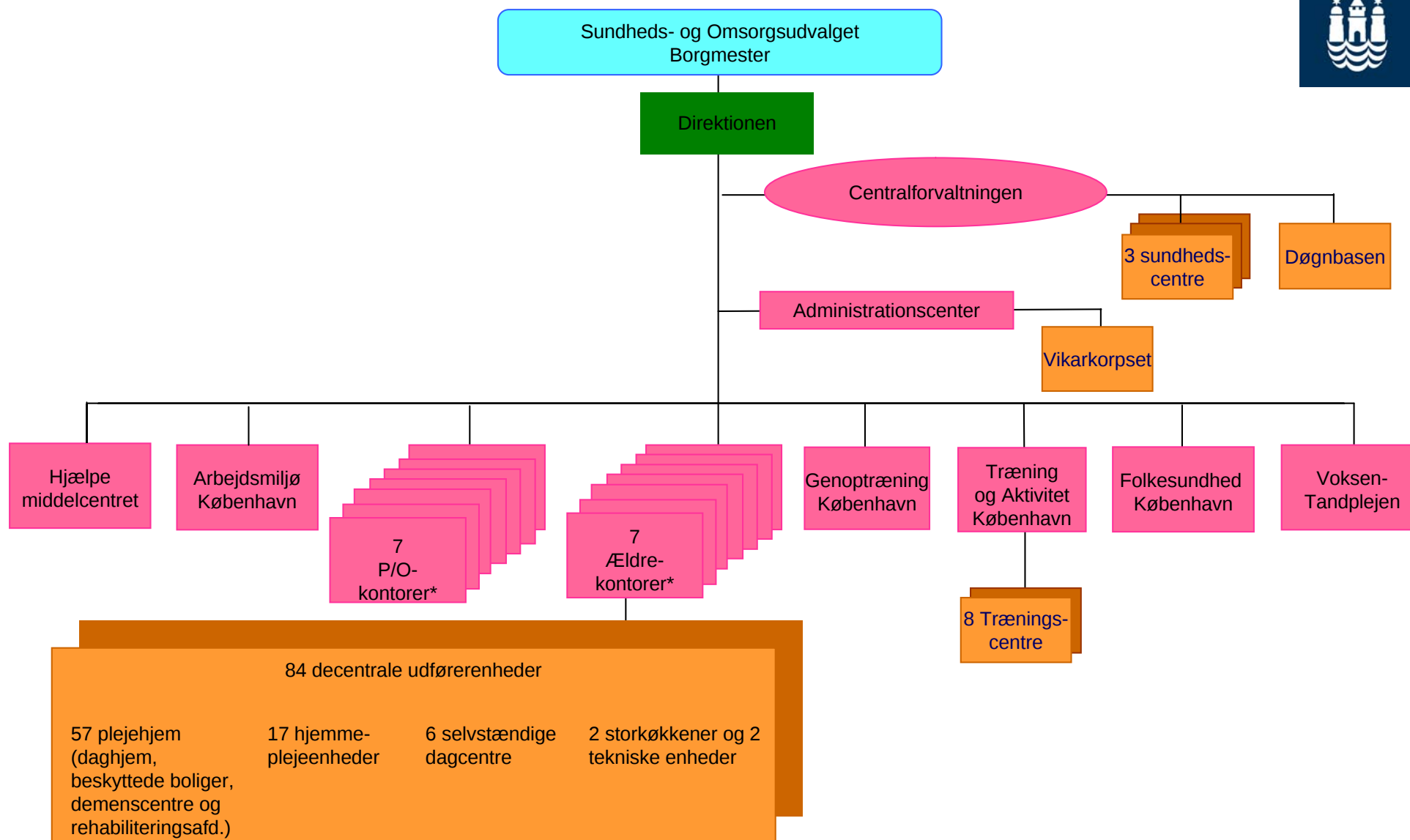
Rational choice er en stærk aktørorienteret orienteret tilgang, hvor individuelle aktørers rationelle egennytte- maksimerende adfærd reformuleres på et nyinstitutionelt grundlag. Belønninger og valgmuligheder afhænger af de institutionelle rammer, der danner rammerne omkring aktørerne.

Historisk institutionalisme tager udgangspunkt i en kritik af rationalismen og både udvider og udbreder institutionsbegrebet. De historiske institutionalister mener, at institutionel forandring sker, når aktører opfatter, at det er i deres politiske eller økonomiske interesse at forandre. Individet træffer her aldrig beslutninger, som enkeltstående individer, men er kontekstuel baseret. Det omhandler, hvorledes betingelserne for at træffe rationelle beslutninger ændres, muliggøres og begrænses.

Organisatorisk/sociologisk institutionalisme fokuserer på, hvordan beslutninger opledes og accepteres, hvilke værdier og forventninger, der er knyttet hertil. Centralt er begreberne mening, meningsdannelse og kulturens betydning i den institutionelle ramme. Som en følge heraf drives institutionel forandring af en logik baseret på det passende frem for det instrumentelle. Et aspekt i den organisatoriske /sociologiske institutionalisme er, at tilsynecomsten af nye modeller, der er passende for politisk, organisatorisk eller økonomiske forandring vil stimulere institutionel forandring.

Diskursiv institutionalisme omhandler primært, hvordan institutioner konstitueres, indrammes og transformeres gennem konfrontation af nye og gamle diskursive strukturer.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningens organisation



* Amager Ældrekontor og P/O kontor har fælles leder i en tre-årig forsøgsperiode

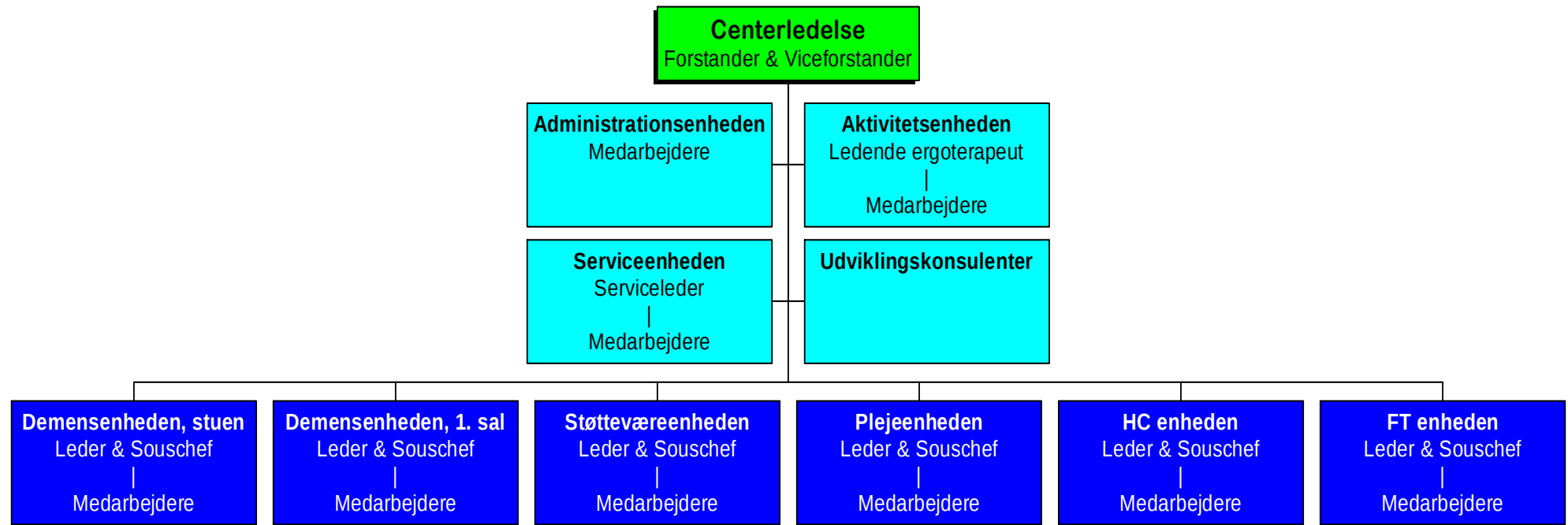
April 2007



Januar 2004



Organisation



\

Demensteamet er organisatorisk tilknyttet Demenscentret Pilehuset, men deres tilbud er til alle enheder under Sundheds- og omsorgsforvaltningen i Københavns Kommune.

Centerledelse

Primære funktioner

Støttefunktioner

Interview med Charlotte Agger, Forstander, 2006/12/14

- *Fordi vi har talt med Eva om den lange historie hvor hun også har krediteret dig for din rolle i det, så har vi tænkt at vi vil starte med Pilehuset, og se hvor er vi og hvordan kommer DCM ind i Pilehuset og hvad er din rolle i det? Det ved jeg ikke om du vil fortælle lidt om?*

Jo! Øh! Man kan sige det kommer ind i Pilehuset jo allerede da den politiske beslutning ligger og bliver formuleret, hvor man skal anvende 10 mio. til hjemmeboende elementer. Man havde faktisk ikke vidst det var Pilehuset det skulle være i, men det sted det skulle være var det blevet formuleret ind som en sætning, at man skal anvende den nyeste viden indenfor området, og man skal anvende DCM som en kvalitetssikringsmetode.

- *Det er historisk fordi du, Eva og forvaltningen har siddet og været optaget af DCM på det tidspunkt?*

Historien, hvis man skal kigge på forhistorien, er jeg ansat på sundhedsforvaltningen, som faglig konsulent i forhold til de skæve områder i forvaltningen, som man kalder det. Der får man altid ny litteratur ind som man skal forholde sig til når man er konsulent, og det er faktisk den her bog, det er den originale bog, den første bog, vi går ind. Jeg kigger på den herhjemme og så når jeg slår op i den så tænker man: Hold kæft man, der er jo slet ingen billeder og der er rigtigt mange små bogstaver, og dybest set ser den relativt kedelig ud. Så tænker jeg, ah, den kan jeg da læse en anden dag hvor jeg har rigtig god tid. Så får jeg alligevel slæbt den med og kigger lidt i den, og så er jeg halvanden dag om at læse den. Og man kan se det er en bog der er meget brugt, fra min side, og der er rigtigt mange streger i, fordi den kunne sætte teori på det jeg havde før, da jeg havde været ansat ude i plejehjemssektoren. Jeg synes det var fuldstændigt rigtigt fundament at starte på. I denne her bog står der så noget om DCM, fordi det er faktisk ikke nævnt, det er ikke med i denne her bog, der er ikke nogen beskrivelse af det. Så bliver jeg nysgerrig på, hvad er det for noget, så har sundhedsforvaltningen et samarbejde med DANLÆ som Eva er ansat, hvor vi har lavet andre ting sammen, et EU-projekt bl.a.. Hun kan heller ikke rigtigt finde ud af hvor det kommer fra, så vi går ind og søger på nettet, og Kirstine Svale, har lavet en bog der hedder "hverdagslivet", hvor hun har brugt lidt af det, og vi kontakter hende, men hun kan heller ikke redegøre for, hvor kan man læse om det og hvordan er metoden? Så viser det sig at man kun få indblik i metoden, hvis man er så sød at rejse til England, og tage en uddannelse, fordi det er fuldstændigt lukket land og de holder kortene meget tæt til kroppen. Vi er så optaget af det, Lars Bo er meget åbensindet og synes det er en god ide vi rejser derover. Så viser det sig at det ikke er nok med en gang, man skal derover flere gange og det er en længere proces, men i og med de har den her kvalitetssikringspulje inde i sundhedsforvaltningen, så blev det faktisk muligt at Eva og jeg kunne tage den her uddannelse fuldt oppe i England med støtte fra den her kvalitetssikringspulje.

- *Den historie hørte vi fra Eva, den er jo rigtigt spændende, det viser jo virkelig hvordan i brændte for tingene og tog fat i det. Så tænker jeg når det kommer til at stå i papirerne om den politiske indstilling, så handler det om at i som nogle ildsjæle har set den her metode, og vælger at skrive den ind. Det er jer der sidder i forvaltningen, dig og Lars Bo osv.. Så der er nogle personer der bærer den ind på den måde?*

Man kan sige jeg har et perspektiv, mit perspektiv er meget det at være ude hos de gamle og kunne se. Eller min mission dengang, det jeg blev tændt af den gang, er, at det ikke er lige meget hvad man gør, for det har jeg jo erfaret. Der var nogle der var gode til det, og så var der nogle der simpelthen var så dårlige til det. De gange jeg ser de demente der havde været ude for så meget magtanvendelse, på rigtigt mange fronter, og jeg kunne se de fik det rigtigt dårligt, så det var min pointe, hvor man kan sige Evas, som er psykolog og sådan mere forskerorienteret, hendes var mere den der metode i det. Så vores vinkler var jo forskellige på den måde.

- *Så det var et supplement til hinanden på den måde?*

Ja!

- *Nu er du i et hus hvor DCM findes, hvad er det så du synes DCM gør? Hvad synes du det kan bruges til?*

DCM kan bruges til at man sætter kerneydelsen ind i en teoretisk ramme. At man simpelthen har en metode, en ledestjerne, som viser vejen. Det er ikke lige meget hvad vi gør. Den giver begrundelser i forhold til borgerne og deres pårørende, begrundelse til personale, der viser vejen med, hvis man skal have undervisning eller anden faglig udvikling, så ligger den i det her rum, ikke herover på den her side. Der ligger også begrundelser i forhold til det ledelsesniveau der ligger over, at det vejer meget tungere når man kan komme og sige man gør tingene fordi det og det, og det virker på den og den måde, der er ikke bare noget vi mener og så i morgen er der en der mener noget andet. Den giver en eller anden stringens og det at holde fast i målet hele tiden. Pointen er at det virker, fordi hvis nu det ikke virker er det meget svært at komme igennem, hvis borgerne blev rigtig dårlige af det. Men det giver værdi til medarbejderne at man kan faktisk kan gå ind og se at deres faglige betyder noget. Så det ikke kommer til at handle om det personlige domæne, om en er en særligt rar medarbejder eller den anden er noget andet, vi snakker noget fagligt, så vi faktisk hæver os på det niveau.

- *Så det er faglighed den styrer, holdning og sprog, faglighed omkring borgeren og medarbejderen?*

Ja så det tvinger os til at sætte kerneydelsen i fokus, og ikke begynder at koncentrere os om alt det der ligger udenom, fordi når man snakker ind i den her sektor, er der meget lidt hvor man kan gå ind direkte og måle på kerneydelsen, vi kan måle på alt muligt andet; vi kan måle på sygefravær, vi kan måle på hvor mange der kommer ind til borgeren og alt muligt andet. Men at måle selve kerneydelsen og kvaliteten af den, det er der ikke rigtig nogle metoder der tilbyder pt. udover den her.

- *Så du ser det simpelthen som et styringsværktøj blandt andre styringsværktøjer, men det styringsværktøj der egentlig er det centrale omkring det faglige ved kerneydelsen, hvor det andet det mere er ude i periferien?*

Det er ude i periferien, vi kan måle på normeringer og om de får ydelsen eller ej. Men hvordan de får den er der ikke rigtig nogen måleredskaber og metoder til endnu!

- *Er det vigtigt det der med at det er målbart at man sætter nogle tal på, at det sådan bliver det der rationale, er det det der er med til at skabe legitimitet eller er det noget andet?*

Man kan sige, at det der bliver synligt er, via man laver det om til talværdier, nogle arbitrære enheder, det kan også være farven gul, blå eller rød eller et eller andet. Men det gør det usynligt for medarbejderne, hvordan har borgeren det og hvordan var jeg, hvordan havde de det da de var i relation med dig, og hvor kan vi rykke hen. Hvad er alternativet? Udover talværdierne er der også andre indikatorer der gør det. Jeg har før været med til at man videofilmer plejesituationer, og hvis man går ind i det, bliver det sådan meget at pege fingre. Se hvor du lige gjorde noget forkert der, prøv at se hvor borgeren fik det dårligt. Der går personalet vældigt let i baglås og det kan man ikke rigtig rykke på fordi de føler sig meget krænket og det er sådan meget pågående at se en video hvor det går rigtig tosset for sig.

- *Man bliver udstillet på en anden måde?*

Ja! Men det her er på en eller anden måde meget operationelt, det er til at forholde sig til, vi vil godt have at et til bliver til tre, og hvordan gør vi så det?

- *Hvad så opad til når du taler med ledere forvaltning og politikere? Er det der også det der er det betydningsfulde eller hvordan er det?*

De besøg vi har når vi har politikere på besøg, de elsker jo det at man kan måle på det, det taler jo lige ind i hjertet på dem. Fordi de jo er ude og høre og se på rigtig mange plejehjem og hører alle de store hjerter banke. Men her hvis man kan bevise på et stykke papir at borgerne har det så godt og det får det så godt bagefter, det er noget de kan forholde sig til.

- *Så det er godt til at skabe legitimitet udadtil og faktisk har du også sagt indadtil fordi det også er for medarbejderne. Hvad med de pårørende er de optaget af det?*

De pårørende er optaget af det der ligger inde i metoden, nu holder vi jo nogle pårørendemøder, hvor vi fortæller om den her metode også og fortæller om det der ligger inde i det. Det er ikke mere end en uge eller ti dage siden vi havde et pårørendemøde. De var som smør, hvis man kan sige det, fordi det talte lige ind i hjertet på dem. De ville glæde sig til, vi skal lave nogle rapporter de får at se hvor vi mapper hver borger. Det der er inde i metoden er jo så godt, det smager så godt for alle og det virker så rigtigt, alle kan forholde sig til det. Selvfølgelig er det det vi skal gå efter og det vi skal have mere af. Det er noget der taler ind i folk.

- *Hvordan ser du DCM sådan her i organisationen sådan fremadrettet? Er det sådan en bølge der vokser eller er det sådan ligesom andre styringsværktøjer sådan cyklusser så ryger det ud på et tidspunkt eller?*

Jeg tror simpelthen at det bliver mere og mere forankret, og så tror jeg man besmitte omgivelserne med den. Det er en metode og tilgang der slår rødder, og det er fordi den har en konsistens og den har en rød tråd. Så jeg tror den vil være den bærende del, det kan godt være at man kan finde nogle afstikkere eller afdække nogle flere områder af den, fordi man kan sige i forhold til sådan den har været i England, har den nogle mangler i forhold til tilbagemeldingsdelen, altså feedback delen. De har jo typisk været optaget af det rent metodiske. Er man ude og observere, og hvad når de observerer det samme, at der ikke er sådan fejl metodisk i det. Men hvordan kommer man derfra og så får folk til at ændre adfærd? Det er det der det springende punkt i den her metode og det er det der skal arbejdes rigtigt meget med, hvordan skaber man en organisation som kan gøre det her. *Så man ikke bare har indført det, men er noget man arbejder videre ind i det?*

Ja det er ikke bare sådan noget man går og siger at her man kun kransekager og så har man også brunkager. Den er forankret dybt og man arbejder ud fra den.

- *Så hvis du skulle se nogle ting der fremmer eller hæmmer DCM i Pilehuset hvad er det så? Nu siger du noget med forankring her og feedback, det er noget der skal til for at fremme det, men er der nogle hæmmere i forhold til at det er det i skulle arbejde videre med?*

Man kan selvfølgelig gå ind på forskellige niveauer, altså der kunne jo komme en politisk dagsorden der var helt anderledes, eller der kunne komme en anden smart konsulent ind i sundhedsforvaltningen som havde fået en ny ide, selvom jeg tror det er meget svært.

- *Men der kunne på den måde være noget udefra?*

Det kunne være nogen udefra. Så kunne der være modstand nede i selve det her lag, de her forstanderinder eller dem der har demenscentre, hvis de siger det kan vi godt lave på en anden måde, eller det er helt overflødigt eller et eller andet. Så er der jo kamp nede i det her felt og så er der så inde i selve den her organisation. Det er jo selvfølgelig hvis medarbejderne de ikke rykker på det, der ikke bliver skabt organisatorisk plads til det, at vi ikke har en person til at varetage de her ting. At der kommer alt for mange andre udefra så man ikke kan holde det her væk. Man kunne sige hvis man indførte bom, så ville det være svært, så ville man gå ind og kigge på nogle andre parametre men jeg tror bom er død så det tager vi det roligt med.

- *Simpelthen fordi at der så ikke ville være lagt ressourcer ind til det her arbejde?*

Nej så vil jeg sige at man ville blive visiteret på lige vilkår med andre borgere, dvs. at man blev visiteret ind i nogle andre kvalitetsstandards, man kan sige at det her er jo ens slags for kvalitetsstandards som kigger på noget helt andet end de andre kvalitetsstandards og så får man penge til at løse den her opgave, ja så løser man altså ikke den her opgave. Altså så bliver det et helt nyt fundament, men det er jo sådan noget der kommer ovenfra.

Så kan man sige hvis der ikke er ledelsesmæssig parring, men det er også det jeg vil sige, hvis der ikke er på tværs af organisationerne eller de her demenscentre, hvis deres ledelser ikke kan få det til

at køre og der ikke er en leder til at tage læsset, så kan, jamen det er ikke hende der skal stå med fanen og sige: det er den her vej venner og det er sådan flaget ser ud.

- *Nu har i også valgt at ansætte en udviklingskonsulent, som jeg også opfatter det, også arbejder meget ind omkring det her. På den måde er der vel også noget med hvordan man skaber forankring, i forhold til om man kan fastholde det eller?*

Ja man kan sige det er et krav fra forvaltningens side at demenscentre har en udviklingskonsulent der varetager det her, det er bare ikke alle der har forstået det. Det er fordi vi har lavet et håndslag med forvaltningen der hed: ikke bom til demensområdet, for det egner det sig ikke til. Til gengæld lover vi det her, og vi lover DCM, og vi har en udviklingskonsulent der servicerer personalet, og det står også i den politiske indstilling.

- *Så det er simpelthen en forhandling?*

Ja det er et forhandlingsspil der har været.

- *Så DCM har på det her område overrulet bogmodellen og skabt legitimitet?*

Ja!

- *Så er det jo faktisk et temmelig stærkt styringsværktøj opad til?*

Ja men det er også fordi jeg tror der er mere frit spil i det der hedder de svære områder, fordi det er så svært at løse de her problemer og der er ikke så meget viden på det område, så hvis der er nogen der fagligt kan komme igennem med et eller andet, så får de en større legitimitet, fordi andre ikke kan klare opgaven. Alle vil gøre alt, betale alt for at slippe for vedkommende, kom og løs mine problemer! Fordi hvis det havde været inde for det normale område, var det aldrig gået. Man skal se at det ligger tæt til psykiatri og det er svært, så det er en grundforudsætning.

- *Da vi snakkede med Eva var det ret tydeligt at demensbegrebet har ændret sig en hel del de sidste ti år og den måde man betragter på nu er anderledes en tidligere og DCM passer godt ind i det som den betragtningsmode, den socialpsykologiske måde at kigge på det på. Men samtidig forstår jeg også at der indenfor demens området kommer flere specialområder ind, som i også har nogen af, hvordan passer DCM til de der specialdiagnoser indenfor demens?*

I grundformen passer det ok ind. Så kan der være nogle etiske dilemmaer i forhold til borgerne. Det er metoder hvor vi går ud fra at borgerne ikke kan svare for sig selv, så vi observerer på hvordan de har det. Der hvor vandende skiller, er hvornår vi kan tale med borgerne om det og hvornår kan vi sidde og observerer fordi de ikke kan deltage i det. De to specialgrupper vi har, der har den ene gruppe jo vældigt meget snak og hukommelse langt hen, de bliver helt optaget af det og kommer og siger; hvad laver du og hvad blev jeg? Der bliver de for optaget af det. Vi har nogen der på nogle områder er meget velfungerende og på andre områder slår deres sygdomme meget igennem. Men nede i vores frontale område, der kan man sagtens bruge dem der.

- *Så det vil være lidt forskelligt afhængigt af hvad er det er for et sygdomsbillede?*

Ja eller hvor de er i deres sygdom og så har de der etiske overvejelser også. Men altså selvom borgeren er meget optaget af det, kan man godt få noget frem tror jeg, jeg har selv siddet derovre og mappet. Jeg mappede i 1 time og et kvarter og jeg fik så mange vigtige informationer i forholdene, relationen og medarbejdere og hvordan de havde det. Så det kan man sagtens vil jeg mene.

- *Er der slet ikke nogen farer ved DCM? Jeg tænker i forhold til at være grænseoverskridende i forhold til personalet og medarbejder, især i forhold til personalet?*

Når du tænker grænser hvad tænker du så?

Hvor er det personlige i forhold til det faglige?

Hmm, prøv at sige noget mere?

- *Ja altså jeg tænker når vi går på arbejde så er det med en faglighed, og det er sådan en grænse mellem det private og faglige. Og jeg tænker når jeg læser jeres rapport så synes jeg man er meget inde i det personlige felt i forhold til personalet. Jeg synes det handler om*

hvordan man ser sin egen død, hvordan man er i stand til at vise glæde, altså nogle områder jeg tænker hører mere hjemme i det personlige?

Ja ok. Det du taler om der det er, i forhold til Tom... siger, der er nogle grundproblemstillinger i det her felt, som kan stå i vejen for at man kan være til stede, altså stille sig selv psykologisk til rådighed. Det er det han går ind i og det er bl.a. uarbejdede tanker og følelser omkring hvad sker der når jeg bliver gammel, og hvad sker der når jeg dør, som fjerner opmærksomheden mellem medarbejderen og borgeren. Man kan sige det er ikke meget anderledes end at arbejde på en kræftafdeling, der har personalet fuldstændigt de samme grundvilkår, at hvis de er meget bange for at se dig få kræft, eller er på en kræftafdeling hvor der er børn, det er jo vældigt smertefuldt, at hvis de ikke får tilbudt noget (23:52?)... og noget hjælp til at bearbejde de her ting eller finde ud af hvornår står de her i vejen når jeg løser opgaven. Jeg mener det er på samme måde det er på det her felt, og det har det her felt ikke været opmærksom på, altså vi skal bare passe gamle mennesker og det kan alle. Det er jo sådan det har været. Prøv at se på de uddannelser der bliver tilbudt i området, det er kvinder som ikke har gået særligt længe i skole og måske ikke har kunnet blive til særligt meget andet, så kunne de altid blive so...hjælpere, og den gængse holdning i samfundet er at alle kvinder har et omsorgen, så det må det også kunne være her i plejehjemmene.

- *Ja fordi når jeg spørger så er det fordi jeg tænker: hvad gør DCM ved en organisation og den må gøre noget ved nogen på mange niveauer?*

Ja selvfølgelig gør den noget ved os, altså den bevidst gør jo ting, og skaber de medarbejdere, der kan reflektere, og det er det faktisk handler om at kunne reflektere over, hvad gør jeg? Hvordan træder jeg ud i den her verden? De vokser jo og gennemgår en personlig udvikling, så vil alle medarbejdere der er ude af stand til det der af forskellige blokeringer, der er sådan nogle medarbejdere vi må sige farvel til. Banen er kridtet op her, vi arbejder indenfor det her felt, har du en anden rigtigt god ide, det må du meget gerne have, det bliver bare ikke her!

- *Og du tror i kan blive ved med at rekruttere medarbejdere på langt sigt?*

Ja, det tror jeg. Men det er også fordi vi går ind og rekrutterer andre grupper. Dybest set er jeg ikke så optaget af grunduddannelsen. Jeg er optaget af man skal have nogle års uddannelse, for det har jo noget at gøre med ens evne til at tilegne sig viden og forskellige ting, men vi må gå ind og se på om der er en grundforudsætning til stede. Jeg kunne godt tænke mig at man rent faktisk kunne få en psykolog til at gå ind og teste dem og finde ud af, jamen er de i stand til at arbejde i den relation med et andet menneske, fordi demens har nogle ...flader til psykiatri, altså der sker virkelig noget. Bare det at forholde sig til når de slår ud efter mig, jamen så er det ikke mig de vil slå, eller når der er en seksuel tilnærmelse, de tager mig på babserne, så er det fordi de babser bare var der og det har intet med dig at gøre, det kunne ligeså godt være en kaffekande. Hvis personalet begynder at lave en kobling mellem at det er mig og det er seksuelt så går der kage i al ting. Det er jo typisk personer der har noget liggende inden bagved som ikke er på plads, eller har nogle tidligere oplevelser som de ikke har fået bearbejdet på en rigtig måde.

- *Så da du startede med at sige at DCM sætter fagligheden i centrum, så er det ikke den faglige faglighed, det er den relationelle faglighed, den relationelle del af personligheden der er central for at arbejde med DCM, i højere grad end det er fagligt! Er det rigtigt hørt?*

Nu kommer det an på hvordan man definerer faglighed jo! Fordi hvad vil faglighed sige? Vi er i et omsorgsfelt, dvs. vores faglighed er beskrevet, den måde vi er i relationen til en anden på. Det vil jeg beskrive som fagligheden. Når det andet kommer ind, det personlige, dvs. når jeg begynder ikke at kunne stille mig til rådighed, så bliver det personlige plan, men det har det her ikke noget med at gøre. Så der vil jeg skille det fagligt, dvs. at jeg personligt har styr på mig selv så jeg derved vil kalde det faglige i spil. Jeg sidder ikke og synes borgeren synes det skal være godt det jeg laver og rose mig, fordi det har jeg brug fordi jeg ikke fik ros da jeg var lille, sådan et banalt eksempel.

Nej jeg kan være i relation med borgeren hvor jeg kan rose borgeren og gør det fordi jeg ved de vokser af det, og ved at anerkendelse gør at de føler sig mere sikre, det er at arbejde med fagligheden.

- *Så det er ikke en fag faglighed på den måde, men en omsorgsfaglighed som DCM?*

JA en relationel reflekteret faglighed der bliver stillet til rådighed. Men når han går ind de der grundvilkår det er det han siger, kan stå i vejen for det og man skal være opmærksom på. For at det ikke kommer til, altså der er folk der kan blive rigtig meget i sig selv, men alligevel kan de blive tricket på et ubevidst plan, at det også er årsagen til at man har Og man kan tilbyde medarbejderne at man kan høre på dem, lytte til dem, anerkende dem.

- *Hvis vi så lige skal vende tilbage til det der med hvad der kan fremme og hæmme DCM i organisationen, tænker jeg, ud fra noget af det du har sagt her, er det så rigtigt at noget af det der kan hæmme DCM arbejdet i virkeligheden meget er medarbejderdelen den personlige del! Udover alle de der, for nu tænker jeg hvis vi er inde i organisationen, eller vil man altid have mulighed for at arbejde med det? Jeg tænker, hvis i ikke har overskud til at lave supervision nok i en periode?*

Jamen det skal der bare være! Der må jeg jo træde i karakter og sige, men det skal vi så.

- *Jeg tænker organisatorisk går det her forud for andre ting kan man sige, økonomi og hvad der ellers kan være af hindringer, kommer DCM øverst på jeres liste over de styringsværktøjer der er centrale?*

Ja jeg kan da sige at hvis man er en klovn som en leder, og har fuldstændigt rod på alle andre hylder, så er det jo klart at det ryger af fløjten. Det kræver man har en organisation hvor der er styr på pengene og man kan nogenlunde tælle, gange og dividere, og man har nogenlunde styr på sygefraværet. De der almindelige ledelsesmæssige parametre skal selvfølgelig være i orden, for ellers skrider alt det her jo, men det tager jeg mere for givet, at det kan man nogenlunde finde ud af, at man ikke; åh nej vi får underskud, så vi fyrer vores udviklingskonsulent for det er da det bedste! Jeg mener faktisk området får de penge der skal bruges til området, jeg mener ikke vi er udsultet.

- *Så derfor er der plads til det i organisationen?*

Ja! Men selvfølgelig hvis der kom en kæmpe besparelse, så må man jo gøre det klart som leder, at sige; jamen så kan vi bare ikke få det her mere, så holder det her op. Men så er vi oppe på et andet niveau, men det mener jeg ikke der er grund til. Det er ledelsesmæssigt sløseri.

- *Hvad er det du vil med DCM i Pilehuset som organisation? Så har du sagt du vil skabe fælles sprog, du vil skabe en fælles faglighed, du vil skabe legitimitet udadtil og indadtil, sådan har jeg også hørt dig! Er der andre ting du vil med det?*

Jamen det er det jeg vil i anden række, men det jeg vil i første række er, at borgerne får et godt liv på trods af deres handicap. Jeg ved, for det har jeg prøvet på egen krop, at det giver så meget for medarbejderne på et personligt plan rent faktisk, det er nemlig det der er det sjove ved det. At mennesker der er så syge faktisk kan tilbyde andre mennesker glæder så det bliver værdifuldt at arbejde med det her felt, det bliver værdifuldt også på samfundsmæssigt plan at gøre det ordentligt, at de gamle der er syge får et liv der er værd at leve, selvom de har glemt hvem de er. Dybest set når man kigger udefra, så tosser de rundt. Det er meget livsbekræftende, det at stille muligheder til rådighed for andre mennesker, at de får et liv der er værd at leve, gør faktisk at dit liv bliver mere livgivende også. Det er den dybere essentielle men også den samfundsmæssige stillingstagen til hvorfor?

- *Så derfor skaber det meget mening at være i Pilehuset?*

Lige præcis, en meningsfuld beskæftigelse, og et liv der er værd at leve.

- *Ja! Hvis du nu kigger fem år frem, hvordan ser DCM så ud her i Pilehuset? Har det ændret sig/transformeret sig til noget andet, eller er det det vi kan se nu?*

Jeg tror det er blevet mere.... Hen ikke, jeg vil sige det er hårdt arbejde og det er hårdt arbejde op af bakke, for hele tiden at holde fast. Der tror jeg vi er blevet meget bedre i forhold til vores handleplan og tror vi kan tilbyde Tom Kitwood, hvis han levede i dag, nogle redskaber til, hvad er det i ser, altså er der nogle fikspunkter man skal gå nærmere ind på og være mere handlingsanvisende. Fordi hans tilgang er at man skal tilgodese 5 psykologiske grundlag og behov, så er der lidt tekst til hver, men ligesom at få de 5 linjer ned til at være meget handlingsanvisende, tror jeg vi bliver meget bedre til. Hvis vi bliver rigtigt gode, kan det være vi får lov at søge nogle penge til at lave et decideret forskningsprojekt, eller et andet projekt hvor man kan lave noget mere evigensbaseret viden om, jamen når vi så går til den, hvor skal vi starte henne? Ligesom med et spil kort, er det ruder eller hjerter vi skal gå i gang med, hvad er trumf, hvis man kan sige det? Selvfølgelig er der noget der virker mere end andet, må man formode, og det begynder vi at have nogle spæde praksiserfaringer for. Måske kunne vi bygge videre på teorien og tilbyde noget mere.

- *Så udviklingen af metoden ud fra aktionsforskning, det kunne være billedet på det?*

Ja! Det ville være et af mine håb og drømme, det ville være fantastisk hvis vi kunne det!

- *Ja! Ellers er metoden så nogenlunde i brug som i dag? Med en mapning og feedback, og supervision, eller vil der ske noget mere på fleremapninger eller hvad kunne det være?*

Det er jo omfattende kan man sige, så kan man diskutere hvor meget der rykker sig for borgeren? Et er jo borgerens funktionsniveau, det er en del af det. Hvor meget rykker personalet, fordi der er selvfølgelig også noget generel læring i den enkelte situation. Men jeg tror vi vil være mere stringente, det svære har jo været at få tilbagemeldingerne. Jeg har prøvet at lave en organisation i år, for at aktivere så mange medarbejdere, der var jo så mange som muligt der skulle få ejerskab af det, men der var vi jo nok trængt lidt tilbage for at få det gjort og få tilbagemelding på det. Fordi kompetencen er lagt for langt ud simpelthen. Ude i det enkelte niveau skrider det jo, hvis man kun er tre på arbejde f.eks. så bliver det noget andet, så bliver det driften der er vigtig. Det bliver vi nødt til at trække tilbage og sige: Det er meget muligt, nu er det aftalt og så gør vi det uanset hvad klokken er!

- *Så der er meget ledelsesmæssigt styring i det?*

Det er nemlig det der er! Det kan ikke slippes helt løs og løbe ud i skoven selv.

- *Det er ikke godt nok at ligge kompetencer så langt ud?*

Nej ikke lige nu! Det kan godt være man kan lidt senere, når folk bliver mere stærke i det, eller organisationen bliver mere stabil, for vi er jo en organisation der laver om hele tiden, vi opretter nye afsnit hvert år og bygger om. Det kan jo godt forvirre den decentrale leder derude, at nu skal vi lægges sammen med en anden enhed, og nye medarbejdere osv.

- *Hvis du ser på Danmark som sådan, er DCM så på vej til at brede sig noget mere, er i sådan nogle af highlightsene der er med så?*

Ja det vil jeg jo mene!

- *Så vi vil komme til at se mere af det på landsplan?*

Ja det tror jeg. Men jeg ved også at DCM er et tungt lokomotiv, så overhovedet at få brænde nok ind i det er puha, men når det så er kommet i fart så kører det. Men det kræver at lederen vil, at politikerne vil og det kræver også penge. Det må man indse. Det kommer an på om de grundforudsætninger er til stede, men man kunne jo, jeg ved ikke om de større kommuner, den nye måde at se det kommunale på, det måske kunne være noget der kunne være med til at skabe noget, for det er jo ikke en kommune ude i Brovst! Med 4 pladser nede på plejehjemmet! Det trækker slet ingen ting. Hvis vi får specialtilbuddet og specialpladser, vil det være noget, så vil det begynde at ligne psykiatrien og udviklingshæmningsområdet, som jo også er befolket af pædagoger og den mere sociale tilgang til det. Det her taler fuldstændigt ind i det. Metodisk har den meget til fælles med mange pædagogiske metoder, grundtankegangen går fint i hånd med rigtigt meget af det pædagogerne bruger.

- *Så det vil også betyde noget for medarbejderen, altså hvem man rekrutterer som medarbejder?*

Ja ja hvis man begynder at arbejde på den måde, det kan de jo forstå og det taler ind i den læring og i den skole og det uddannelsesforløb.

- *Ja jeg ved ikke, jeg synes jeg har fået meget at vide, men Thomas?*
- *Thomas: Jeg kunne godt tænke mig at høre, det er jo interessant den der måde vi formulerer os på osv. Jeg bider mærke i at du sagde noget om dine håb og drømme, og det bliver jeg rigtig glad for at høre for så kan jeg se at du bliver påvirket af dine omgivelser. Jeg vil høre lidt mere om dine håb og drømme? Du nævnte sådan noget om hvis man metodisk kunne komme på noget forskningsprojekt, og det var godt for borgeren hvis de fik det godt, om du har flere håb og drømme?*

Jeg kunne jo også håbe på, at vi inde for de næste par år kunne skrive en bog f.eks. hvor vi videregiver vores erfaringer og også snakker lidt ind i det vi allerede har gjort, det er jo også en måde at besmitte ens omgivelser på og ens egne refleksioner, at få dem ned. Det kræver jo noget af en at få det skrevet og sat det ind i noget. Jeg ved den anden bog vi har lavet jo går som varmt brød, så jeg tænker at en ny bog jo også ville gå som varmt brød så. Det er jo historien om at andre er sultne på det her område, fordi der jo er så lidt at tilbyde, ja der er sgu fælles sprog og de der kvalitetsstandarder, det er det eneste man kan snakke ind i, og ellers er der sgu tomt på alle hylder. Det er jo ligesom at være i Østeuropa, man kan kun få en vare ude på plejehjemmene, sådan rent fagligt. Det her tilbyder en anden vare der er sådan lidt sjovere med nogle stjerner i og sådan lidt fest i. Så en formidlingsdel, og så kunne jeg tænke mig at de her demenscentre, det er også mine håb og drømme, at de vil arbejde sammen på tværs, og på den måde kan man også lave meget mere. Mine håb og drømme går også i at man tager hjemmeplejeområdet med. Det tror jeg bliver det næste der kommer, at man kommer til at kigge på hjemmeplejeområdet.. Jeg synes via vores projekter at vi har fået skubbet nye tanker i gang, men nu er vi selvfølgelig mere ovre i udvikling af demensområdet.

- *Thomas: Tak, jeg vender tilbage med mine spørgsmål senere!*
- *Lisbeth: Jeg syntes det var rigtig spændene, at høre noget mere om hvordan du tænker, selvom jeg jo har læst de forskellige ting der. Ja jeg har læst den orange der!*

Men det er jo rent tilfældigheder det sker jo. Havde jeg ikke kendt Eva og havde vi ikke arbejdet sammen, havde vi ikke været på Såbygaard??? og selv oplevet det, så var det aldrig sket, så havde jeg bare læst den der og så sagt: Nå! Ligesom man kan læse en bog om Martin ??? og sige nej det lyder meget godt og så sige nå og stile den tilbage igen.

Men den her hvor hun bruger det heromme, hvor hun har lidt, der har hun faktisk lidt men hun har ikke været i England, det kan godt være hun på en eller anden måde selv har siddet og fedtet lidt med det.

- *Jeg kan godt huske at den er... mere også ja!*

Men jeg Den der mere politiske egenskab med det.

- *Ja det er jo faktisk lidt interessant ikke!*
- *Thomas: Men hvem er hende Nina Johnsen som oversætter den her?*

Hun er bare en almindelig oversætter!

- *Hun oversætter den i 1999 jo?*

Ja men det er jo Dorte Høgh, hun skriver forordet, det er hende der får aventuren??. Men man sætter jo altid en professionel oversætter, og så skal de jo bare læse den igennem, og så siger de god for den og så skriver de forordet, det er nemt at være med til at oversætte en bog. Den er jo professionelt oversat.

- *Men Eva sagde også at Dorte Høgh var ansat ude hos dem?*

Ja hun er jo leder jo ude på vidensscenetre.... Området!

- *Ja!*
- *Men det er jo også den der struktur-aktør debat igen ikke. Aktøren har en væsentlig betydning for nogen ting?*

Ja lige præcis!

Interview med Eva Bonde Nielsen, strategisk ansvarlig for DCM i DK, 2006/12/11

Jeg kender ikke denne organisation eller dit arbejde så vil du ikke lige introducere dig selv og hvad det er for en forskning du arbejder med?

Ja, er oprindeligt taget psykolog og så har jeg taget en forskeruddannelse så jeg er ansat i dag som seniorforsker, og jeg har siden jeg blev færdig som psykolog beskæftiget mig med ældreområdet. Dels forskellige udviklingsprojekter bl.a. med ældre i krise hvor jeg har lavet noget gruppeterapi og etableret det. Men overvejende har jeg beskæftiget mig med forskning og evalueringsopgaver. De første mange år var jeg på det der hed Danmarks pædagogiske institut, som i dag hedder Danmarks pædagogiske universitet, det blev lagt ind under. Og på det tidspunkt fik jeg til opgave at stable hele det ældre pædagogiske forskningsområde på benene. Det havde ikke eksisteret der før, så det var sådan set min hovedopgave, samtidig med jeg fik min forskeruddannelse. Det blev til rigtig mange interessante år og meget spændende forskning på alle mulige felter selvfølgelig meget indenfor det pædagogiske verden med altså uddannelse, omsorg var et af mine hovedtemaer og demens med en masse EU-projekter, med samarbejde med generationer på tværs af både EU-lande og børn med ældresamarbejde. Og det var???. Men demens har altid været et forskningskerneområde, demens sammen med omsorgen ikke? Jeg har også lavet meget forskning på personaledelen, prøve at se på hvad det er for kompetencer personalet har i forhold til at drage omsorg for mennesker med demens og se på hvad behovet er for mennesker med demens. Også set på hvad er behovet for?(2.40)?? efter videreuddannelse. Og det mest banebrydende hvis jeg skal sige det sådan, forskningsprojekt jeg lavede i 90'erne, var nok det der hedder efteruddannelse af personale indenfor demensområdet. Det var et forskningsprojekt der var finansieret af socialministeriet og det affødte efterfølgende rigtig mange mio. kroner – jeg tror det var 32 mio. eller sådan noget – hvor man så igangsatte, og det var så på baggrund af de resultater, og det igangsatte så at man rundt omkring i hele landet fik mulighed for at begynde at etablere forskellige forsøgs- og udviklingsprojekter, på demensområdet og det var overvejende set som det var praktikere der skulle gå ind i de her forsøgs- og udviklingsprojekter, og det var selvfølgelig ud fra en tankegang om at det var der tingene var bedst placeret i praksis, og også få noget viden og udvikling forandret på de steder hvor tingene skete ikke? Så det lyder faktisk som om du har arbejdet på demensbegrebet rigtig længe, er der sket noget med demensbegrebet i de år så?? Har det udviklet sig?

Ja det synes jeg bestemt det har ikke? Vi kommer fra en meget sygdomsorienteret modelopfattelse, fra der i slutningen af 80'erne, eller fra 70'erne faktisk og så op i 80'erne, hvor der så i slutningen af 80'erne og så 90'erne sker et rigtig stort ryk på det her område. Og det hænger jo sammen med at der også bliver fokus på det og der bliver penge til forskning indenfor området, det har der ikke været så meget før. Det er selvfølgelig i erkendelse af at dem der arbejder med demens står i nogle massive problemstillinger, som de i virkeligheden ikke på det tidspunkt ikke har uddannelse til at klare. Så er der også meget mere fokus på hele omsorgen, at man gerne vil give mennesker med demens så god en omsorg som overhovedet muligt.

I samme periode arbejdes der meget teoretisk med en omsorgsmodel – den berømte trekant - hvor man går ind og ser på hvad vi skal forstå med omsorgsbegrebet i det hele taget. Det ender i en definition som jeg lavede med en kollega jeg har på daværende tidspunkt, der hedder Svend Thygesen, der lavede vi forskellige internationale artikler om det, og den blev brugt meget internationalt, den her model. Hele tankegangen bag, og det er det der fører videre over til det her store.... (6:18)? Fordi alle de her man definerer omsorg på som ville starte op den gang, viste det sig rent faktisk at det var noget Tom (Kitwood(6.29))?? havde siddet og arbejdet med. Faktisk på en meget mere – vi har arbejdet meget mere teoretisk med det, altså og vi forsøgte selvfølgelig også at få det omsat til sådan mere almindelig forståelse og praksis, men vi havde nogle problemer omkring det, kan man sige ikke? Og så var det at jeg møder første gang Tom Kitwood i 1993 på en

international conference og da jeg hører hans oplæg og høre ham fortælle om DCM? Metoden, fordi det var lige i sin vorden ikke? Det første udkast blev lavet i 1991, og jeg synes han var en af de mest spændene foredragsholdere jeg havde hørt i meget lang tid, og det gjorde meget stort indtryk på mig, men så kom jeg tilbage og arbejder videre med min egen forskningskreds, og har egentlig glemt alt om Tom Kitwood igen, indtil hans bog bliver oversat, den der hedder "(7.43)" – "Person kommer i første række". Og det er faktisk Dorte Høgh der sidder i vores hus her der oversatte den bog. I samme periode her er jeg begyndt at arbejde meget sammen med Københavns Kommune Sundhedsforvaltning, hvilket jeg har gjort i rigtig mange år faktisk også mens jeg var på Danmarks Pædagogiske institut, havde vi også noget samarbejde – Lars Bo?? Og mig. Og her i 1999 blev vores samarbejde så endnu mere intensiveret med Københavns Sundhedsforvaltning og på dette tidspunkt sidder Charlotte Agger også i Forvaltningen. Hun læser også Tom Kitwoods bog og ser så hvad er det her for noget med denne delte eksamensmetode han skriver om flere steder, og kan vi ikke finde ud af noget omkring det? På det tidspunkt havde jeg etableret mit eget forskningsinstitut i samarbejde med nogen fra det gamle Danmarks Pædagogiske institut, og det hedder DANLÆ Danmarks Institut for Ældre Pædagogik. Det synes jeg er blevet rigtig spændende så jeg begyndte at lave, eller vi gjorde – kan sådan set ikke huske hvem af os det var i sådan et fælles samarbejde – og fandt så ud af de her kurser omkring DCM foregik i England, og der tog vi kontakt til University of Bradford, der har det der hedder Bradford Dementia?? Group og det er der Tom Kitwood holdt til som professor og det er der hele DCM metoden blev udviklet og så sker der det at vi får bevilliget nogle penge til at kunne tage på kursus i England, Charlotte og mig ikke? Til at tage det første basiskursus.

Er det Københavns Kommune der bevilliger jer det?

Det er sådan lidt speget vil jeg sige, og det er ikke sådan noget vi skal vade rundt i. Samtidig har jeg haft, og har stadig, meget tæt kontakt til socialministeriet, og de havde på det tidspunkt nogle små puljer indenfor demensområdet, hvor vi også fik af to omgange 100.000 kr. per gang, og siden hen noget mere. Det var København Kommune der forvaltede de her midler, så jeg ved faktisk ikke om det var Københavns Kommune eller om de blev taget fra de midler.

Det er bare fordi jeg synes det er lidt spændende, hvem er det der støtter op omkring det her? Det lyder som om det både er Københavns Kommune og Socialministeriet der synes det er en rigtig god ide at tænke videre?

Ja! Samtidig må man være meget opmærksom på at vi har en meget faginteresseret og meget vigtig person siddende i sundhedsforvaltningen, som der hedder Lars Bo Bülow, og som jo sidder der stadigvæk. Vi havde også dengang Jesper Morbjerg som jo også var et meget visionært menneske og som også faktisk synes at det her lyder rigtig spændende, og han som vicedirektør på det tidspunkt, så vi havde sådan set vores baggrund i orden hvis man ser organisatorisk på det. Der havde vi sådan set linket op til selve ledelsen.

Hvis jeg må hoppe lidt tilbage så lyder det som om der sker noget interessant omkring det med demens og omsorg. Jeg hører lidt at du sidder sammen med en forskergruppe og gør nogle tanker der er meget parallelle med det Tom Kitwood gør i starten af 90'erne, så der sådan flere steder opstår de samme ting?

Ja! Man kan sige at det der sker i den periode er jo en mere humanisering af hele demensområdet. Og hvor, ja, hvor de bløde værdier bliver vigtige. Men problemet med bløde værdier er jo hvordan skal vi forske i dem? Det har jo nok løbende været vores problem, også (12.16), hvordan vi får på en systematisk måde går ind og ligesom laver noget evaluering eller forskning på omsorg, og det er så det banebrydende som Tom Kitwood, nemlig at han sammen med den tankegang som – jeg har arbejdet meget med i forvejen og mange andre internationale (12.45?) ikke? Det han faktisk formåede med sin DCM metode, var at få de her overordnede begreber konverteret om til noget der var direkte anvendelige i praksis, og det er sådan set det banebrydende ved DCM metoden, altså

hvis man skal sige sådan lidt mere præcist handler det om at man har nogle begreber man kan gå ind og urationalisere ikke? Og det er faktisk det han gør i sin metode, og det var jo banebrydende ikke? For hele området synes vi. Det var sådan en metode vi havde ledt efter meget længe og der tror jeg vi holdningsmæssigt både Lars Bo og Charlotte og jeg var meget enige om hvad der var vigtigt at satse på ikke?

Ja! Fordi der sker det der skift i 90'erne som du beskriver det, tænker jeg, hvor de går fra den der sygdomsfikserede positivistiske over til en pædagogisering og psykologisering hvor man tænker netop på en anden måde omkring, og det der omsorgsbegreb, og værdierne flytter sig, og så står man ind i en praksis som er vant til at måle vejemetoder, og det har man så ikke på dette område før, med Kitwood, selvfølgelig fordi det er svært at omsætte den der slags begreber!

Ja! Det er sådan set problematikken i det. Ja det er sådan lidt forhistorien kan man sige.

Og så tog i af sted der til?

Så tog vi af sted til Bradford, det gjorde vi i år 2000, og der tog vi så først basiskursus og efterfølgende det avanceret kursus og så havde vi jo tanker om at vi ville have den her DCM-metode til Danmark. Der løb vi ind i en frygtelig masse problemer for at sige det mildt. Men også her må jeg sige at sundhedsforvaltningen – Det gælder både Lars Bo Bülow og Jesper Morbjerg på daværende tidspunkt – var meget behjælpelige og støttende med henblik på at finde nogle mulige løsninger på at få metoden her til Danmark. Men tilbage stod - grunden til at det var så problematisk var at Tom Kitwood døde i 1998 – og det der sker i Bradford Dementia Group, er at de faktisk står uden leder, deres professor er død og hvad med DCM skal det videreføres og under hvilke omstændigheder osv.. Der skal også indforstås det engelske universitetssystem for de skal tjene penge og får ikke statslige finansiering som vi kender det her fra Danmark. De skal jo tjene penge på både de metoder de udlægger, de skal tjene penge på deres studerende osv. De skal have nogle indtægter. På det tidspunkt der var det noget værre rod med DCM – vi kommer faktisk ind i den mest rodede periode i DCM's historie – så der sker det at vi har nogle forhandlinger med den der udnævnt sig selv som leder af DCM gruppen i England, men hun er ikke formel leder, det er noget hun har tiltaget sig, at hun er den der styrer det hele pga. en stærk personlighed, men ikke nødvendigvis den fagligt dygtigste af dem der var der. Hende har jeg i hvert fald frem og tilbage – det er overvejende mig der har lavet alle de der korrespondencer på engelsk frem og tilbage - og hende havde jeg så nogle korrespondancer med frem og tilbage om hvordan og hvorledes med DCM og det lå uafklaret. Så lå der en kontrakt og det ville koste os det hvide ud af øjnene, flere mio. kroner, og det snakkede vi igen med Jesper og Lars BO og om og vi blev enige om at det var fuldstændigt uacceptabelt. Så sker der det at for overhovedet at få DCM til Danmark skal man være færdiguddannet. Dvs. det indebærer en stor evalueringsrapport, at du er medunderviser på fire basiskurser og tokurser. Det vi gjorde var at jeg fortsatte min videreuddannelse i England. Dvs. jeg lavede min evalueringsrapport på Engelsk, indleverede den på University of Bradford, og derover og var medunderviser på fire basiskurser og to..... og det bestod jeg så. Så skulle jeg så Charlotte med, og der fik vi det lavet sådan at hun lavede sin evalueringsrapport i Danmark men blev eksamineret af en engelsk DCM underviser, og så hendes undervisningsuddannelse fik hun hos mig siden hen.

Men vi skal lige runde det organisatoriske, hvad kan man sige. Det der sker, forhandlingerne gik i så omkring år 2000, samtidig sker der det positive, at i slutningen af år 2000 får de en ny professor ansat og det første hun gør er at komme til mig på ... og sige goddag og velkommen og at hun er meget ked af det rod der var omkring hele det her DCM-halløj, og så fremdeles. Så derfor var hun meget indstillet på at finde en læsning som alle parter kunne leve med. Og det foregår i løbet af 2001, der begynder de nye forhandlinger og samtidig skifter hun hele gruppen ud, dem som har været oppe at slås og toppes og jeg ved ikke hvad. Hun gør det at i 2001, hun hedder Merma Downes(?) Professoren ikke, hun indkalder alle dem der har været dybt involveret af DCM, mens

de bedste var røget ud umiddelbart efter Tom Kitwoods død, fordi de blev uvenner og hende der troede hun skulle lede det hele, men kunne ikke finde ud af det, så der var krig på kniven i England. Hun tilkaldte de her mennesker og lavede en tænketank, og hørte synspunkterne fra alle mulige, der resulterede i at bl.a. hende der havde haft den uformelle ledelse, valgte at sige op, og i stedet kom en ny ind der hedder Dawn Pupper som er vores centrale kontaktperson, fordi hun er den internationale leder af DCM, og nyudnævnt professor i DCM. Hun kommer ind og det bliver hende der skal varetage hele kontraktforholdene til Danmark. Hun er en meget dejlig pige og nem at samarbejde med, så da vi er så langt er vi sikre på at få DCM til Danmark. Det handler bare om et spørgsmål om at hun skal forhandle med universitetet derover under hvilke vilkår vi skal have denne kontrakt til Danmark. Samtidig bliver jeg udnævnt til den strategiske leder af DCM i Danmark, fordi jeg har taget min uddannelse og psykologbaggrund. Jeg begynder hele oversættelsesarbejdet af DCM-metoden. Det pågår i år 2001 og samme år udgiver Charlotte og jeg en bog der hedder "Pilotop.... af DCM-metoden i Danmark". Det var med at vi fik .. fra socialministeriet til at lave det her pilotprojekt, men det var også indirekte et krav fra socialministeriet – hvis de skulle gå ind og støtte den her metode – at den blev afprøvet inden vi begyndte at tænke på at tage den til Danmark. Sundhedsforvaltningen var meget positivt indstillede i at afprøve metoden, hvilket jeg også syntes var rimeligt man gjorde. Det pågik inden oversættelsesforløbet blev påbegyndt.

Det var i Pilehuset i lavede afprøvningen ikke?

Jo! Vi lavede mange afprøvninger i Pilehuset, og jeg mener også vi lavede i de gamles by og det gjorde vi fordi kravet til denne rapport som jeg i første omgang fik afleveret i England, var at man skulle ind og observere på tre demenscentre. De tre steder var aflastning ...grupper i Pilehuset, det var demensenhederne i Pilehuset, og demensenhederne i

Nu springer jeg lige, hvis vi skal have Pilehuset med i det her. Det bliver oprettet som forsøgsprojekt i 2000, med en tre årig udsigt. I denne periode skulle Pilehuset så også evalueres. Da DANLÆ på det tidspunkt bliver tættere og tættere tilknyttet Københavns Kommunes Sundhedsforvaltning, faktisk bliver vi et forskningsinstitut under Sundhedsforvaltningen. Så er det naturligt at DANLÆ skal ind og lave evalueringen af Pilehuset. Dengang hed forstanderinden jo ikke Charlotte Agger, Charlotte kom til Pilehuset – det må i spørge hende selv om – men jeg mener det var i slutningen af 2002/ begyndelsen af 2003. Da blev Pilehuset oprettet, og når et nyt demenscenter oprettes så er det et flagskib på mange måder for en kommune og man er derfor mere gavmild end man måske er på nuværende tidspunkt. Pilehuset skulle være flagskibet med hensyn til hvordan man kunne indrette demensenheder på bedste mulige måde. Allerede da det blev oprettet blev der tænkt meget over indretningen med farver osv. Og der blev også tænkt meget over det menneskesyn der blev lagt for dagen, meget var koncentreret om Tom Kitwoods tankegang og menneskesyn. Det blev bl.a. udmøntet i et undervisningsprogram som Charlotte havde udarbejdet der hed "rødt, blødt, nært og overskueligt". Alle der blev ansat i Pilehuset kom igennem det her uddannelsesprogram, i det var der en sektion der hed Tom Kitwood, og her startede hun de første spæde forsøg på at få hele Tom Kitwoods værdigrundlag implementeret i Pilehuset.

I løbet af 2000 begyndte vi pilotafprøvningen af Pilehuset, og jeg mener vores bog kommer i 2001. *Vi kom fra Pilehuset. Bogen kommer i 2001 og introduktionen til hans værdier til Pilehuset!*

Ja! Det er rigtigt. Tilbage står resten af oversættelsesarbejdet af hele det her kæmpe materiale – ved du som har været på kurset! – hele det oversættelsesarbejdet foregår i DANLÆ's regi, faktisk betalt af Københavns Sundhedsforvaltning, for det var her jeg var lønnet og medarbejderne i DANLÆ var lønnet. Vi var så godt i gang med oversættelsen, så 11/9-2001 der sad Dawn ??, Charlotte Agger og Lars Bo og andre var også hjemme i vores hus i Brønshøj, fordi vi skulle fejre at vi havde skrevet kontrakten under med University of Bradford, som Lars Bo og jeg havde siddet i forhandling med Dawn om det i det meste af dagen. Da vi kommer op til middag får vi at vide at de to tårne er faldet,

det er sådan en dag man ikke glemmer. Den dag blev vores første kontrakt med DCM lavet og den kontrakt går ud på at det er DANIÆ der har den strategiske ledelse og dermed mig der er udnævnt til det. Og det er derfor os der har ansvaret for DCM i Danmark. Kontrakten er sådan at hver gang der uddannes en person i Danmark skal der falde afgifter til University of Bradford, det er reglerne. *Hvor udbredt er DCM i Danmark nu så, hvis vi går ud over Pilehuset er det så ved at nå andre steder?*

Ja det er det faktisk! Vi har for øjeblikket uddannet 358 brugere, tror jeg.

Er der andre institutioner ligesom Pilehuset hvor det er en meget central del af arbejdet?

Nu spørger du mig ind til noget der giver mig dårlig samvittighed. Jeg er også pænt nysgerrig. Det interessante er ikke hvor mange der er uddannet men hvor mange der bruger det, og det ved jeg faktisk ikke noget om. Jeg ved positivt at Københavns Kommune bruger det, fordi det er en politisk beslutning at alle demenscentre skal bruge DCM-metoden. Jeg ved der er steder i Jylland man bruger den, på Bornholm har man haft stort tiltag til at gå ind og bruge den og på Nordsjælland ved jeg også positivt bruger DCM.

Hvordan bliver det spredt, for jeg tænker når du fortæller om indførslen af DCM i Danmark, så tænker jeg det er vældigt personbåret. Det er båret af ... Det er dig og Charlotte og forvaltningen i København men især dig! Men er det det samme der sker når den bliver spredt eller er det nogle andre ting der gør at den spreder sig i Danmark?

Ja, det vi gjorde lige i starten da vi fik DCM, vores første DCM-kursus holdt vi i april 2002. Det første jeg gjorde med kontrakten omkring DCM, var sammen med Lars BO, at vi besluttede at vi skulle have en styregruppe for DCM i Danmark. Den skulle bestå af folk der havde magt på en anden måde, men var placeret i alle tænkelige steder hvor man kunne forestille sig DCM's udbredelse. Dvs. vi har Lars BO som formand for styregruppen af DCM. Så har vi repræsentanter fra Socialministeriet, vi har fra forskningsinstitutioner – socialforskningsinstituttet, fra kommunehospitalet, Alzheimersafdelingen, styrelsen for social service, Charlotte som praktiker – som jo er en meget vigtig del af DCM – så hun sidder som repræsentant for praktik. Så har vi haft tanker omkring at vi skulle have haft KL ind også, der er udpeget en men vedkommende er ikke mødt op endnu.. De her styregrupper, har været meget vigtige fra starten, de har været kanaler vi kunne bruge for at få vores DCM tankegang bredt ud. En anden ting der var banebrydende var at det lykkedes at få omtale af DCM på socialministeriets hjemmeside, der i sig selv er en form for blåstempel. Det betød at når man gik ind på deres hjemmeside var der en stor flot omtale af DCM, hvad metoden gik ud på og også at der foregik kurser i DCM. Vi har på videnscentret hvor jeg sidder nu og arbejder i dag, der er et center der skal formidle viden bredt nationalt, har vi fra starten haft en omtale af DCM, lagt ind på vores hjemmeside her, vi har haft på kontrollogisk?? Institut, vores egen hjemmeside på DANIÆ, hvor vi også har omtalt metoden. Desuden har både Charlotte og jeg – jeg har i hvert fald holdt utroligt mange foredrag for DCM, og det har Charlotte jo også i det omfang hun har haft tid, har jo virkelig nok at se til.

Det lyder som om i har haft en klar strategi for udbredelsen?

Ja det synes jeg, jeg synes vi har tænkt meget strategisk fra starten af, hvor skal vi hen med det her og hvad er det for nogle aktører vi skal have på banen!

Er der nogen centrale hindringer, nogle væsentlige grunde til at det nogen steder ikke vokser og ikke bliver den metode man anvender?

Ja og det bliver så det næste led og det er et af de steder hvor der virkelig skal sættes ind. Hvordan får man DCM organisatorisk forankret, når vi f.eks. snakker Pilehuset og andre organisationer? Det er et stort problem, fordi når folk kommer fra uddannelsen på basis og måske avanceret. Vi har anbefalet at der minimum kommer 2, og det er selvfølgelig for at sikre at der er 2 der kan gå ind og mappe sammen og også sikre måske en større sikkerhed for at blive brugt. Men det man typisk ser – og hvis vi ser på Pilehuset så har eksamen jo heller ikke haft en vildt god start, i Pilehuset, der har

været mange hindringer undervejs – Det handler om at det er utroligt svært at få metoden implementeret i organisationen. Hvis ikke der er en tovholder – og nu har i Vibeke som tovholder - hvis ikke man har det er det næsten en håbløs gerning vil jeg sige. Men om det lykkedes i Pilehuset i starten vil jeg sige at det var sådan at alt blev uddannet i denne her metode. Og så gjorde vi det at vi lavede en række forskellige DCM-projekter i Pilehuset, og dvs. at folk blev tvunget til løbende at lave DCM evalueringer, og vi gjorde bl.a. det at vi lavede et super brugerprojekt ”.... Standard(37.19)” i Pilehuset, hvor vi uddannede seks - igen noget vi fik finansieret i socialministeriet – hvor vi uddannede seks superbrugere, der havde gennemgået basisuddannelse, og gennemgået avanceret uddannelse. Efterfølgende gik vi så – Claus Holst, som i øvrigt er ... som også er DCM underviser og jeg som var meget trænet DCM bruger – vi gik ind i Pilehuset og lavede observationer sammen med de her forskellige folk, så vi gik to og to ud og mappede. Det var selvfølgelig for at sikre os at, nu bliver jeg meget specifik, men Interracing Liability var i orden, at der var en god overensstemmelse mellem de der blev foretaget, fordi det er jo det der er altafgørende, for det er godt at du er uddannet som DCM bruger, men hvis den måde du bruger metoden på i praksis ikke er korrekt er de data i virkeligheden ikke særligt meget bedre. Den eneste måde du kan sikre dig det på er, ved at tjekke dine observationer og registreringer og holde dem op med en eller to andre mappere ikke og selvfølgelig hvis man kan finde nogle supertrænede mappere, så er det fint at tage en lidt mindre øvet mapper med, således man er sikker på at de indsamlede data også bliver ret registreret.

Men hvad var det du så som hindring i starten?

Hindringen var at der simpelthen ikke var tid. Viljen har været der hele tiden og stor i Pilehuset for DCM, og man kan sige efter Charlotte kom til har det været endnu mere målrettet. Man skal også tænke på at de første to tre år af Pilehusets start har der også været 117 andre ting der skulle op at køre, så det har ikke været en nem opgave for hende der sad der før. Der var mange visioner der skulle indfries og så kommer denne her på sidelinjen, så man må nok erkende at de projekter der kørte i Pilehuset efter Charlotte kom til, de har været nødvendige for overhovedet at bruge DCM, og en forudsætning for at det blev brugt mere kontinuerligt.

Det du siger, er at man skal sætte ressourcer og tid af ellers kan det simpelthen ikke lade sig gøre?

Nej, det kan det ikke, der skal simpelthen laves en overordnet plan, der hedder at man har en tovholder og planlægger hvornår man vil lave sine observationer og der sættes navne på hvem der gør det, og sidst men ikke mindst – det der halter frygteligt bagud, og det ved Pilehuset og stadig har problemer med ind i mellem - det er at lave feedback til personalet, der er en af de vigtigste ting ved DCM-projektet, det er en proces går i gennem. Feedbacken er så utroligt vigtig, for det er her personalet skal lære noget. Det er en af de ting som – ikke kun i Danmark, men det er velkendt internationalt set, hvor DCM også er udbredt – at det er et område der tit simpelthen bliver!!! Man når ikke feedbacken. Hvis man skal følge DCM processen skal man simpelthen lave sin feedback minimum ti dage efter observationerne.

Så de har klare erindringer om situationerne?

Ja, nemlig! Og feedbacken skal helst omsættes i handlingsplaner og helst nedskrevet, for det er ligesom det personalet har at holde sig til og kan arbejde målrettet hen imod. Så det er ikke nok bare at lave DCM-mappingerne, man skal igennem hele processen, og der mener jeg jo Charlotte har gjort det helt rigtige ved at ansætte Vibeke som tovholder. Men dermed ikke være sagt, at der stadig ikke kan være problemer – men det vil jeg tro i kan snakke med Vibeke om, det har hun meget mere styr på end jeg har. Jeg vil sige at mit engagement på den måde med mapping med Pilehuset osv. Det sidste projekt har vi nok lavet omkring 2004 tror jeg.

Så nu er i nogenlunde selvkørende?

Ja!

Det tror jeg er et stort problem. Man kan sige at når man med Pilehuset har haft en leder der har brændt for det her selv, og har villet det her, stædighed og vilje og interesser osv. Samtidig har jeg kunnet se at der har været perioder indtil Vibeke faktisk kom, hvor det har været rigtigt svært at få det ind i organisationen, så tør jeg slet ikke at tænke på andre steder i landet, fordi alle de grundlæggende ting har været til stede.

Hvad mener du DCM kan give organisationer og Pilehuset?

Det jeg mener DCM kan er, udover det er et værktøj, ligger der i DCM et fælles sprog i virkeligheden. Dvs. man får fælles holdninger og fælles værdi at arbejde ud fra. Ikke nok med det ved man også hvad man mener når man f.eks. siger meningsfyldt beskæftigelse eller f.eks. siger behov for trøst. Det er ikke bare noget: nåh ja det synes vi alle sammen, men at konkretisere, hvor man kan sige at mange andre værdigrundlag i en organisation, du kan gå på masser af plejehjem i Københavns kommune, der har den flotteste vision og de flotteste værdigrundlag. Når man så går ind og spørger personalet hvordan de opfatter det her, kan man se er der er 117 forskellige opfattelser af hvad selvbestemmelse og værdighed er f.eks.. Det er jo ikke så mærkeligt, sådan er vi jo forskellige som mennesker, det er bare et problem i en organisation hvis ikke man nøjagtigt ved hvad hinanden mener når man omtaler dette

Det kan faktisk være et styringsbegreb på den måde at det kan fremme fælles sprog og begreber, og på den måde handlinger?

Ja netop! Så det er en kæmpe styrke. Ud over det er det et værktøj der kan sikre og udvikle omsorgskvaliteten for de mennesker man arbejder med. Det har vi jo sort på hvidt, hvad kan gøres bedre, hvad har man gjort rigtigt godt. Det udmønter sig i nogle tal, f.eks. hvis man gerne vil ind og se på det, nogle kvantitative opgørelser men også nogle kvalitative. Dvs. man hele tiden kan følge med i hvordan omsorgskvaliteten er her og nu. Der kan være grunde til at man måske hvis man ... DCM med målinger, f.eks. ved at måle efter hver tredje, det er forskelligt, nogle gør det hvert halve år, jeg ved ikke hvordan man gør det i Pilehuset for øjeblikket, men oprindeligt var det hver 4.måned. Så vil man godt i nogle sammenhænge kunne se at kvaliteten måske er blevet dårligere fra sidste gang, så vil man kunne gå ind og analysere hvad der er sket i personalegruppen, eller hvad er der sket. Det andet man kan bruge DCM, som overordnet styringsredskab til, er at gå ind og se på f.eks. et sted som Pilehuset, Birkebo, hvor man har mange enheder på, og der måske er nogle enheder hvor alt det rigtigt gode personale samles, og det vil vi jo gerne have spredt ud ikke? Fordi vi vil jo gerne have mønsterpersonalet som rollemodeller for dem der har brug for det. Det betyder at man også kan gå ind og se på fornuftige personalerokeringer til gavn både for personalet selv, men selvfølgelig først og fremmest for de borgere der bor der, og deres pårørende.

Så kan man bruge DCM på rigtigt mange andre måder. Pilehuset bruger man også (47.20)?. Dvs. ser du på organisationen, plejehjem, eller demensenheder eller demenscentre, vil man også kunne bruge det værktøj til en afrapportering til politikere eller forvaltning hvor kravet hele tiden øges for dokumentation på dokumentation. Indtil videre har vi ikke andre metoder til at dokumentere på systematisk vis, som DCM gør, omsorgskvaliteten på virksomheden. Ser man på området er det omsorgen der er kerneydelsen, det er den vi må ind og se nærmere på og dokumentere at den er ok. Det er også det de pårørende går efter, og det man som menneske går efter. De andre ting kan man sige, det kan være mad eller what ever, det er jo nemmere at gå ind og regulere på, hvor man kan sige det er jo et svært område, det handler om ens egne menneskelige værdier, tilgang til andre mennesker og er man overhovedet i stand til som personale at agere sammen medmennesket, det er ikke sikkert. Så er det faktisk både ærgerligt for personen selv og selvfølgelig for dem det går ud over. Så den kan mange ting, men DCM kan jo ikke alt, og det er også vigtigt at sige at DCM har sine begrænsninger. Nu har jeg lige sagt sådan noget med meget, det kan den overhovedet ikke måle, den kan ikke måle sådan noget med medicin f.eks. det er sådan noget man går ind og gerne vil have dokumentation for, arbejdsmiljø kan den heller ikke definere noget som helst om. Den er

fokuseret på hvad der sker i relationen mellem borgeren og personalet, det er hvad den kan, andet kan den faktisk ikke. Man kan sige når man sidder og observere, vil der være mange ting man også vil bemærke udover de registreringer man gør i DCM. Det man systematisk registrerer i, er hvilke handlinger beboerne gør, hvordan agerer personalet i forhold til beboerne, og hvordan befinder beboerne sig, det er simpelthen kerneforskningen i det.

Jeg sidder og tænker på at man kunne forestille sig forskellige ting omkring DCM beslutningstagerne og politikere, om de får vind i sejlede eller ikke gør. Jeg tænker alle vil gerne have målinger, men samtidig er det meget kvantitet man går efter og det her er jo en måling på noget kvalitativt, hvordan ser du det? Er det sådan med den måde man betragter demens på for øjeblikket og omsorgsarbejdet, at man kunne forestille sig at det her kunne udvikle sig mere, eller ser du mere det er den anden tendens, at nu måler vi på tandbørstningstider og så er det lidt mindre vigtigt hvor vi er henne omkring omsorgen?

Punkt 1 vil jeg sige at DCM også er et kvantitativt måleinstrument!

Der kunne der være noget positivt i at man burde tænke på noget kvalitativt!

Ja og det tror jeg betyder meget for dens udbredelse fremover. Vi skal have i baghovedet at vi kun har undervist i det fra 2002, og hvad har vi oplevet i den tid? Vi har oplevet en politisk beslutning der også har været vigtigt i Københavns kommune, og som der også har været arbejdet på sideløbende, og jeg tror faktisk på at DCM godt kan blive et redskab man ville vælge på politisk niveau. Det er nok utænkeligt – hvis man tænker på socialministeriet som vi jo arbejder tæt sammen med – er der jo ikke tradition for at man går ind og laver en lovgivning om hvilke metoder.

Det er faktisk lige ved at komme på andre områder, så man kunne forestille sig det! Ved børn og unge osv. Tænker jeg, der er man begyndt at sige – også på mit område som er beskæftigelsesområdet – der er man faktisk helt nede i at sige, hvordan skal samtalen foregå, hvad er det for en metode vi skal bruge her!

Og hvor man lovgiver omkring det?

Ja, så det kunne være det flyttede sig!

Det vil jeg så ikke udelukke, men det har hidtil været utænkeligt! Hvad var dit spørgsmål?

Om du troede på det kunne vinde frem i forhold til det med at der er meget kvantificering, men at det samtidig er på det kvalitative og det er noget der tager tid, og på den måde er ressourcekrævende, frem for at sige vi skanner ind når vi begynder at tandbørste og skanner ud når vi er færdige, der er forskellige...for øjeblikket!

Punkt 1 du siger det er ressourcekrævende? Og det er det i opstartsfasen. Men spørgsmålet er om du ikke henter de ressourcer hjem igen, fordi jeg tror det er en investering der er guld værd på længere sigt, det er min overbevisning, og det er det ligger til grund for at vi stadig arbejder med det i Pilehuset, ellers havde man skrottet det. Det må være fordi man i den organisation kan se en fornuft i at bruge DCM, noget der rykker, noget der er vigtigt for alle parter i hele organisationen. Jeg tror faktisk at DCM metoden kunne blive en metode man kigger tættere på, på mange flere niveauer. Jeg ved det positivt også fra forhandlinger med de politiske partier osv., at de er interesseret i DCM metoden. Men derfra også altså! Man kan lave en anbefaling kan man sige. Men jeg tror også at der er mange kommunalpolitikere i virkeligheden der ville se DCM som et godt styringsinstrument. Men allerede her vil jeg sige at DCM kan bruges, og den kan misbruges så forfærdeligt. Man skal virkelig ind og tænke sig om hvilke tal man videregiver til et politisk system, fordi man i DCM kan få nogle gennemsnitstal ud på gennemsnitlig omsorgskvalitet på det her sted. Men bag de tal gemmer der sig en række faktorer, så tal kan efter min mening ikke stå alene, så der må man finde en måde at gøre det på så man ikke misbruger DCM-metoden.

Du tænker man kunne finde på at lukke et sted der havde en score på 1,5 eller minus et eller andet?

Ja f.eks. ikke! Nu har de søreme minus 1 her så er det er bare lukning med det samme.

Og der kunne være forklaringer, det kunne være nyt personale der kan være alt muligt andet?

Alt muligt andet der sker.

Så sammen med andre ting bliver man nødt til at kigge på det?

Ja!

Hvordan ser det ud i udlandet? Er det i vækst internationalt?

Ja det er i kæmpe vækst internationalt! Vi har været de fire, vi er dem der har DCM virkelig implementeret nu, og har udvalgt strategisk leder, det er Australien, USA, Tyskland, Japan og Danmark. Der kører det med undervisere, og Schweiz faktisk også, og så er der en række nye lande på vej ind! Rigtigt mange, der er så langt så de er på vej til at skulle lave kontrakter i virkeligheden! Der er Spanien, Luxembourg, Holland, Singapore, Norge måske, der er rigtig mange der er meget interesseret i den metode. Vi har lavet en revideret udgave så vi kommer ud med 8. udgave af DCM-metoden. Så vi er startet forfra på et kæmpe oversættelsesarbejde, som foregår for øjeblikket. Det er lidt surt! Men på den anden side så er næste version bedre. Klaus og jeg har selv siddet i arbejdsgrupper med henblik på udvikling af DCM 8. Vi glæder os til at få den præsenteret, den bliver præsenteret i efteråret næste år. Det bliver i forbindelse med vi holder et stort internationalt DCM-møde.

Som skal være i Danmark eller?

Det bliver i København, ja! Det skal vi til at annoncere, det er lige blevet besluttet i USA, hvor jeg næsten lige er kommet hjem fra, at vi holder det her næste år. Jeg skal holde møde med Lars Bo inden ret længe, vi skal i gang med at planlægge, og så har vi styregruppemøde i begyndelsen af januar. Det bliver i samarbejde igen med Københavns kommune selvfølgelig, og så med vide....og ...området(58.27) og DANLÆ, så vi kommer sammen i flere forskellige pakker.

Når det er så udbredt internationalt er det så fordi demensbegrebet har sådan en parallel udvikling, hvor man begynder at kigge på demens på en anden måde end man gjorde tidligere, altså den der 70'er- 80'er måde at kigge på den som sådan en sygelighed, findes ikke så meget længere?

Den findes også og den er nødvendig mht. til at forske i selve sygdomme, f.eks. i forhold til biologisk aldring, hvad er biologisk aldring? Og hvad er sygdomme? Og er Alzheimers i virkeligheden bare et resultat af den almindelige biologiske aldring, i og med vi ser så mange i øjeblikket og så fremdeles. Det kunne man rejse en masse spørgsmål omkring! Og det er noget der oppe i tiden for øjeblikket, altså diskussionspunkter, det er sådan noget der popper op ind imellem en krig mellem gerontologerne og geriaterne osv. Ikke? Men selvfølgelig er den del også nødvendig, men jeg tror hvis man ser på selve området i praksis så er det de her ting man har hårdt brug for. Det hænger sammen med at der pågår meget forskning indenfor hele sygdomssektoeren ikke? Dvs. med fin differentiering af forskellige Alzheimers, eller forskellige demenssygdomme og så fremdeles. Så man kan sige det dagligt, når du arbejder med denne gruppe af mennesker, så gå det ikke lige man tænker på det er den type og det har den konsekvens osv. Når du har fingrene begravet i arbejdet til dagligt, er det et spørgsmål om at kunne yde omsorg af god kvalitet.

Når vi taler om det der omsorgsbegreb, hvad kunne man kalde det overordnet? Er det en social psykologisk måde at arbejde på? Eller er det en pædagogisk metode? Hvad for nogle ord ville du putte på?

Hvis man kigger på Tom Kitwood er det en social psykologisk tilgang!

Godt! Nu syntes jeg da også vi er noget langt og mange spændende områder!

Ved ikke om du fik svar nok på dit spørgsmål med organisationen?

Jo! Jeg synes jo vi har fået et meget godt billede af hvordan DCM kommer til Danmark, og hvordan i har fået det bragt ind og hvad der har været både af hindringer og fremmere omkring det! Også hvordan du ser det der organisatoriske med forankring og hvad er det der fremmer og hæmmer og hvad man bruger det til i en organisation! Det synes jeg da egentlig var nogle af de ting vi var vældigt interesserede i. Jeg synes også du har beskrevet din relation til Pilehuset, men det ved jeg

ikke om der er mere omkring, fordi der fornemmer jeg der har været sådan et tæt sammenspil mellem dig og Charlotte i starten?

Ja meget tæt! Både da Charlotte var i sundhedsforvaltningen og da vi tog uddannelsen sammen, og det var jo Charlotte og jeg der som de første der underviste i DCM. Kravet var jo at vi skulle være to undervisere, og det blev vi så, så derfor var der kun Charlotte og jeg som undervisere i starten, så kom Claus efterfølgende og så Vibeke. Så vi har kørt et meget tæt parløb, også da Charlotte var forstander i Pilehuset i starten, men der sker det når man kommer ind og bliver forstander og alt det der er sket i Pilehuset og Birkebo, Charlotte har simpelthen ikke haft tid til at undervise. Hun har været med nogle få gange og lavet lidt på de interne kurser, man kan også diskutere om det er det hun skal bruge sin tid på, også fordi der har været så mange andre jern i ilden. Vigtigt har det været at hun har været der og været en ... (1.02,53) og været drivet til at fortsætte DCM. Der har hun været helt afgørende. Jeg håber jeg har husket at kreditere hende nok?

Ja jeg synes du har krediteret hende fint!

Det er klart at!!! Det er jo igen selve konstellationen har været ganske udmærket fra starten, hvor man har haft mig som forsker og Charlotte som praktiker, fordi det har vist sig at være en god måde at få DCM til et nyt land. Men jeg tror man skal have de meget store, eller overordnede briller på, der hedder at DCM altså ikke bare er Københavns kommune, men har været forankret på alle centralniveauer fra starten af. Det tror jeg har været afgørende.

Jeg vil sige at en anden ting omkring DCM, og det gælder i det hele taget, hvis man skal manifestere en metode eller få mere drive i den, skal der forskning til. Det er helt nødvendigt, og derfor er det en pragtfuld nyhed at man lavede et forskningsplejehjem i Københavns kommune. Det er jo mit forfærdeligt store mål, at DCM bliver et kerneforskningsområde, og det tror jeg også der er positiv stemning overfor. Det ville også være tåbeligt andet, i og med at det er en politisk beslutning taget i Københavns kommune om at implementere DCM. Der ligger så mange data allerede, Pilehuset ligger inde med et hav af DCM-data og det gør de andre demenscentre i Københavns kommune også. Det meget håbe, fordi det tro jeg er det der er stort behov for, det kan jeg også se med 7'eren, der har vi også lavet noget mere forskningspræget her i Danmark omkring den. Men nu kommer vi jo ind i en ny metodeudvikling, så derfor skal vi jo ind og lave ny forskning på det. SÅ det er mit store håb at der vil kunne udvikles mere forskning omkring DCM. Det tror jeg også er vigtigt for viderefarten ikke? Det er nødvendigt, hele tiden når man indfører nye metoder, ikke bare at tage dem til sig fuldstændigt ukritisk, og det er desværre det har vi har set indenfor demensområdet i mange år. Vi har et hav af forskellige metoder der er kommet ind i 80'erne og 90'erne, uden nogen som helst dokumentation for at de overhovedet har en effekt. Hvor man kan sige at mange af metoderne er blevet forladt igen, fordi de faktisk ikke var særligt gavnlige for mennesker med demens. SÅ har man taget lidt hist og pist fra metoderne som var brugbart, og så lavede man lidt sit eget. Men det er jo igen et råb om hjælp fra personalets side, at vi mangler nogle værktøjer til at udføre vores arbejde på værdig vis.

Jeg synes det har været rigtigt spændene og jeg synes jeg har fået rigtigt mange oplysninger, men nu ved jeg jo ikke med dig Thomas?

Jeg synes det er rigtigt interessant det her. Jeg vil faktisk hellere have lov til at tage det hjem og skrive det igennem, og så kontakte dig igen. Fordi vi vil prøve at være sådan rimeligt klare i snittet her omkring at og så finder vi vores data frem. Og jeg har jo selvfølgelig et par ting jeg brænder at spørge om, men det vil jeg hellere maile til dig.

Ok jeg vil også lige gøre opmærksom på at den her evalueringsrapport er lagt ud på hjemmesiden. *JA den har vi læst!*

Interview med Vibeke Drevsen Bach, udviklingskonsulent, 28/06/2007

Hvornår kommer du til Pilehuset?

O8/2003 og jeg starter direkte på DCM kursus. Det har vi ikke snakket om inden, men sådan går verden nogengange. Efter 2 dage spørger Bo (souschef), Vil du være med?, Er Du med på DCM kursus? Og de to første dage er jeg på introkursus på Sydføljen, som er en ny enhed med permanente botilbud. Og de skal alle sammen på DCM kursus, idet alle nye ansatte i Sydføljen skal lære DCM. De ved ikke om de skal bruge det, men de skal alle sammen lære DCM og de skal alle sammen til eksamen. Så spørger Bo – Vibeke er det ikke noget for dig, skal du ikke på sådant et DCM kursus? Og på det tidspunkt aner jeg ikke en dyt om DCM og jeg aner ikke hvad jeg siger Ja eller nej til! Men jeg tænker jeg synes ikke at jeg har så meget valg – og jeg kaster mig ud i dette kursus. Jeg bliver noget bekymret, idet jeg tænker, hvordan kan jeg bestå en eksamen, når jeg intet ved om demens. Jeg har ikke arbejdet inden for sundhedssektoren før og jeg tænker tænkhvis det her går galt – så kan det gå rigtigt galt. Tænk hvis de finder ud af at jeg ingenting kan. Det er min første rædsel. Men jeg kaster mig ud i det og bruger rigtig meget tid på at lære det jeg nu skal lære for at gå til denne her eksamen. Jeg kommer til eksamen og det går fint og så sker der ikke så meget mere. Så kommer der et advanced kursus og Bo spørger om jeg ikke skal ha' det der advanced kursus. Jeg undrer mig over hvad jeg skal bruge det til, men jeg siger inden en gang ja, idet jeg tænker at det nok ikke er godt at sige nej. Jeg tager på advanced kursus og går gennem det. Det er rigtigt spændende. Det giver mig også en bedre forståelse for grundlaget for DCM.

Er det i Danmark?

Ja det er i Danmark – Det er i Pilehuset. Alle i Sydføljen tog basiskursus og så er der enkelte udvalgte, som får advance. Mit indtryk på det tidspunkt er at det er en metode, som er vel integreret. Jeg har stadig den præstationsangst, kan jeg matche det her? Nå jeg skyder det til side, og bliver færdig med det. Så kommer Bo og på det tidspunkt har jeg lavet en mapping og en rapport, som en del af basiskursus. Og Bo siger – vibeke jeg tror at du skal ud og mappe. Og her starter historien for mit vedkommende. Jeg begynder at mappe. På et tidspunkt og det er sommeren 2004 altså mindre end et år efter jeg er startet. Så spørger Charlotte (Forstander) og Kim (Demensteam) og jeg ikke vil være undervisere. Det er samtidig som demenspolitikken kommer i spil. Kim og jeg kigger lidt på hinanden. Vi kan ikke finde ud af hvad er pointen med at være undervisere i det her. Det er for mit vedkommende stadig uafklaret, hvad min rolle skal være? Og endnu en gang takker jeg pænt Ja, idet jeg ikke ser det som noget valg. Så går den videre rejse på at jeg skal lave ti mappings for at lave den her evaluat rapport.

Hvad er det?

Det er det tredje af fire trin i DCM. De to første er som nævnt basis og advanced. Det fjerde er underviser. Dermed bliver jeg en intern mapper og jeg får stor indsigt i hvad der foregår i Pilehuset. Og kan jeg også bedre gennemskue ting jeg ikke kunne gennemskue i starten. Jeg bliver hurtigt konfronteret med At det at give feedback er rigtigt svært og det giver ikke mening for personale, idet de ikke forstår det sprog, hvori feedbacken bliver givet.

Hvem gav feedback?

Det var dels andre afdelingsledere, dels demensteamet. Jeg ser at der går historier forud som ikke er særligt gode. Det bliver jeg bevidst om, og selvom jeg gør mit ypperligste når jeg laver rapporter og giver feedback, er det stadig i DCM sporg. Og det giver ingen mening til medarbejderne, når jeg taler plus 3, plus fem, gruppe vip etc. Og jo flere mappings jeg laver, så mere klar bliver jeg over, at der er et eller andet fuldstændig knald med det her. Det giver ikke mening i at give feedback i et

sprog, som ingen forstår. Det er for mig også direkte imod DCM værdigrundlag respekt, ligeværdighed og inklusion, når det virker modsat. Så begynder jeg at læse Kitwood, og det at læse Kitwood, er slet ikke nødvendigt for at gå gennem DCM niveau et eller to – og i grunden heller ikke for at tage tredje niveau. Jeg bliver optaget af, hvorledes kan jeg formidle det her på, hvad er det essensielle. Jeg har kodet som jeg skulle, men ikke reflekteret over hvorfor jeg gør det? Samtidig hermed er jeg leder af demensteamet. Der er modsat i demensteamet herpå, og samtidig bliver jeg mere sulten på Kitwood.

Underviser Demensteamet?

Nej ikke på det tidspunkt! Men det kommer lige herefter i forbindelse med kompetenceløftet. De skal undervise i personcentreret omsorg, det er hvad der kaldes gul dag. Og det er rigtigt svært. Kim og Christian skal ud og undervise heri, og det går helt galt. Og det bliver her jeg første gang bringer ”Blomsten” på banen. Jeg kommer med forslaget om vil i forbindelse med kompetenceløftet ikke skal lave en pose med blomsterfrø og formidle den personcentrerede omsorg i gennem en blomst. Jeg har inden tænkt at Kitwoods blomsterhoved i bogen ikke har nogen funktion. Og jeg har inden leget med tanken om at koble demensbilledet i roden. Og videre herfra tegner jeg solen. Og så får jeg aha oplevelsen. Jeg finder ud af at noget bliver bare meget lettere for mig at snakke om. Som ikke har været let for mig at snakke om. Det særlige er at vi får et fælles sprog, som personalet også kan forholde sig til. Og herfra udvikler ”Blomsten” sig. Den bliver tykkere og tykkere og mere og mere kompleks.

Hvor er DCM henne i det her?

Parallelt med at ”Blomsten” vokser frem, er jeg i gang med min evaluator uddannelse. Og i kølvandet herpå arbejder jeg rigtigt meget med feedbacker. Og i forbindelse hermed hvordan kan jeg udvikle en feedback model både i skrift og tale, som vil gøre den forsker der gør en forskel. Den proces foregår både inde i mit hoved og imens jeg skriver. Samtidig begynder jeg at få et større og større overblik over DCM – og heri er det væsentligt at DCM hænger sammen med DPO. Og du kan spørge, vidste du ikke det på forhånd. Nej – det gjorde jeg faktisk ikke og slet ikke i dybden og dermed den forståelse for værdierne i DPO. Det går op for mig i den her proces. Da jeg ser denne her blomst fører jeg den videre til Demensteamet og siger jeg vil gerne lave den her gimmick til jer. Jeg laver teksten til posen med blomsterfrø, som Demensteamet bare kan sende med ud. Det er a piece of cake at lave den. Den kommer lige ud af mine hænder. De bliver begejstrede og det bliver et hit. Frøposen bliver faktisk det som starter det hele. Det har sået mange frø inden i mig. Jeg læser Kitwood igen og begynder at arbejde i dybden med de enkelte dimensioner. Det tænder ikke kun noget i mig selv, jeg kan også se at det tænder noget i andre. Så begynder jeg at skrive på plancherne samtidig med at jeg arbejder på min evaluator rapport.

Hvor er vi henne – tidsmæssigt-kronologi

Vi er i første halvår af 2005. Tilbage til undervisningen og demensteamet. Jeg går ind i undervisningen sammen med en af medarbejderne i demensteamet. Og vi kigger på, hvordan kan vi udvikle det her. Da fødes blomsten som et undervisningsredskab. Fra en Blomsterpose bliver den et undervisningsredskab. Vi laver nogle øvelser omkring vor egen livshistorie. Vi går ud og underviser i roden, vi sætter det sammen med blomsterhovedet og solen. Vi kobler borgerne på Blomsten i cases, vi beder om at folk i undervisningen skal undersøge Fru Pedersens rod. Det klinger godt ind.

Så snakker jeg med Charlotte og siger jeg tror at vi har fat i et eller andet som er større end som så. Vi ping ponger lidt frem og tilbage og jeg kan bl.a. ikke finde ud af den her ondartede socialpsykologi – hvor kommer den ind henne. Jeg siger bl.a. at det må være en skraldespand, som

jeg har tegnet – Da siger hun hvad hvis det nu er en recirkling. Det handle ikke om at smide det ud og det er jo det som sker i supervisionen. Det er der vi fordøjer det. Det synes jeg er skidegodt tænkt. Og sådan opstår skraldespanden. Jeg er på samme tidspunkt i gang at arbejde med skraldespanden sammen med en psykolog fra Demensteamet. Jeg er optaget af at det er skrevet i jeg form. Hele DPO handler om at man kan sætte sig i personens sted.

Hvor kommer fokus på handleplanerne fra?

Det kommer fra at en af afd.lederne gerne vil arbejde mere med handleplaner. Og vi bliver optaget af hvordan sådanne handleplaner kan se ud.

Og hvad med KK's handleplaner?

Det er før der kommer krav om handleplaner fra KK. Det kommer senere. Da det kommer begynder vi at flette de to ting sammen. Det er sådan set fint nok, men KKs handleplaner gør ikke så meget ud af det som vi tænker er vigtig – DPO. Jeg og Anne fra en af støtteværeenheden og Maria fra demensteamet får udviklet en masse gode spørgsmål om hvad der er vigtigt at få frem om livshistorie. I kølvandet på det skal støtteværeenheden på temadage, og da kommer handleplaner på dagsorden. Og samtidig hermed udvikler vi plancherne. Hen af vejen bliver det til to plakater; en med tekst og en uden. Den skal tale til forskellige målgrupper på forskellig måde. En som kan hænge i fællesrum og når personalet går forbi den ved de hvad det betyder. En reminder om hvorfor vi er her. Og samtidig vil den gøre dem som bor der glad fordi det skal være en glad plakat. Og i personalekontoret skal den samme hænge med skrift. Man kan der bruge den som et arbejdsredskab. Den fører jeg ind i supervisionen og pumper ind derfra også. Jeg ser det som et vævestykke, hvor ting væver sig ind i hinanden. Jeg kan se at det bliver et arbejdsredskab, som hele tiden taler ind i vore værdier. Den er endnu ikke kommet på introkurser endnu, men det følger senere. Samtidig begynder lederne at undervise i "Blomsten" og min rolle bliver at klæde dem på. Det er bl.a. Kirsten og Anne (leder og souschef - red.) fra Støtteværeenheden som skal på temadage. Og det giver mening for dem – de bliver begejstrede. Jeg er med på temadagene og undervejs holder vi møder, hvor jeg guider dem og sider følg mere ind af det og mindre ind af det. Jeg bliver sådan lidt mentoragtig sådan lidt blanding af vejledning og supervision. Det er høje fra vi tager derfra, de har dels præsteret noget de ikke troede de kunne samtidig med at de er blevet klogere på DPO. – Det er så min historie. Det var det som blev talt om i bilen på vejen hjem. Vi afsætter kr. 30.000 til den proces. Og jeg bruger rigtig meget tid på at sætte ind og tage ud på at forfine. Jeg vil ikke producere plancher som ikke er holdbare, derfor holder jeg hestene. Vi kæmper så for at få det færdigt, da borgmesteren skal komme. Og på det tidspunkt er du jo blevet ansat. Nu lader vi den der borgmester ting stå – og går tilbage til demensteamet. Christian og jeg udvikler modulet om DPO og jeg er med de første gange. Herefter trækker jeg mig tilbage og Kim kommer med i stedet. Det har de det godt med. Det får en oplevelse af at undervisningen kan være på en anden måde. De siger at det er sjov og legende at undervise. Og på den måde kommer "Blomsten" ud til de andre centre. Videre kommer den med demensteamet på de lokale demenstemadage og senere igen i Bellacentret på demensdagene. Jeg bringer Filmen en sang for Martin på banen. Og den kobles sammen med "Blomsten". Altså teori om formiddagen, film om eftermiddagen, og det koblet sammen med "Blomsten". Og frøposen følger med. Det er folk helt vilde med. Næste gang til de lokale demensdage er spørgsmål og der skal arbejdes videre med DPO, men her sætter Charlotte en anden dagsorden og bringer magtanvendelse på banen, som så bliver til en af demensteamets andre dage. Jeg drøfter dette med Linda fra Demensteamet og fortæller at for mig og se er magtanvendelsen skraldespanden. Det bringer dog ikke genklang, idet de i mellemtiden har glemt "Blomsten". Eller ikke glemt, men "Blomsten" er koblet til DPO. For mig bliver det mere klart at alt i virkeligheden kan knyttes an til "Blomsten". Den her metaforik kan bruges flere steder bliver det klart for mig og

især hvor inkluderende den er. Jeg tænker WOOW og det er samtidig med at borgmesteren kommer på besøg og jeg skal producere materiale hertil. Og da kommer de her 10 – 12 sætninger ud om hvad den her metafor kan. WOOW – Det har jeg ikke set før. Dementsteamet tager den ikke til sig i den sammenhæng. Men det gør jeg – jeg begynder at sprogliggøre ”Blomsten” i en række andre sammenhænge. Det begynder også at spille ind i rekrutteringen, og dermed spredes blomster metaforikken sig på mange områder. Jeg oplever at folk kobler sig på sproget. Og det vi ser, at sproget bygger bro mellem de forskellige faggrupper. Sproget udvikler sig. Jeg ser det især i supervision og indtrodage. Jeg ser at nogle bliver helt vildt tændte. Det smager af en klub man gerne vil melde sig ind i. Det smager af ordentlighed. Det inkluderer alle faggrupper, idet man kan spørge ind til de forskellige faggruppers faglighed. Så kommer borgmesteren på besøg og jeg får de 10 minutters oplæg. Jeg er nervøs men også overlegen, idet jeg føler at uanset hvad de vil sige, så er det noget i det. De må sidde tilbage med hvad de vil, men jeg ved at der er noget som er rigtigt stort idet. Det interessante er at i løbet af disse 10 minutter bliver der også tænkt et lys i dem. En sprogliggørelse og en tænkning og de tænker, hvor langt kan den række. Det er både DCM og ”Blomsten”. Der sker ikke så meget bagefter og jeg tænker – det kunne man måske godt få det til. Men det sker så nok alligevel. Idet Charlotte i kølvandet herpå bliver inviteret ind i møder i SUF, hvor hun præsenterer den forskellige gange. I alt det kommer en del besøgende og vi begynder at knytte ”Blomsten” an og begynder at bruge fodboldbanen som en anden metaforik. Vi har fået ”Blomsten” som vi kan trykke på og som drejer rundt. Det er en gimmick, men også noget som fæstner sig i hukommelsen. Jo flere foredrag der kommer jo mere spredes der. Så kommer Brøndby SOSU skole på banen. De kontakter os og jeg mødes med en gruppe lærere. De vil gerne høre noget om DPO og jeg fortæller om hvorledes ”blomsten” er blevet født. Hvordan vi arbejder med den. Jeg er selv sprudlende på den og jeg er spændt på at se deres reaktion. Deres reaktion er begejstring. Og de vender tilbage 3-4 måneder efter og spørger om jeg vil være med i deres foredragsrække. Jeg bliver en ud af fire i deres foredragsrække. Jeg kommer i tvivl om den her ”Blomst” nu holder vand. Men jeg kommer til at stå foran 250 mand. Det er lærer, elever, samarbejdspartnere og andre. Den går rent hjem fra dem alle og jeg får mange henvendelser senere fra især elever, som skal skrive opgave og de vil gerne bruge ”Blomsten”. De spørger om de må lave interview, om jeg vil sende plancher. De går til eksamen og sender mig respons og fortæller at sensorerne har været begejstrede. Jeg møder desuden Jane Warity, som holder oplæg efter mig. Hun fortæller at hun har hørt oplægget og er meget begejstret. Hun fortæller, hvordan det hænger sammen med noget som hun har gang i, som er en pandang til at arbejde med personcentreret omsorg. Hun spørger om jeg vil mødes med hende igen, når hun kommer til Danmark næste gang.

Hvor bliver det af DCM i alt det her?

DCM kører parallelt hermed. Jeg laver mapninger. Men DCM er ikke en del af SOSU skolen. Der er jeg ikke inviteret ind i at snakke kvalitetssikring, men DPO.

Vil det sige at DCM ikke ”kommer med ud” af Pilehuset?

Det gjorde den i Vejers, hvor jeg var inviteret på et to dages seminar. Når jeg kun har et par timer tager jeg ikke DCM med. Det kan jeg ikke nå. Jeg synes heller ikke, at det er betydningsfuldt. DCM er for særlige målgrupper. Det kan være politikere eller ledere. Det giver ikke mening at præsentere den for personale som ikke skal bruge den.

Du snakker om alle dem som melder sig ind – hvem melder sig ikke ind?

Jeg har ikke hørt mange sige det højt at de ikke melder sig ind. SUF melder sig ikke ind. Jeg er på en måde lavet til et værdigrundlag i Kommunen, men jeg er ikke sikker på at de har set forbindelsen endnu. Jeg vil sige at Lars Bo melder sig for alvor ind i forhold til ”Blomsten”, da han ser den på

demensdagene i 2007. Han kommer hen og trykker hånd og siger at han er stolt af at KK har leveret det her. Da taler vi ind i at Camilla og Anne skal lave et oplæg om hvordan ergoterapeuter arbejder med demens og meningsfuld aktivitet. De tænker først at de vil lave et meget ergoterapeut oplæg, men ender med at våge pelsen og taler ud fra "Blomsten". Og nogen kommer efterfølgende og siger at det er det bedste oplæg de har hørt på demensdagene 2007. Men jeg kan ikke sige at nogen ikke melder sig ind.

Hvad med de andre Demenscentre?

De er hook på den. De har bed om plancher og vil gerne bruge det til at lave oplæg og foredrag.

Hvad med DCM og Dania?

Dania glider ud af samarbejdet med KK. KK bliver ikke længere deres faste kunde. Dania drosler ned og Eva Bonde bliver tilknyttet videnscentret på ældreområdet. Jeg mødes med Eva og bliver inviteret til at holde et foredrag på workshoppen 2007. Hun beder mig om at præsentere, hvordan jeg arbejder med det i Pilehuset. Og hvordan jeg arbejder med feedback. Så der kommer DCM ind. DCM er på en måde gået i dvale i Pilehuset. Charlotte har lavet nogle DCM rapporter, og jeg kommer til med "Blomsten".

Hvad mener du med at DCM går i dvale?

Det er nok heller ikke rigtigt, men det går i dvale for mig, idet det ikke er mig som laver mapninger. I 2005, 06 bliver min rolle mere at være træner, vejleder, mentor for de mange mappere der er uddannet i Pilehuset. Så det er ikke rigtigt hvad jeg siger. Vi laver faktisk en projektgruppe i 2006, som handler om hvordan kan vi forankre DCM i Pilehuset. Så vi kommer til at arbejde endnu mere personcentreret. Men samtidig er den organisatoriske struktur meget uklar, så jeg holder mig lidt tilbage. Det betyder, at der bliver ikke mappet ordentligt. Og der bliver frem for alt ikke givet feedback. Så skifter det at det må på færre hænder, og så står jeg pludseligt med det igen sammen med to andre. Da jeg får det tilbage i hånden igen bliver jeg endnu mere klar, at hvis det skal give mening for mig og for folk, så skal de kunne se, hvad meningen er med det. Jeg laver derfor et nyt vævestykke, som væver sig sammen med det som der er der i forvejen.

..... Her følger overvejelser om hvordan "Blomsten" yderligere spredes via socialpædagogisk ældrecenter, vikarbureauer etc.

Hvad med handleplanerne og KK? Hvad skete her?

Jeg vil tro at di komme starten af 2006. og det gør at vi får en lettere opvågning. Shit her sidder vi og laver handleplaner og så kommer der pludseligt noget dumpende ned fra KK, som siger sådan skal de laves. Men da vi kommer os over det chok, begynder vi at koncentrere os om hvordan vi kan vi sætte de har to ting sammen. Altså hvordan kan vi støtte personalet i at lave personcentrerede handleplaner. Men så kommer KOS og så stopper det hele.

Hvad sker med DPO?

Jeg ved det ikke helt fordi det starter en udviklingssygeplejerske. Da har jeg en snak med hende om hun kan tænke DPO og bringe roden i spil, idet det er der hun skal operere fra. Men jeg ved ikke hvad der sker videre derfra.

Jeg vil nævne, at samtidig med at jeg er optaget af sproget kommer HC og spørger mig om, jeg ikke kan hjælpe dem med at arbejde på en ny måde. Deres problem er fordeling af opgaverne. Det udmunder i de her kort. Og væsentligt heri er at de gør det anerkendt at arbejde i relationsarbejdet. Som det er mange steder får man plusser på hvor mange gange man har tørret røv, givet mad,

firseret hår og alt det der. Og der vil blive skævet til en, hvis man bruger for meget tid på sjov og pjat. Hvordan kan gøre det legitimt og det er faktisk den grundlag som vi står på. Det er vort fundament og heraf udspringer de her kort. Jeg tænker det som dekonstruktion af et magtfuldt sprog, og som et vigtigt skridt i at få lavet et skridt fra den gamle kultur til den nye kultur. Jeg kan blive hyggetryller og hvis du bliver sur på mig, så kan jeg vise dig det kort at det faktisk er min opgave. Det er alt sammen små frø til at implementere DPO og også til at kunne måle det mha. DCM.

Når jeg har supervision med personalet, starter jeg altid med ”Blomster” barometre som illustrer 6 forskellige DCM niveauer. OK hvis personen var en Blomst – hvordan havde personen det så lige nu? Så peger vi ind på en af blomsterne og spørger, hvornår har personen sidst været i en blomst på et højere niveau. Og så researcher vi på hvad er der sket imellem tiden. Det interessante ved dette er at personalet faktisk godt ved hvor borgeren ligger henne. Det er interessant – tænk hvis personalet godt ved hvordan borgerne har det. Ku’ man så i stedet ud fra personalet viden arbejde med borgerne i stedet. Dermed ikke sagt at DCM ikke har sin værdi. Og det at sidde og se hvad der sker på skraldespandssiden, og den gode side ikke er godt. Men det interessante er at der i personalet er en iboende viden – og det jeg tænker er at det er den, der er interessant i at få fat på. Idet jo mere de er i stand til at se beboeren som en blomst og bliver trænet i at få den her blomst til at rejse sig bare jeg gør noget andet. Jo mere vil man se af det i praksis er min hypotese.

Hvad skal vi med DCM?

Jeg tror – jeg ved ikke hvad man skal med DCM. Jeg kan se en pointe med det. Jeg kan se at det er et supert redskab til mange ting. Men om det er nødvendigt. Det ved jeg ikke.

Mange ting – hvad er det?

Det er et supert redskab til at lære og observere. Ethvert personale, der vil sætte sig ned og observere med det her redskab til komme til at lære rigtig meget – bare af at skulle observere. Det synes jeg det er helt unikt til. Men sådan er virkeligheden måske bare ikke helt. Men det ku’ det være. Jeg kunne være optaget af at personalet kunne lære at observere sig selv – i endnu større udstrækning, så de ikke behøver en dommer over sig, men at de i stedet kan blive deres egen udviklere i endnu større udstrækning. Så kan DCM give et overblik over hvor er vi henne i forhold til hvor vi er henne i forhold til hvor vi er i en gammel eller ny kultur og hvor er vi på vej hen. Hvor langt er vi over i en ny kultur og hvor langt er vi tilbage i den gamle kultur og det kan give et ledelsesmæssigt overblik over hvordan vi skal arbejde mere strategisk med DCM. Er vi meget tilbage i den gamle kultur i nogle enheder, hvad kalder det på. Det kalder måske på at vi ledelsesmæssigt skal gi’ meget energi til de enheder for at de skal løftes ved træning, undervisning, sparring, supervision, ved mentorskab ved nogen måder at arbejde på. Det vil det give nogen pejlemærker på. Så kan man sige at man som politikker kan få et overblik over hvordan – ikke hvordan det er – fordi det er kun stikprøver. I Bradford taler de om at det skal gøres hver 6. eller 9. måned – ja så er det en indikator man godt kan bruge til noget, men jeg synes også at man skal være varsom med ikke at tillægge det alt. Man kan få nogle indikatorer på hvor cirka vi bevæger os henne. Men det er vigtigt ikke bare at tage tallet for grantet – det er det der ligger bag tallet, der er interessant. Derfor kan tallet i sig selv være forstyrrende.

Hvad fremover med DCM og ”Blomsten”

Jeg tror Blomsten kommer til at gå ud over rigtig mange stepper. Jeg tror at den bliver en inspiration for rigtig mange world wide. Jeg tror at der sker noget i Bradford. Jeg tror at de kommer til at se en effekt af det budskab de jo egentligt vil ud med. Når de taler bliver det ofte om dcm, men

det er det andet de vil ud med. Det er jeg ikke i tvivl om. De har erfaring med at den måde de kan få det solgt på. Det er ved at sælge redskabet. Det er det sprog politikere taler, så kobler sig bare på et andet sprog – tænker jeg. Jeg tror at de kan lave dobbelt succes. Så kan man spørge om DCM skal være der. Ja det tror jeg. Det kan også være at den dør på et tidspunkt når man finder ud af at det er meget sværere end som så.

Interview med Paul Edwards, University of Bradford, 2007/06/26

0:00:00

We do a lot of development in dementia care in the UK. They are not always linked up to academic programs. So there aren't any specific in dementia care – They are set up in an academic mainstream way. There are lots of gerontological programs. You can do masters in a lot of different gerontologicals in different universities. But in dementia care we're the only one in the UK.

Is that b/c of the roots back to Tom Kitwood?

Yes I think so. It's back to the mid 1980's and the school of interdisciplinary – a mixture of psychology, politics, economics and so on. And he got interested in dementia care from that perspective - gave us a kind of theory, a model that might improve care for people with dementia. He gave us the tool DCM to look at developing dementia care in practice. It took off from there and 1992 was the first DCM course. And I think at that point there was Tom, his secretary and a researcher. And over the last 16 years it has grown to – I think that we're over 20 now. There are a sort of two arms to our work. There are our academic arm - how we do graduate and post graduate programs and things like that. We also have practice short courses arm and that's where DCM sits. So there's a broad range of things going on. A broad range of subjects covered on the academic side of things. What the team is trying to do is to create the specialist knowledge that dementia care practitioners need in practice. It's all got that kind of person centred framework around. And there are quite distinct modules that go on this. There's one ethics, one on research, there's loads like the one you'll see in mainstream academic studies. And we're just about to launch a really exciting module about people with dementia in physical care in hospitals. I don't know how it's like in Denmark but in the UK people with dementia have a really bad time in hospital compared to people who do. We have just developed a module around that and it'll be running from around next year. And that has taken dementia care into mainstream medical, surgical, nursing etc, which DCM is taking into as well. It's just growing and growing and growing. It must be hard to think back to how it was when it just was Tom, his secretary and a researcher. And also in terms of DCM in I suppose since 1998 it's not just a UK tool. We now have DCM in 23-24 different countries. And I just picked up a mail from somebody in Israel last night from someone who is an advanced user and he wants to take DCM over to Israel. We have never been in the middle east in terms of mapping. And that doesn't stop I just think it's incredible. And in Denmark I 2001 I think. And Germany and the states in 1998 might have been earlier. And Korea, Japan, Hong Kong – it just doesn't stop. I can't tell you exactly why!

But – do you have an idea why DCM spreading?

I think it's a lot of ideas but it's just theories. You can say that it's b/c of this common language that DCM gives us all to talk about - to negotiate about – what's happening in care. You can say that people are just looking to improve care generally. I could say that people like to measure things and here they found a tool to measure things. There's a lot of reasons for it. I think the one kind of common is that in most countries people are living longer and there are more people with dementia. People come to DCM with different reasons. The first Japanese to do a dcm course came b/c he's a health economist and he came b/c they were moving to long term care insurance and he thought that his tool might be a really good way of assessing how much money you should get in terms of your care insurance. Then he took that information back to some professors and doctors and thought that it might be useful for research and measure of quality of life. That's how it started there. I do not know the Danish story exactly. You might know?

CA – I know! It's the book about personcentret care was just coming in Danish and I read it and there were some about this method but noone could tell us anything about it. And then Eva and I travelled over here to do a course. From the start we wanted it to get to DK. PE: So your perspective where the philosophical perspective, that got you kind of hooked. CA: And it b/c it's very difficult to take care of the people, who is suffering from dementia. And there has been no good answers to that and this is a good answer.

And we do look for solutions and ways to sort that out. In two years time I do not know if any more countries will use DCM but I suspect that they will. It is interesting to see how it developed internationally over years and rapidly too.

And what about the UK? Is DCM also spreading?

Yeah I think is spreading but we also how a phenomenal of people coming back. We had DCM since 1991 and 1992 and there might be people who is mapping on DCM 1.0 and DCM 2.0 and they might have left it for a period of time and then coming back to it. So we got lots of new energy for it when people are coming back to it. But there are some projects going on across the UK where they are using mapping on sort of large scale. What we see now is that organisations instead of sending 1 or 2 up to do a course, what we see now is that we sent one or two trainers to the organisations instead. They realized that one mapper is not enough they need 13 mappers instead. And we got some really big care organisations with 90 to 100 homes and they need more than one or two mappers so it's more cost effective for them to bring us there. Plus we also find us self doing some kind of consultant work about the organizations set-up. So we also done quit a bit of that over the last couples of years. It's no perfect project going on. The organisation develops it in their own pace. Theirs just a few keyleaders in dcm, people leave organisations. It's slows down a bit until someone else is picking it up.

Is Bradford the only place where you can get you DCM education?

No we can come to them. Any course that goes on in the UK is run thought us. And all the trainers is licensed thought us. So their won't be any course going one that we don't about. And even the examples of some organisations where there's two trainers in one organisation, they book with people from outside which means we then get in contact with them. There's quit a wide distribution of courses where you can go on with DCM: Ireland, Scotland, Wales, London, Bradford..... We seem to have covered a lot this year in this country.

*So you meet a lot of people!*Ja I meet at lot of people and I get e-mails from people.

You talked about the academic and practical arm. I would like to hear more the practical arm. What are the challenges? What makes things go well? – not so well? Please tell us about that!

There's loads. I think DCM is full with problems right from start to finish. The mapper running DCM should be pretty well skilled- not just in mapping but in lot's of other things: working in organisations, being able to communicate with different levels, being able to plan budgets etc. They need to be able to do more than be a mapper. I think one of the first mistakes that happens when they going into organisations is: I got my manual, I got my certificate and I go ... and it all falls apart b/c there's not sort of thinking of how do I get this going in organisations. I met lots of mappers who had disasters on there's first maps b/c they haven't thought about that and I didn't tell them. There's lot of skills. On our course we teach people how to map and how to use the tool. But we don't teach how to use it in practise b/c we not in a care provider situation. We do not sat there

in a practical situation in a residential house mapping along side them (14:58). So that can be a problem when people need to have skills. There's been problems with mappers b/c mappers haven't been skilled enough. You can recognise that they shouldn't be mapping or are being effective even though that they got good observations skills and they can see what need to be done. I suppose the other practical things that people don't think about are money. People don't resource DCM along to it's final conclusion. They might train lots of mappers but to sustain that process you need an income strain to it people often don't think about it as well. Home administrator and budget planners won't commit.... You know we want at five or ten years plan to that. It's just impossible. So it's that issues. People do mistakes not coding right not using the tool in the right way not understanding the method. There's a real problem in reliability. You know two mappers mapping together how reliable are they. Are they seeing the same thing? That's been a problem. I think another practical issues we found is that people don't like observers. People don't like people watching. So it's how do you get round that kind of feeling be uncomfortable. We spend lot of time make mappers use their skills so that care workers and people with dementia feel bad worse with things going on. Also most projects aren't planned that well in terms of you know people just want to rush in and map and without doing all the planning that needs to be done to go on. So if that's all done well planning make sure that you can work in an organisation. Then you make your observation and you make sure that it's as well as it can be. Then there's practical problems after it and that's report writing, analyzing data and report writing, feedback and then action planning. Mappers tell me that they are most worried about feed back and that's a reel concern. And that's a different set of skills again. And I think from being in feedback situations with new mappers it's clear that we havn't trained them enough or they havn't had any training outside DCM. .You have to give feed back in at not threatening, positive and not judgemental way. Writing a report is often being a problem and how they're written. And it's a practical problem what people don't have time to analyzed data and write reports. Giving feedback been a and actionplanning what we do is an thorning issues. If mappers aren't skilled in all those different kinds of processes then problems occur. Lots of people have mapping going on and I have seen mappers with high PD's in their maps and they haven't gone back b/c they didn't know how to feed these things back. That happen a lot in the UK. On large scale projects it's all about planning and often when large scale projects have failed it's about planning: how many mappers do we need, how many units do we have, resourcers etc. There's different levels of practical applications that we have problems with. But that the same for any thing new if you take anything new into organisations they are not unique to DCM. They are other processes that you could take into organizations if you don't get I right and if you're not skilled to be able to do it. You gonna have a problem. We shouldn't think that DCM is different from anhy other process in the world. We just have to make sure that we have the right focus on details. There's a practical problem for people in understanding the philosophical too. If people don't understand what the set of care is all about. When you sitting there in a feed back situation, getting feedback about personcentret care – it might be the first time you ever heard about it. So it's an issues about education – I don't know what it's about in Denmark. Over the years in the UK we havn't invested a lot in the front line careworker in terms of their knowledge. If you work in dementia care it's easy money, you didn't have to be very skilled, you certainly haven't to be academic, and we didn't spend any time training people up. That's our history and if you meet anhy of these people in a feedback session. They won't understand what you are taking about. What they understand is how their resident is being upressed, fed, and that's what they all care about. And so you come in and talk about the persons experience, how they felt and that they upset that you're standing over the chair. And they don't register with it. So it's a very basic problem in terms of what education we're giving to our staff. And it's not being good. I do a lot of short one day courses. I still amazed that people don't understand the brain. There's lot of informations that you

could look on the internet. There's lots of information from people who work with dementia care. Even the very basics they don't understand. It's properly different in DK. You properly got a much better history of providing trainers to you carestaff but in the UK we still don't. (21:37).

What is the average level for your frontline workers?

In terms of qualifications we have a national vocation qualification (NVQ) it's level two which is like an O level which is when you leave school at 16 and you take level two which is a very basic level but non the less it isn't basis if you haven't studied before. Most people working in nursing home do have to have that qualification.

How many years must you study to take level two.

I suppose that you can do NVQ level two in a year. And then it's level three which is a more advanced level. Most people are trained to that level NVQ level two.

Where about does the nurses come in?

Nurses are trained to diploma level which is equivalent to level four.

If you have level four – do you need to take the whole nurse study?

Yes you do. Nurse study is also about the amount of hours you study. So you have to do so many hours to become a nurse – so many hours practise and study. It's one of our registrations requirement to become a nurse. You can either take nursing as an undergraduate diploma study or as an Bsc. And I think that it is three years still. Most will have an diploma regardless whether they are in dementia care, surgery..... (25:04)

But in terms of residential and nursing care you don't have high skills of nursing on the floor. You have care assistants or care aids there's lots of different levels. The ratio of qualified to unqualified is some very poor – very poor really. Some countries are very different I don't know how DK is like.

What's DK like.....We're facing the same problems but the level of qualifications and years at nursing schools are higher..... (26:00) but we also employ another group occupational therapists and nursing teachers.

They are mainstream in care facilities. They are often services that are brought in. It's not usual to have this facilities n the carehouse. To have them as part of the team – some better organized do have ot's in the house.....talk about the willowhouse with 30% ot and nursing teachers..... (27:42) We have activity organizers but they are unqualified or some kind of nursing ass. Who do this kind of activity that an ot might come in and do. Lots of houses would have those but they are unskilled layers. Traditionally those kind of staff have not been valued in our kind of health system in the UK it's always been dr. and nurses. If you ask our ot they will tell you tell and they are still a small group and they are employed with rehabilitation. It's probably changing You might ask Hazel (one from BDG) about that. But it will not be 40% it will not happen.

So you made a decision – YES!(CA). It's part of the policy of demencia in CHP municipality. .

I think it's make sense. We have al those cultures and professional kind of cultures which we have to get over in the UK. We're not very good at I really. We have difficulties with the cultures the medical culture and the nursing culture. It's like tribalism it's like different tribes. And we do not engenere or foster good relationship between these groups. It's a problem for us I think that we don't start to work more multidisciplinary in teams. But what we tend to find is that people just stick to what they know instead of that cross fertilisation of ideas that does not work. Hazel will tell you

more about that. I think she's got a master in filosofi about the way different occupations work. You seemed that more kind of joint working is going on in DK.

I think we also facing some of the same challenges. Now DCM has gone from nr. Version 7 to 8 what does that mean according to the challenges you told about in the practical arms?.

In the principals of practise book we are much clearer now how to set up mapping how to run a mapping project, what skills you need, how you can sustain mapping, how you think back, how you write a report. There's a reference guide that should be really helpful to mappers – we never gave them that before, we just gave them the manual. About briefing and feed-back there properly 3-4 pages. So I think we have tried to be serious on adjusting those issues. (31:52). We had working parties going on in different countries when we went from seven to eight. I was chairing the organizational changing that was where I spent most of my time in DCM is moving organizations. We were working really hard How do you in practise make this happen and I think the result is great and it's in that book and I think that it gives great advice that we never gave before. In training we might have given it verbally to people. So from my expirince I remember when I was running a project I did this and it all went wrong. We haven't picked it out for people but we did it in the 8. Edison. It's easies to understand. We have taken some of the assumptions that's in the 7. We been talking about it earlier It's a table on the back in the 7. manual if you score this much it's great. And we're taken that table out b/c so that people don't get the wrong idea of what's mapping is all about. There has been a case in the UK and what's happen is that people suddenly become the greatest knowledge person in dementia care b/c they done a DCM course and then gone in somewhere and told the staff that it's terrible and walked away. b/c we just didn't make it clear what mapping was all about. It'll get much better in the latest version. What we do is to make people serious think about what mapping is about. We even tell them about when not to map. When will you not map in an organization. Some just turning up and mapping in an organization regardless of what's actually is going on. So I think that DCM have forced us not only on the technically side of what bcc's and pd's is but also what is the process. What is the best practise process that we want to see. And I haven't even be clear about it. You might have a look and see what you think. I has forced us a lot. When dcm seven was written where was so many practises as it is now. When dcm seven was written it was written in the UK and it had some slight input from other people. And when eight was written it was feed back from all different kind of countries that we didn't have before. All sort of different issues and that we just could pool into the development to make it much easier. I think it's much easier to teach b/c it much clearer as a tool. And we give people much more guideness and support than we did before from the process and not just the tool. We have to wait and see. Three years down the line DCM projects is not still doing as they should. Maybe we need to think again. It's better it's no doubt. When you look at that book compared to the dcm mamual - you'll see. And you get the book as well as the manual. But in the end you can teach people as much as you like. You can talk to them about. You cant teach the basic course, the evaluator etc. You can do all off that but in the end it about human skills it's about being able to transform what you see back to caretakers. You know – I think that we tri to adjust as much as we can but mapping doesn't make at bad mapper good and it doesn't make a bad home good. It just shows it up. It's always the personality issues about doing it. I think that you can't legislate from that.

Human skills! Can you say something more about that?(36:22)

Human skills it about being able to communicate to different levels to all levels, you can talk money to the finance manager, to peoples heart on the floor. I think what you need to do is to create the right social psychology around the process you're delivering – going to the careteam looking them in the eyes and saying that I gonna give you feed back on this and I gonna open your

eyes about it. If you can't do that you properly shouldn't be mapping. And if you don't have your empathic radar on sort of scanning for feeling and you don't change how you gonna say things and all the rest of it. It's like working with mental health and clients and that all kind of physiotherapy. Basic you should know when to open up and when not to open up, knowing when to listen, knowing when to hold yourself, it's all those kind of things you need to on a human level. It's what you need to do on a human level. It's the same you need to providing care to people with dementia, supporting the staff or implement DCM in a large organization. The reason people buy us in for our organizational services is b/c of the relationship that we're developing for them. A great brand a great name is helpful, but actually our rebooking rate is 97% with the organization we worked with once and that's why we're building strong relationships. You can't do this work, you can't ask people to change in developing things seriously about where their philosophical standpoint is one day and how it's gonna change the next on less the persons activity. You just can't do it. Theirs no point going in their with the big stick and sort of telling people of they should change if you not prepared to change yourself or to describe the change you have in yourself and you not prepared to listen to them and that's what good human skills is about. Thinking, planning, allowing you know all those kinds of things is that's goes on in a relationship. If my wife was here to listen to that she wouldn't believe it.

And what about the employees skills – some of our staff is very young, unskilled, short-time hired etc. how do we bring them into the world of Tom Kitwood? Can we force them?

The social psychology around the place is important. If everybody around have a certain feeling of how this social psychology should look like. I can remember as a student nurse in my first placement in dementia care in an old institution. I used to move people in wheelchairs without any footwist on the chair just tipping them back in the chair. Nobody told me that I had to do it that way. and I just watched what was going on in the environment and that was how they did it. But the social psychology don't have to be like that. And if you got some kind of keypeople in working on that kind of level. Even if people isn't really interested in Tom Kitwood and that kind of stuff. If the psychology around they copy. That's the best you can hope for in that situation. I don't we can reengineer peoples brain if they just their for six weeks. But it's the social psychology that's gonna be all right. And when you go tomorrow to see fountain court talk to them about the introduction program that we run. One of the things that we been doing for their large organization not just for one home what we been doing over the last 18 mounth we been running an intro program for all the new staff.

And what is an induction program?

When you come into an organization you have a certain period of training. They might tell you about the fire policy, confidentiality etc. But what Machela wanted them to home she's the home manager of this place. This things is important but the things we want the skills staff work with in the person centred way in dementia in our service. So what we were doing is to help them running an inductionprogram for all the care stuff, drivers, boss etc. on good dementia care and what that means. That's for all the new staff but also for the exciting staff in the organisation. So once every three day we run a three day program. I do two days and internally the do one day. The first day is about the brain and all that person centred working. The second day is their day and it's about health, nutrition, quality, stuff. And the third day is about understanding behaviour and try to think about it in different ways. It's not master studying but practical for people on the ground coming face to face with people with dementia and having to deal with those kind of tricky issues day in and day out. What can we do? We can give they a bit of information to help them. And I hope that you'll see that kind of skills demonstrated in that kind of unit. b/c what I have see when I go their in

a complete absence of malice in social psychology or if it does go on it's very quickly sorted out. It's just not common practise. That's properly why I having their induction program.

Is it one of the best nursing home in the UK (CA)?

I not know. I have quit close contact with that organization. I have different work with them. I know if I have a close look around five or six month ago I thought it was amazing how they managed to integrate philosophy and technology. They worked perfect and they were great. They did great lifestory work and they developed their work. They had artist coming. I wouldn't mind living there if I had dementia.

Is it private?

No it's from our social services.

Is it a nursing home?

No it's social care so they got social workers social care worker rather than health. They divide health and social care. They don't often meet in the middle. So it's a question whether the person need health care or residential care and they are provided by different set of skills and staff. I don't know about you? But sometimes I feel ... talking about people on work..... (47:34)

You talking about copy – but much of the work is done when the staff is alone personal care etc. How do they copy ?

I have a saying what you don't know you not know. So what you left with is you instinct of what you should do. And you can tell people of what they should do. And you have to trust them.talking about unskilled problems and elder care and payment in generally and Paul asking.....(49:13 – 59:09).

I would like to face another aspect about Tom Kitwood – It's about Tom Kitwood in practise and as study object. Some times it's more interesting for the staff to study TK than to practise TK? What's our comment on that.

Jahh They might have a theory but how do they get their relationship with their human being. That's different to teach b/c people have to develop their skills over time. They have to be human and there's lot's of thing that hold people back from going into relationships maybe how they are feeling at the time. Maybe they embarrassed, shy, etc. They don't feel they get paid enough they burn out and theirs lot of reasons for that. I have met professionals that talk about being person centred. You can give them reference after reference and papers after papers but when you see how they interact with other people you see they never linked it to the philosophy of TK. And human change takes a long time and theirs some people that just can't do it. They just need to go and find another job.

.....talking about unskilled problems and elder care and payment in generally and Paul asking..... (00:00 – 01:11)BREAK.....

Back to the feed-back!!! Who can do the feed back?

Buttomline is whoever gives the feedback does to have an open not judgemental attitude to what they say regardless on what level you are. (1:17 – 1:34)

Interview med Lars Bo Bülow, omsorgschef, SUF, 2007/11/14

Jeg vil gerne først høre lidt om, hvad der sker i kølvandet på at der bevilliges kr. 10 mill. I år 1997?

Ja – det er rigtigt vi får 10. mill. til at udvikle noget demens – Ka’ man sige! Og væsentligt i den forbindelse er bl.a. at CA er blevet faglig konsulent hos mig. Og vi begynder at sige det her kan vi fagligt set gøre bedre. Det er der vi begynder at få nogle overvejelser over, hvordan definerer vi et fagligt miljø, som er bæredygtigt snakker vi om. Det er som en sige ildsjæle får mig til at løbe koldt ned af ryggen. Det er godt at sætte noget i gang med ildsjæle, men det er ekstremt sårbart, når de samme ildsjæle forsvinder. Og sådan oplevede vi det lidt. Vi havde mange demente og vi havde det de kaldte levegrupper og jeg sagde altid dør man så alle de andre steder hvis man ikke er i en levegruppe eller hvad skal det betyde. Det var KK navn på en skærmet enhed – altså mindre enheder i en større institution med seks til otte pladser. Hvor man var særlig dygtig til borgere med demens og hvor man havde en særlig normering.

På alm. Plejehjem?

Ja det var sådan spredt ud på 14 – 16 - 17 plejehjem og det var selvfølgelig de steder, hvor forstanderne havde særlig interesse for det og det synes vi at det fagligt set var en sårbar måde at drive det på. Vi synes også at det meget vel kunne være meget uens kvalitet. Det der var i de der grupper – det var de faglige diskussioner vi havde i centralforvaltningen når vi reflektere over, hvordan ser det her område ud. Og så fik vi en bevilling til at prøve at starte forfra. Og det var så her at vi prøvede allerførst havde vi et hus på amager, som vi forsøgte at få lukket, men det gik det tove fergo i som man siger fordi hun var valgt på amager og hun tog til genmæle i pressen og tv lorry – det gik bare ikke. Så det hjem blev lukket nogle år efter, overladt til SOF som lavede det om til et hjem til udviklingshæmmede. Det er et smukt gammelt hus. Det er ligegyldigt – Det viser sig at vi ikke kan finde et sted at prøve de 10. mill. af indtil vi får øje på det hus i Bystævnteparken, hvor Pilehuset ligger i dag. Det var et gammelt lægehus som du ved og blev brugt til alt muligt andet. Det kunne være muligheder der – og så kom de 10 mill. i gang.

Var PH det første sted som kom i gang? – hvad med Nørrebro

Nørrebro var skabt under andre omstændigheder. Nørrebro var bygget om i 1994. Og da havde man lavet sit eget projekt med at man ville tage borgere ind af den meget vanskelige slags. Og de havde så de her 66 boenheder som var i 11 grupper. De har lavet en meget flot evalueringsrapport – jeg synes ikke at den rummer hele sandheden. De skriver ikke så meget om hvad som sker på den lange bane. Det kan være svært at opretholde livet når der sker så meget at de ikke selv kan deltage i det. De var noget andet – De var sig selv. De var anderledes. Men vi ville gerne bygge det her op. Og selvfølgelig blive nørrebro en del af Demenscentertankegangen fordi de har så mange boliger. Og får vi mulighed for at opruste med et dagcenter tilbud til dem. Så siger vi OK – Vi har konceptet at vi har dagtilbud, midlertidig og varige døgntilbud. Det var demenscenter tilbudet i 03. sådan tænkte vi det dengang. Og så var det nærliggende at tænke Nørrebro, når vi kunne inddrage et hus og gøre det til dagcenter, så havde de også alle tre funktioner. Og så har vi jo som du ved i mellem tiden lukket de midlertidige boliger der over. Fordi 11 ud af 12 boliger var permanente og vi betalte 5000,- i husleje pr. måned. Og med den huslejeudgift var det helt vildt. Ja – hvor kom vi fra....

Ja vi skulle gerne frem mod DCM?

Så sker det det at vi bliver fascineret af ham der Tom Kitwood fordi hans bog bliver oversat til DK – så bliver det sådan lidt mere tilgængelig. Og Eva og Charlotte arbejder meget sammen og Dorte Høg som er på videntret oversætter bogen. Og alt det her er filtret lidt ind i hinanden. Vi hører

om metoden, og de arbejder med den i Bradford og vi får mulighed for at søge den her pulje for at undersøge om den her metode er noget for os. Så det er via ministrielle midler at Charlotte og Eva kommer der over og får deres uddannelse. Tanker var så at vi kunne se at det var rigtigt mange trosretninger – så kan man arbejde med marto meo, reminisens etc. men der var ikke rigtigt nogen systematiske metoder og det udviklede sig til at vi i forbindelse med udarbejdelse af demenspolitikken, siger vi så at på et demenscenter skal man systematisk arbejde med kvalitetsudvikling af omsorg – og det forsøger vi så at bruge den her metode til.

Er det både DCM og DPO?

Grundlaget bag ved er Vibekes blomst altså den personcentrerede tilgang til borgeren. Den anden side af mønten er så at gå ud og måle på om – gør man – folder vi det ud vi vil. På den måde synes jeg at Tom Kitwood er med til begge dele. Og ja så får vi et meget omfattende målingssystem og man kan godt diskutere om det så er ressourcerne værd. Men det var så en af nøglerne bagved det at give demenscentre en ordentlig normering, at sige vi har så også et krav fastlagt i politikken. AT vi bruger den metode som er beskrevet i politikken og som vi nu har lært. Og det fik vi også sneget ind i et bilag til en udvalgsindstilling – således at det formelt set også er en politisk beslutning, at det gør vi i KK. Det er det flere som forsøger at problematisere hele tiden. Ja det ligger bagved konceptet, at det er det her krav. Det er ikke det samme som at sige at ikke kan ændre på det, at vi kan bruge andre metoder, hvis vi bliver klogere. Som jeg husker vore diskussioner dengang, var det ikke metoder, som var systematiske – det at arbejde med reminisens er at kigge på nogle billeder og marto meo er meget fokuseret på enkelt individ orienteret og sikker meget godt at arbejde med. Men her har vi rigtig mange mennesker som bor i et center og vi skal til gode se alle. Det synes jeg har været en øjenåbner, når jeg hører nogle fortælle om metodens brug, det er at man så får øje på dem som ikke gør opmærksom på sig selv. Så når man kortlægger samværet i fællesrummet, får man øje på hov fru hansen sidder bare der over i hjørnet i lang tid. For pokker hvor er det godt. Det er som en af de forstandere som nu skal være demenscenter siger: vi ved jo godt at vi ikke er mennesker nok til at gøre noget for dem som er stille. Vi er kun nok til at gøre noget for dem som skåber problem eller laver uro eller gør opmærksom på sig selv. Og her synes jeg at vi får en mulighed for at få en teknologi, der egentlig giver os oplysninger om alle de her som er tilstede i fællesrummet som vi observerer og mapper på.

Målingerne bruges ind i organisationen! Kan de bruges ud af til?

Jeg synes - Min kernefilosofi bagved er at bruge målemetoder, er at de skal bruges hvis de giver dig selv mening i arbejdet og giver dig mulighed for at arbejde med din kvalitet. Og du kan lære noget af det. Ja offentliggørelse er kommet for at blive. Men at kigge på resultatet af en score på en hjemmeside, der viser at en måned har de det gennemsnit og næste måned et andet. Det er det sikkert nogen som gerne vil kigge på – jeg synes ikke at det er kernen. Kernen er at man får målinger og data, man selv kan arbejde med og som giver personalet en oplevelse af – hov nu er det noget som virkelig hjælper mig med at gøre min praksis bedre og nu fik jeg tre gode råd den anden dag på det og sådan synes jeg også at hele læringen omkring indberetningen a futilsigtede hændelser, som vi lige har diskuteret i dag skal være. Og som også står i regeringens kvalitetsreform, at vi skal til at arbejde med akkreditering og selvlærende tilgang. Altså afløs tilsynene og det at komme ud og kigge. Lav noget selvevaluering om vi lever op til det vi har skrevet og som vi har vedtaget at vi skal levet op til. Vi kom op på en tre men vi skal da op på en fire eller fem. Sådan så man bruger den viden man får ud af den her teknologi til selv at lære. Det synes jeg DCM gør rigtigt godt. Det svageste ved DCM er den her feedback ting, den var det ikke meget fokus på i den første tid og heller ikke fra bradford side. Men det er der det rykker. Skide være hul i alle de her grafer – Kommer man ud i den gruppe som man har observeret og via en

tilbage melding her får noget til at rykke og de føler det er rigtigt godt og fagligt udfordrende og givende – så er det der det skal rykke. Det er hvad jeg hører at de kommer i den her dialog om hvad der er observeret.

Så DCM er en læringsteknologi? Hvad så DCM som QC teknologi?

Jeg synes kvalitetssikring er for statisk et ord, hvor kvalitetsudvikling mere signalere læring. Og vores direktion taler også om kvalitetsudvikling for to måneder sagde kvalitetssikring. Så de skal jo også lære – kan man sige. Man har en teknologi som virker fremadrettet og som giver faglig mening. Og selvfølge skal vi ud og måle vor brugertilfredshed. Det skal vi måske ikke lige gøre på de sværeste demente. Men kan vi alligevel via nogle observationer også se har de det godt. Vi tæller ikke smilene, men vi gør noget som er bedre. Det var hvad vi snakkede om igamle dage – skal vi ikke tælles smil. Hvor mange der det i en dagligstue – og da er metoden jo fin. Metoden viser hvordan deres befindende. Jo meget krævende teknologi omfattende, tidsmæssigt og arbejdskrævende. Men den er det værd som jeg ser det. Den giver nye oplysninger og instrumenter at arbejde videre med i udviklingen.

Er feedback omdrejningspunktet – ingen feedback - ingen kvalitet?

Observationer og offentliggørelse på nettet – det rykker ikke en pind. Det skal man ikke bruge dcm til. Jeg tænker også at vi er rigtig dårlig på mange felter når vi udvikler ind i egen organisation. Vi udvikler uden at vi hæver os op og kigger på det samlede. Det kunne være min vision for demenscentre, at når vi har noget mere af det og de er bedre fungerende alle sammen at vi så låner os tilbage og sætter dem sammen som arbejder med det og siger – hør er det noget her vi kan lære af og få indblik i mht. hvad der var svært hos jer. I har jeres - er det noget som dukker op på den etage og som andre får til at dukke op. Det er rigtigt svært når man har så mange data – men det kunne give os nye handle og udviklingsmuligheder.

Mit indtryk – og det må du gerne kommenter er: at centrene er små øer uden meget kontakt!

Det er også baggrunden for at vi har lavet sådan et demenspladsanvisningsnetværk. Og det er så sådan en Jesper Fisker agtig tilgang til det. Han synes at vi udnytter vore stordriftsfordele alt for lidt. Han synes at vi er alt for lidt ensartet på den gode måde og at vi lærte alt for lidt af hinanden. Og det er det her område også et eksempel på, man får lov til at udvikle sig ind i hinandens områder, men der er ikke nogen krav om at man skal hæve sig op og at man skal kigge på tværs. Tankemæssigt var DCM jo at man ikke skulle mappe hos sig selv men at man skulle gå ud på de andre institutioner og gøre det. Sådan at man alene af den grund mødte nogle andre faglige miljøer og fik nogle ideer. Ligesom jeg mødte det på akkrediteringstur i Canada for nogle år siden. Det var højt professionelle personer som var ude og akkreditere institutioner via sådan noget selvlærings. Altså projektgrupper og selvlæring og evalueringsskemaer, som de sendte ind til akkreditørerne og de kigger på og kommer ud, går rundt, snakker med folk, tager stikprøver af journaler og gør mange forskellige ting. Og giver en feedback i forhold til den selvvalgte rapportering. En lærende tilgang – det som de der akkreditører sagde var at – vi spurgte Hvorfor gør i det her, i tager 10-15 dage ud af jeres organisation om året. Og i får kun rejseudgifter betalt og overnatning på hotel samt en meget beskedent diæt. Vi får så meget inspiration, det er fantastisk for os at komme ud og se på andre organisationer. Og høre om deres erfaringer – det giver os så mange ting med tilbage. Det er rigtigt godt giver ud for os personligt og fagligt og for vor organisation. Og sådan tænker jeg også om DCM – det kunne være den måde at man fik en mere ensartet tilgang til det i KK, men at man også lærte mere af hinanden. I stedet for at der er en som ringer til Charlotte for at få gode råd om hvor

mange nattevagter vi skal ha'. For fanden ! Ta' ud og se hvordan det fungerer andre steder. Og oplev det! Jeg ved ikke om du ved at der har været en sådan telefonsamtale. Jeg sagde til dem at de skulle tage ud og besøge jer, være der, se det. Det er ikke nok at ringe.

Hvad med demensområdet – Det er jo ikke så stort – kan man ikke kalde det en lille niche i den store ældreverden?

Og det er det jo – hvis vi ikke har den her niche så er det jo en meget større niche og det har vi haft før og det er netop den oplevelse der har været med til at skabe de her meget specialiserede tilbud. En oplevelse af at vi havde nogle borgere som var rigtig vanskelige, rigtig dyre og som vi var rigtig kede af mht. den indsats vi gave dem. Vi gjorde det ganske simpelthen ikke godt nok. Den rigtige indsats det rigtige sted, den rigtige faglighed, det rigtige sted kan man sige. Det gør alting billigere siger økonomerne, men det gør også alting ting meget bedre. Det er rigtig at det er en niche, men man kan også sige at det er en niche at have 16 borgere med Chorea Huntington. Og ha' dem liggende på 16 forskellige plejehjem er meget dyrere og rigtigt meget dårligere. Det synes jeg at vore pårørende har demonstreret vildt meget ved at fortælle om. Vi går efter at have ca. 300 pladser til de her med særlige behov. Og der er fantastisk vigtigt at de her mennesker får et ordentligt møde med vort system og får et ordentligt liv de sidste år. Man kan altid diskutere hvor specialiseret man skal være og hvad skal man kunne rumme på en institution. Det bliver vi nok ved med at diskutere resten af vort liv.

Lars Bo du sagde noget om at det var en diskussion om DCM om det var tvang, var det obligatorisk eller ej (21:11)?

Det er det ikke, men der er mange der prøver at problematisere det. Det vil vi ikke og det er det ikke. Vi vil hellere bruge andre metoder. Og det jeg siger er at jammen så må vi få en snak om hvad dcm er. Så de andre demenscentre forstår hvad det er – for de siger fra uden denne forståelse.

Hvorfor det? –handler det om metodefrihed?

Ja men det er også den gamle forståelse om at et ethvert oplæg er kun et oplæg til en ny diskussion. Og her har direktionen meldt klart ud – hvis man ikke vil bruge DCM så skal man bare ikke være et demenscenter. Og så har jeg den opbakning som jeg har brug for. For så kan jeg gå ud og sige at det kan godt være at i vil moderere metoden og det kan godt være at i vil bruge den nye version. Og så kan vi diskutere hvordan vi skal bruge den. Om vi skal bruge den på den tredje måde eller på den fjerde måde. MEN DCM det skal vi bruge. – da må vi jo lytte til dem som bruger den. Det er dem som sidder med det.

Hvad med tværfagligheden? Er det til diskussion?

Ved du hvad? Jeg har ikke hørt det problematiseret. Jeg tror at det er bevidsthed om at det er brug for tværfaglighed fordi det er nogen som har mere styr på dagligdagen end alle de der pleje- og omsorgskulturer.

Hvad med vibekes blomst – den er vokset frem inden for rammerne af DCM?

Ja det er rigtigt og det kan også være at processerne skal til i en eller anden sammenhæng men bryggergården skal måske ikke ha' lige så lang proces som Pilehuset. Men noget skal man ha' så man få ejerskab osv. Man kan undre sig over. Jeg ved at man har lavet værdigrundlag på andre centre men hvorfor ligner det ikke lidt mere Tom Kitwoods. Men det er fordi jeg har aldrig haft magt og akt til at sige i skal gå ind og arbejde med det her. Det er først de senere to til tre at det er kommet en meget mere bevidst stillingtagen til at når det er noget som er godt – så behøver man ikke at opfinde noget nyt. Nej så må man prøve det af.

Pilehuset værdier er hentet i DCM!

Ja de er jo universelle Det er processer og det at få ejerskab til dem. Det er det man skal gøre. Det er derfor det har så stor gennemslagskraft når Vibeke er ude og underholde i dem. Det er ikke kun hendes metode. Det er fordi det taler lige ind i os alle sammen. Sådan vil vi gerne ha' det sådan vil vi gerne ha' at vor mor har det. Og hvad i sådant et miljø hvor man gør sådan og hvor man tænker sådan. Derfor er de universelle og kan bruges på alle mulige andre steder end demenscentre.

Kan de det?

Ja jeg tænker også DCM og Tom Kitwoods tilgang til det. Jeg har undervist på forskellige metode undervisningsseminarer. For Eksempel udviklingshæmmede området som jeg havde før. Nu står det kvalitetsreformen at de sociale institutioner også skal arbejde med akkreditering. Ja det handler om at tage de her metoder ind og identificere hvordan har det de her otte udviklingshæmmede som bor i bo og levegruppe og som ikke har noget sprog. Kan man ikke bruge præcis den samme metode og have nogen som sidder og mapper i 6-8 timer og observere hvad der foregår. Hvis det havde været sådant noget nede på det der Strandlund nede i Nyborg. Så havde det nok aldrig været skjult kamera. Så havde man set at personalet jagede folk i seng.

Det er interesse fra udviklingshæmmede området for DPO – men ikke for DCM!

Det er angsten for målingerne. Det er noget jeg tror vil rykke sig rigtig meget i Danmark de næste 10 år. Det er også derfor jeg lige tog kvalitetsreformen med. Det er hvad der står heri: Vi skal væk fra kontroller og bagud skuende. Sådan læser jeg det hvis jeg læser det meget positivt. Vi skal væk fra alle de her bagud skuende fejlfindingsting. Hen af i en fremadskuende kvalitetsudviklingskultur. Som også de sociale institutioner skal eksperimentere med. Og det står det faktisk på side 103. Systematisk læring af fejl, forsøg med indberetning. Fokus på faglig udvikling og kvalitet, målinger af bruger oplevelser og bruger tilfredshed og akkreditering som skal reducere behovet for tilsyn og kontrol.

Hvad så følger DCM med – Det blev fremhævet på den internationale konference at DCM forudsætter DPO, men DPO kan klare sig uden DCM! Hvad er den kommentar hertil!

OK – Det kan den godt. Jeg synes bare at man mangler et perspektiv. Når man skriver kvalitetsudvikling til brug for det sociale område. Så er det netop lige et slag i bolledejen for at nu kommer der andre toner i forhold til hele det der store område, hvor vi indtil nu bare har sagt at bare vi er dygtig faglig så har borgerne det også godt. Det er ikke nødvendigvis rigtigt. Det er også hvad jeg ser på børne- og ungeinstitutionsområdet. Det kan godt være at pædagogerne synes at de har en rigtig god institution, men det er ikke sikkert at de kan stå til det hvis de blev målt. Hvor mange gange råber de efter ungerne når de er ude på legepladsen, er det virkelig nødvendigt at råbe. Kan man ikke gøre det på andre måder så børnene ikke bliver bange. Eller så de får indbygget en kultur at man ikke råber efter hinanden. Jeg synes at det er så mange eksempler, at man kan sige der er rigtig mange dårlige vaner som kunne blive fanget op af en systematisk måde og da kan DCM være en måde. Jeg siger ikke at det er den eneste. Men at arbejde med det som metode til de svageste.

Du nævnte modstand mod DCM og ønske om metode frihed – er der ingen som tager imod dcm?

Jo jeg synes netop at når man kommer ind under og finder ud af hvad det er så bliver man rigtig glad for det. Når man står foran bakken er det svært at kigge derop, man når man kommer halvvejs derom så og får øje på hvor rart det er – og når man så kommer helt op og kan se udsigten. – Så hold da fast hvor rart det er. At vi tog os sammen til at gå derom. Sådan tænker jeg at det er – som et billede på det.

Du nævnte ildsjælende – (Charlotte er en af dem) – du var kritisk til dem

Når jeg tænker på ildsjæle er det i en kritisk kontekst. Det er når ildsjælen driver et lille sted med syv borgere med svær demens og som pludselig bliver nød til at flytte til Jylland fordi manden får et andet job. Så forsvinder tilbudet fordi personen forsvinder. Jeg håber sandelig at Charlotte har været i stand til at bygge en organisation op med så mange dedikerede mennesker at hvis Charlotte forsvinder så forsvinder DCM og Tom Kitwood ikke. Jeg tror på at en ildsjæl er vigtig, men du skal også ha' blik for hvordan man får permanent blik for det faglige i den her organisation, så det ikke forsvinder med den her person. Sådan oplever jeg det, når jeg besøger Pilehuset og jeg hører om det. At det fungerer ude i husene om Charlotte er der eller ej. Det er ikke noget som er personafhængig eller ej. Ildsjælene er gode til at bære det ind i organisationen til at sætte bålet i brand. Altså lave gejsten til at det er det her man vil .

Bliver DCM – eller forsvinder den igen?

JA OG NEJ! Jeg tror at den bliver, men jeg tror også at man er nød til at forenkle den. Det er som det sker i alt udvikling. F.eks. med MEMSE testen så tester man nu på otte parametre i stedet for tyve og sådan tror jeg også at man bliver nød til at arbejde med DCM metoden og kigge på hvad der især giver os værdi. Vi skal måske ikke bruge seks timer vi skal måske ikke bruge alle observationer. Vi kan måske gøre det enklere og kortede. Er der nogen elementer der er særlige kritiske og som vi måske kan bruge i kortere tid. Vi skal hele tiden have fokus på ressource spørgsmålet.

Jammen så bliver den jo ! Jeg tænker på skal den erstattes af f.eks. marte meo eller en anden.

Vi har et udviklingsområde som hedder stabil drift. Og det er en af direktionens program erklæringer. Og derfor må vi tænke på hvad er det vi rulle ud over folk. Her til formiddag har vi snakket om utilsigtede hændelser og akkreditering. I virkeligheden hvis vi prøver at tænke på de ting som kommer skal vi tænke akkreditering, må vi tænke på hvordan vi kan få det til at spille sammen med det vi gør i forvejen, så vi bare oplever at vi får mere af det vi gør i forvejen og ikke får nye krav der kommer indover. Altså kommer akkreditering kommer der krav om medicin givning der skal være retningslinjer for det og lokale retningslinjer for det. Yes det har vi fordi vi har vor lægemiddel instruks og vi har retningslinjer udarbejdet. Det er fint der kommer et krav herom fordi det har vi allerede. Og at vi så prøver at tænke på den måde. Så de ikke oplever at nu skifter de hest igen. Så nu skal vi prøve BSC i år og noget andet næste år. Sådan har det været oplevet. Jeg ved ikke om du har læst Christian Bartoldy og Karen Sonnes master og alle de styringsteknologier der er rullet ud over hjemmeplejen. Karen Sonne kan du maile til. Der er rigtig mange styringsteknologier de har været udsat for. De har lavet sådan en og lavet en cirkel over alle de teknologier vi ruller ud over vore decentrale enheder, så tænker man vi skal altså tænker over hvor tit vi skifter hest. Det kommer uværgeligt når efter kvalitetsreformen, men vi skal ind og præge det så det kan være et supplement til det vi gør i forvejen. Det er det vi skal gøre. Det handler om at vi skal ind og præge det. I det forsøg på at skærme af. Så kom der en socialminister, der ville certificere alle institutioner og så kom der en anden. Jeg har holdt oplæg for alle de selvejende bestyrelse. Og holdningen var ja det skulle de ikke. Og der er brug for paratrefleksioner. Det handler jo at lave selvlæring og måske bygge it op som gør det let for lederen.

Kan dcm kravle ind i reformen?

Det kan jeg ikke udelukke. Folk vil nok forlange at få forskellige instrumenter. Det her land er ikke til en trosretning De vil nok sige at vi vil have tre forskellige metoder. Men et krav om selvlæring og så stille metoder til rådighed.

KKnet har en stor pamflet af teknologi – vil det sige at det bliver færre.?

Jeg vil ønske og håbe det. Jeg synes at vi er et for lille land til at have en selvstændig billet. Altså på en eller anden måde bor der så få mennesker og vi er et så lille land. Her bor sølle fem millioner og kan vi ikke finde ud af at lave – nu øver de sig meget på hospitalerne for at få samme ensartede faglige standarder i de fem regioner før var det 14. Hvis vi kunne få evidensbaserede faglige standarder og ”best practise” så er landet ikke større end det kunne gælde hele landet. Alle borgere med svær demens burde have krav på tilfredsstillende omsorg, der bliver mål og vurderet. Interne vurderinger og så kunne der komme nogen udefra hver tredje år og se hvordan vi arbejder med det. Arbejder de med det på den rigtige måde – sådan kunne man jo godt bygge det op. Så det ikke var en fejlfinding men et system hvor læring blev omdrejningspunktet. Sådan at du som leder kunne se Hvordan arbejder de med det her, er det nogen steder på den afdeling hvor det ser kritisk ud. Jeg tror lige at jeg skal over og snakke med dem næste gang de har personale møde. Og høre om hvad der sker her. Altså både bruge det i sin daglige ledelse og i udvikling. Og det er her du og jeg som leder får øje på det og italesætter det derude. Det er sådan processer sættes i gang. Det er sådan jeg tænker. Min tilgang er – det kan godt være at man ikke vil DCM – og det kan godt være man ikke vil det. Men det kommer man til. Og så kan det godt være at man skal have hjælp til at komme op på bakken og se lyset. Det er det der er i det. Og hvis vi kan få lov til at fastholde faglige fyrtårne. Faglige målsætninger. Jeg synes netop at demensområdet og special tilbud er hvor vi er på europaholdkortet. Vi gør det bedre end de gør det nogen andre steder. Det vil jeg æde min gamle hat på. I vores center siger vi til centermøde at vi skal huske at prale. Det skal vi gøre hver gang. Vi vil gerne prale. Som leder skal man så læne sig fremover og skygge når der kommer regn og når solen skinner læner sig tilbage!

Det bliver så sidste kommentar!

Interview med Anne Christoffersen, Demenscentret Pilehuset, 2007/11/28

Jeg vil gerne først høre lidt om, hvornår du hører om Tom Kitwood?

Det gjorde jeg da jeg læste på hjemmesiden. Det er lidt over fire år siden. Og Da var jeg nydannet ergoterapeut og jobsøgende. Jeg ville faktisk noget helt andet, men jeg har tidligere været inde for det her fag. Og som ergoterapeut troede jeg at jeg skulle et andet sted hen. Men så læser jeg det og føler det rigtigt interessant. Så tænker jeg endelig er det nogen som tager det her alvorlig og som beskriver det og som har et redskab til en anden form for omsorg. Og så søger jeg stillingen og får den. I starten søger jeg andre stillinger samtidig med at jeg er ansat i Pilehuset. Men så blev jeg bidt af det. Og så blev jeg her.

Hvordan fungerede DCM dengang – det må have været før ”Blomstens” tid?

Det var det her. Det var ikke særligt beskrevet noget som helst. Der stod noget om DCM på hjemmesiden. Jeg kan huske at der var lidt til introdagene. Jeg tænker at det er sådan en boble over det, som gør at det skal ind i alle kontekster. Det bliver helt klart for mig mht. at bruge det som refleksionsmetode i forhold til medarbejderne. Og det bliver helt klart da Vibeke laver ”Blomsten”. Det spiller også ind at jeg fik lov til at gå på forvaltningshøjskolen.

Er du DCM uddannet?

Ja det har jeg. Jeg har den første. Men jeg bruger den ikke. Det blev bestemt, at alle skulle have uddannelse, selvom man ikke skulle bruge den. Det skulle lederne i første omgang og i næste omgang blev det samlet til et par stykker. Jeg har været nysgerring, men jeg har ikke brugt. Personligt finder jeg det meningsfuldt, at man får andre øjne på ens arbejde. Og at det bliver til noget man gør – og ikke kun til noget man siger man gør. Man kan jo sige at det lyder fint at vi laver personcentret omsorg, men hvis det ikke er hold i det. Og på den måde kan vi sige at vi er der jo ikke endnu. Men vi er da på vej. Meget på vej - især det sidste års tid. Det er bl.a. ”Blomsten” som gør det. Nogen gange har det været som man har været mere udadvendt i organisationen mht. personcentreret omsorg end indad. Men efter Vibeke er blevet ansat, har der været andre kræfter, der er gået i gang, dels med blomsten, dels at ledelsen i de enkelte afdelinger tager blomsten til sig. Fordi den kan været et rigtigt godt redskab til at reflektere i dagligdag og i handleplaner. Men det forudsætter at kompetencer og forståelsen af vigtigheden herfor. Hvis du spørger alle medarbejdere i sådant et interview – så vil du nok høre at ikke alle forstår, hvad personcentret omsorg går ud på. Men vi begynder at høre herom i flere og forskellige kontekster. I supervision er Vibeke begyndt, at blive mere bevidst om at integrere DPO og undervisning og sådan nogle ting. Hvis det ikke er på plads så bliver introkurset – jo bare noget som er glemt efter en måned.

Hvordan skal det fastholdes i dagligdagen?

Det er ledelse men det er heller ikke nemt. Især ikke med betingelserne. Fuld af fordomme vil jeg pege på, at pleje- og omsorgsektorens medarbejdere ikke er vant med refleksioner – og de er heller ikke uddannet hertil. Og hvis du skal arbejde ud fra personcentret omsorg - så kræver det at du kan reflektere over din daglige praksis og lære heraf og af de erfaringer du gør dig. Det bliver en ledelsesmæssig stor opgave.

Hvad leder man på?

... .. Værdier! Er mit bud. Der grænser for hvor meget kan lave om på personer.

Har man tid til at arbejde relationelt?

Du laver ikke andet. Men det afhænger også af hvilken uddannelsesmæssig baggrund du har. I min verden – så laver man ikke andet fordi jeg er ergoterapeut, så jeg laver ikke praktiske opgaver uden at andre er inddraget i det. Og selvfølgelig laver jeg også praktiske dele, men er ikke det vigtigste.

Kan vi klare os uden DCM?

Ja og nej! Ja – så længe feedback eller supervision fortsætter. Nej – fordi det offentlige også har den vinkel at vi skal se om kvaliteten er god nok. Og på det område kan vi jo ikke droppe DCM, idet det er en kvalitetskontrol, og det har man brug for for at få handlemuligheder. Men det har også betydning for refleksionen.

Hvad med overvågning og DCM! Er det modstand mod det?

Det er både og! Så længe vi som medarbejdere informeres, ved hvad formålet er, er det ikke noget problem. Det skal være fortrolighed hermed, så bliver det en afslappet måde, og det har Vibeke været rigtig god til. Hun gør det til en god og anerkendelse metode.

Hvad med handleplanerne – Hvordan går det med dem?

Nu er jeg ærlig. Igen mht. demensligningen og blomsten – det handler om at bruge dem i refleksions øjemed og bruge udarbejdelse af handleplaner til refleksion. Så dermed er det også en mulighed for at lære at reflektere. Medarbejderen er bedst hvis det er struktureret, men det er hårdt arbejde. Da skal du være med på samarbejde også afdelingerne i mellem. Det kræver både tid og kompetencer til refleksion.

De første handleplaner var jo uden DPO. Men det drøftede vi på en af vore temadage. Jeg havde længe været irriteret over at det kun var fokus på det sygeplejefaglige. Og da prøvede vi det af. Det er dog ikke blevet fulgt op på det. Men det personcentrerede kom ind i handleplanerne f.eks. livshistorie.

Hvad med KOS elektronisk – hvad bliver det så af det personcentrede?

Ja det afventer jeg ledelsesmæssigt. Jeg har kigget i KOS og da er det personcentrerede jo ikke taget med. Men jeg tror ikke at det er noget problem, idet vi jo ikke har lavet om på planerne, men vi er bevidste om at inddrage de personcentrerede fokusområder i problembeskrivelse. Vi har jo ikke lavet nye overskrifter. Det er ganske vist fokus på problemer først, men det er jo også plads til ressourcerne. Det er jo det der gør det svært. F.eks. når det står problemer, så har vi supplere med behov. Og så har jeg sagt til medarbejderne at de skal tage udgangspunkt i livshistorien og derfra vurdere behovene i forhold overordnet og del mål.

KOS tager udgangspunkt i diagnoserne – hvad betyder det?

Det er vi jo vant til det. Det er vi jo opvokset med. Men vi skal bringe interaktionen ind i handleplanerne. Jeg mener jo ikke at det skal være så sygdomsorienteret men der skal være en viden om det. Tænk hvis det var dig som var syg og gik til lægen – så ville du jo heller ikke ha' at lægen ikke vidste nogen om behandling, men var god til at spørge og tale med dig. Folk kommer her, så synes jeg også at de har krav på, hvordan man skal være i interaktionen. Det er også det Tom Kitwood siger. Men hoved fokus er ikke der. Det skal være på lige fod.

Er det sygdomsorienterede i fokus hos jer i enheden?

Nej det er ikke i fokus fordi der er så meget andet, men det er på lige plan med de andre mange medarbejdere ved jo ikke hvad en række sygdomsbegreber er. Men de kan heller ikke med Tom

Kitwoods ord reflektere og ondartet socialpsykologi. Man arbejder på begge plan. Men også med læringsmuligheden. F.eks. med handleplaner.

Hvornår er arbejdet færdig, når jeg arbejder personorienteret?

Når du går hjem og så starter det igen dagen efter. Det er jo så et problem. Idet det igen kræver kompetencer hos medarbejderne til at sige og ikke har forventninger og ikke bliver stresset af at ting ikke bliver færdig. Og de bliver ikke færdig.

Bliver du stresset?

Nogen gange gør jeg. Og så siger Kirsten til mig, at hvad vi ikke når i dag, når vi i morgen. Men jeg kan godt lægge arbejdet fra mig, når jeg går hjem. Men det er det medarbejdere der ikke kan. Og så er det jo også at man skal kunne arbejde under kaos. Det er det. Vi er ikke nogen som er perfekte – så vi dumper alle sammen i. Og det er jo også det som må være svært ledelsesmæssigt, når personalet tror, at arbejdsbyrden er som i den gamle kultur.

Hvornår må jeg gå ud og ryge?

Hvornår du må det – Det må du når borgerne må ryge. Det er jo også en ting her i huset med pauser. Det kræver stor selvdisciplin at arbejde inden for det her – fordi at se jeg har nogle behov og så skal jeg finde de tidspunkter, hvor de ydre behov er minimale i forhold hvornår jeg skal holde pause. Jeg kan jo ikke holde pause, når der er store behov i mine omgivelser. Det kræver selvdisciplin og stort overblik. Nogen gange er det så ikke noget som hedder pause. Og det er jo svært. Så er det nogen som siger – nu har jeg lyst til en smøg og så går jeg ud. Eller også er du god til at finde en genvej. Det er virkeligt svært. Det er ledelsesmæssigt - Vrøvler jeg? Ja det er vel ledelsesmæssig, hvis du ser at medarbejderne har behov de ikke kan styre. Så må du jo give dem redskaber hertil. Som leder har du medarbejdere med forskellige behov og så skal du jo facilitere og støtte op.

Skal medarbejderne selv finde ud af hvornår de skal have pause?

Ja det mener jeg, men du kan jo også have medarbejdere som ikke tager med ansvar og melder sig ud. Så må du jo støtte op som leder. Det er svært!

Hvad så hvis der er store behov hele tiden?

Så må man jo sætte sig sammen og finde løsninger. Men hele tiden... ... Hvis man som leder tager dialogen, det er man nød til. Hvis man pådutter - så stjeler de. Der er jo flere muligheder. Enten må lederen gribe ind. Lige pt. eller også må man ... ellers må nogen slippe hvad de har i hænderne for at overtage. Vi har jo altid muligheden for at sætte dagsordenen og tilrettelægge dem efter vort hoved. Det lyder svært refleksivt, men det er lettere i praksis. Ser du positivt på det – så lykkedes det som regel.

Hvad gør pilehuset for at medarbejderne kan arbejde relationelt?

Der er ikke mange rammer for det i Pilehuset. Det er svært for alle kan ikke lære det? På den anden side kan andre ikke overtage deres plads. De har så behov for at arbejde efter faste rammer. De skal have mere firkantede rammer. Vi er allerede begyndt. Vi snakker meget om at vi skal have det samme alle – i DPO eller ledelse mener jeg at det er en fis i en hornlygte. Hvis en har brug for faste pauser eller sedler på hvad de skal gøre, så må vi jo tilpasse det. Ellers skal den ledelsesmæssige argumentation være i orden.

Hvordan ser DCM ud om fem år?

Der er jo ikke opfundet hvordan det skal gøres. Og ting tager tid. Ofte skal vi gennem mange stadier som skal videre udvikles. Jeg tror at DPO giver en rigtig god grund. Jeg tror at det kommer til at gå fremad og det kommer til at gå stærkt. Det krævet meget samarbejde og refleksionsmæssigt og gode ideer til hvordan det kan gøres. Så det ikke bliver en overordnet ide eller intension. Jeg tror at det bliver meget bedre. Hovedsagen er at man har en leder som gerne vil det.

Du siger at refleksion er det vigtigste – men vi har medarbejdere som ikke kan hvad gør vi ved det ?
Det første skridt er i forbindelse med samtalen. Jeg kan huske da jeg blev ansat, da havde jeg en case, som viser om man kan reflektere. Måske skal det hele struktureres om. Måske skal man måske ikke reflektere, og i stedet vurdere grundværdier og om de er på plads. Måske skal arbejdsopgaverne fordeles i forhold til hvem som er god til hvad. Hvad ved jeg? Jeg har ikke bolden! Måske skal man lave det man er god til – i stedet for at alle laver det samme.

Det bliver så det sidste ord – tak!

Interview med Demensteamet, SUF: Kim Pontoppidan, Christian S Frederiksen, Linda Heinrichson, 2007/11/29*Hvor og Hvornår møder i DCM og blomsten*

KPR: Det gør vi på to forskellige måder. Jeg møder det som en del af KKs værdigrundlag og fordi jeg som ansat i DT skal have basisuddannelsen. På det tidspunkt i 2002 er det DT som mapper i Pilehuset. Det gør vi et par år og DTs rolle som mapper aftager og ophører ifbm. at VDB bliver ansat som udv.konsulent.

CF: Jeg møder DCM inden jeg bliver ansat i teamet. På det tidspunkt var jeg gruppeleder på Nørrebro demenscenter. Og vi skal have tre mappere på kursus, det er nu ikke mig, men jeg hører om det i den forbindelse. Så møder jeg DCM, da jeg bliver ansat i teamet. På det tidspunkt er det et krav for ansættelse at man deltager på og består DCM basis og DCM avanceret. Jeg bliver mødt med det som et krav ifbm. min ansættelsessamtale. Alle i teamet har uddannelsen. På det tidspunkt da jeg bliver ansat og (2003) er det teamet sammen med Vibeke som står for samtlige mappinger i Pilehuset. Som jeg forstår historien er det i forbindelse med handleplanerne, at det første gang bliver skrevet at DCM skal anvendes som kvalitetssikring på demenscentre og det vil sige i dag: Pilehuset, amager, nørrebro, bryggergården og bonnerupgård. Og det betyder at det er et ikke ubetydeligt antal ansatte på demenscentre, der skal uddannes. Derfor sker der en boostning på området. Vi i demensteamet har nedskrevet som et af vore kerneområder, at vi tilbyder mapping til både demenscentre og plejehjem, men der er ikke et tilbud, som det bliver gjort brug af. Jeg tror at jeg har været ude to gange. Tilbudet fremgår af vor hjemmeside.

Hvad med teamet som undervisere?

CF: Det har været tale om at teamet skulle op på undervisningsniveau, da viser det sig, at der skal være en fra Danie tilstede ved undervisning, hvilket gør at det ikke er noget formål i at uddanne os 3-4 stykker, hvis det alligevel skal være en repræsenteret fra Danie. Da faldt det naturligt at det blev Vibeke. Hun havde arbejdet mest med det på mange felter. Da faldt det mest naturligt, at det blev hende. Og vi andre trak følehornene til os

Taler vi 04?

CF: Ja vi taler 04, Historisk har det noget at gøre med at den tidligere souschef stopper. Han var leder af demensteamet og Vibeke bliver da leder af teamet. Men det er kun for en kort stund og i stedet bliver det Charlotte Agger. Derved går vi fra en tæt og nær ledelse til en ledelse på et mere overordnet plan. Set i bakspejlet er det inden tvivl om at det at gøre teamet ansvarlig for mapping var et led i teamets overlevelse. Og rent strategisk var det nok formålet med at kvalificere os den vej.

Vil det sige at i ikke har mappet siden 04?

CF: Det var vi ikke fordi Pilehuset, så heldigvis tager over på det. Og internt laver deres eget system for at se hvordan det skal passes. Vi tilbyder stadig at komme ud og mappe. Men som sagt det er aldrig blevet efterlyst ude. Vi kan godt sige, at vi er blevet lidt rustne mht. vore DCM kompetencer. Og vi kan vel også sige, at vi ikke highlighter det. Tidsmæssigt har vi ikke turdet at gå ud over kravet om 6 timers mapping – så det er en tidskrævende opgave. 6 timer mapping plus rapport plus briefing, så er vi oppe i en 10-12 timer og det er mange timer i forhold til hvad vi ellers kan nå på 12 timer. Hvis du forstå mig ret – hvis vi bare går ud og superviserer. Men det kan jo være at det ændrer sig med tiden, idet jeg kan forstå at vi har fået grønt lys for at gå ud og kigge i kortere

perioder og i mere specifikke situationer og anvende mapping som redskab der. DCM er god men seks timer er meget.

DCM ruster for jer i teamet! – Hvad med personcentret omsorg eller blomsten?

CF : Nej ikke DCM det er mapping som ruster. Vi er stadig ude og profilere DCM i forbindelse med vort kompetenceløft. Kompetenceløft er i forhold til de fem demenscentre. Det er et tilbud til alt nyansat personale, hvor vi løfter sløret for hvad bl.a. DCM er Vi havde fokus på DCM i starten, men så var det en periode, hvor vi ikke gjorde det og nu har vi taget den tilbage igen. Vi går ud og taler DCM, vi går ud og løfter sløret for, hvad det er for noget.

Hvem er vi og hvem bestemmer, hvor meget DCM skal være med?

CF: Vi er vi i temaet. Ja vi har stor handle frihed. Eller en stor grad af handlefrihed.

KPR: Ja – men vi er nu i samarbejdet med HR staben og de vil gerne ha' noget om DCM. Så lagde vi det ind og nu har jeg netop været inde og snakke med skolen om det. Og det var ikke det hun lige havde tænkt på – så nu er den taget ud igen. Men det er det en grund til – det er sådan lidt frem og tilbage.

Hvordan er kompetenceløft programmet opstået?

CF: Historisk er det sådan at vi sætter os ned i 2003/4 og mødes med forstanderne på demenscentrene for at høre, hvad er det som rører sig, hvor mange dage skal det være, hvor mange timer skal det være, Hvad skal det indeholde. Da vi har gjort det og fået masser af bullits på hvad kompetenceløft er for noget eller kunne være for noget sætter vi os ned og laver kompetenceløft programmet. Og udbyder det så derfra. Og tillader vi os at påstå at når vi er ude, så kan vi løbende justere både med til om nogle områder fylder for meget eller for lidt og om det er områder som vi på politisk hold kan høre er væsentlige, men som ikke er indeholdt. På den måde tillader vi os at sige at vi bestemmer, hvordan programmet skal udvikles løbende.

KPR: Ja med mådehold – det er et program som løbende bliver clearet med både Charlotte Agger og Lars Bo Bülow.

Er handlerummet blevet mindre eller større de seneste år?

CF: Vor handlerum er klart blevet større. Historisk set har sikkert meget at gøre med at vi dels har siddet uden leder, dels ikke har haft en direkte daglig leder. Så vi blev meget autonome og har forsøgt at fylde rollen ud på godt og ondt – Vi mærkede også en mulighed for selv at få indflydelse på udviklingen.

5 dages kompetence løft – hvordan foregår det?

Vi tilbyder dagene og så skal forstanderne søge for at tilmelde deres medarbejdere. Konceptet har ændret sig løbende undervejs. Til at begynde med skulle alle institutioner igennem det – da underviste vi på hver enkelt center for sig. Nu er tilbudet til nyansatte, og hvert center får et vist antal pladser. Programmet ændrer sig dvs. at dem som var af sted i første omgang i 2004 får en anden undervisning end dem som kommer af sted nu. Og det er et resultat af at vi har forfinet programmet undervejs. Og da har vi handle frihed i meget stort omfang.

Hvor meget DCM er det i programmet?

CF: I starten var DCM en halv dag og så er det blevet mindre. I dag er det max en time.

KPR: DCM bliver mindre fordi vi går ud og laver en møgdag på Amager med et produkt som handler meget om DCM. Det var en melding om at der skulle undervises i DCM, men forstanderne sagde i kor, at det skulle af kompetenceløftet. Det var flere ting i det. En var at deres medarbejdere var på DCM kursus hos Danie. En anden var at der var modstand mod alle kategorier og målinger.

KPR: På det tidspunkt var Vibeke blevet leder af teamet og hun trådte i karakter. Hun udarbejdede en dag om personcentreret omsorg. Og da ryger DCM så ud eller reduceres kraftigt.

Det er så paradoksalt at DCM ryger ud – når det står i handleplanerne at DCM skal anvendes?.

CF: Det er helt OK. Cirka halvdelen af alt personale på demenscentrene bliver i 2004 sendt af sted på en decideret DCM basis uddannelse hos Danie. Og enkelte ryger af sted på avanceret og alle andre får en helt dag med personcentret omsorg og DCM light udgave. Og det er med til at gøre det formålsløst, at vi står med DCM til det samme personale som har været af sted på kursus i det samme og siger det samme en gang til.

Hvad har de så brug for?

KPR: Det er meget ambivalent i forhold til mig. Det er klart at hvis man skal mappe så skal man til danie og Eva Bonde og have sin uddannelse der. Vi kan tilbyde personcentreret omsorg.

CF: Men på det tidspunkt blev der ikke skelnet mellem DCM og personcentreret omsorg.

KPR: Ja det er rigtigt – men det var alligevel klart at det skulle være tre dage om personcentret omsorg eller DCM på kurset. Det Charlotte Agger der melder det ud. Og så kommer der noget til med magt og medicin og handleplaner. OG her kommer så demensligningen i fokus.

CF: Ja demensligningen dukker op gennem Vibeke, idet hun er blevet underviser i DCM og her er demensligningen en del af undervisningsmaterialet. På Basis eller avanceret møder du aldrig demensligningen.

KPR: Ja det er arkæologiske lag fra Tom Kitwood, der dukker op. OG det bliver samtidig Vibekes mantra.

CF: ja vi bruger Blomsten allerede første gang på denne ændrede DCM dag. Altså møgdagen, der bliver lavet om til personcentret omsorg og da bruger vi blomsten fra første dag.

Er det fra kompetenceløftets dag 1?

CF: Ja det er fra dag 1.

KPR: Det gennemfører vi fra første dag. Tom Kitwood taler om de tre elementer i omsorg. Og her er det at ligningen kommer ind som et værktøj for at forstå borgerens behov, hvilket bliver til en dag – og det fører igen til at vi bl.a. til at vi laver en dag om aktiviteter. Og så kommer dagen med magtanvendelse. Og det er på det tidspunkt hvor Mussmann rapporten kommer og her et en af hovedpointerne, at der skal noget social pædagogik indover. De dokumenterer bl.a. at hvis man giver et tre dages kursus i psykologi, så falder magtanvendelsen med 50%. Og det læner vi os rigtigt op ad. Og det bliver så den sidste og femte dag.

(Linda Heinrichson kommer til....)

Hvad med konsultationer – har det noget at gøre med DCM eller personcentreret omsorg?

KPR: DCM ligger på sådan et grundlæggende basisniveau. Vi ved noget om QC metoden og værdien i arbejdet. Men det er ligningen og Blomsten vi bruger i vore konsultationer til at afdække borgerens behov.

CF: Når jeg ser tilbage på min historie. Og jeg har stort set altid beskæftiget mig inden for dette område. Og jeg har altid haft enormt svært ved at formulere overfor de øvrige ansatte, hvad der er – hvis man kan tale om det? Hvad der er rigtigt og hvad der er forkert. Det med at formulere den pædagogiske tilgang? Skal det være den metode eller skal det være den metode? Og så da jeg kommer herud møder jeg Kitwood og DCM. Hvorfor skal vi vælge den tilgang frem for andre. Og da giver Kitwood et svar på, hvorledes borgeren kan opleve større grad af velbefindende. Når jeg er ude har jeg simpelthen Blomsten med på bordet for at skabe en forståelse for borgerens behov. Og dermed hjælpe personalet til at forstå at det forskellige mennesker med forskellige behov der er tale om. Og også her giver det mig og andre en aha oplevelse i forståelsen og det er især i startfasen, når jeg møder nye medarbejdere, at jeg bruger blomsten til at åbne samtalen med om borgeren. Nogen steder adopterer de den og tager den til sig, andre steder synes de at den er spændende og andre steder igen giver den ikke mening.

Jammen – de får jo undervisningen i 5 dage!

CF: Ja men vore konsultationer er på de øvrige plejehjem. På demenscentret bruger de den.

KPR: Og jo skarpere vi er blevet på konceptet, jo mere brænder vi igennem. Jo større er interessen.

Hvad bruger de blomsten, det personcentrerede grundlag, dcm eller ???

KPR: De bliver heglet igennem de muligheder der er i blomsten og vi får god feed-back. Den generelle tilbagemelding er at det er en spændende måde at forstå borgerens behov på.

CF: Jeg vil sige at det er stor forskel i centrene, hvor meget de bruger den. På den måde at i Pilehuset bliver den anvendt meget målrettet og man har ansat en udviklingskonsulent som alene arbejder hermed. Det har man ikke på de øvrige centre.

LH: Det er det jo forskellige grunde til. Jeg tror mere at vi introducerer et koncept end en forståelse.

CF: en af de helt store grunde til forskelligheden er at Pilehuset har taget den til sig frivilligt, medens de andre har fået at vide at de skal bruge den. Ud over at det er et redskab man ikke frivilligt at valgt er det også nogle interne magtkampe på forstanderposterne, der gør at historierne der bliver fortalt ned i organisationen i forhold til Kitwood og blomsten er markant forskellig. Jeg vil sige at der er et center, hvor man hader den.

LH: Man kan jo sige at hvis man ser på Pilehuset så har man taget det hele til sig og udviklet det i metaforprog med skraldespande, gartner, handsker og jeg ved ikke hvad. Kommer man ud et andet sted – f.eks. sidder vi fire her og har et problem med Hermann et eller andet. Så kan sproget i den personcentrerede tilgang hjælpe os med at tale om problemet på samme måde. Ellers sidder vi tit og taler om det på fire forskellige måder.

Hvad vil ske med DCM? – hvad vil ske med ”blomsten”?

CF: Den personcentrerede omsorg er jo allerede omskrevet flere gange siden Kitwood skrev om det, og den er kommet for at blive.

KPR: Ja - På min uddannelse hed det jo egen omsorgsmodel, men det var jo ikke med individ og personen i centrum. Og her tilbyder Kitwood noget nyt, som vi har brug for.

Hvori ligger det nye?

De har nået de fire borgere skal tage op, de er vasket, de er kommet op at sidde, de har fået tøj på, de har spist, de sidder klar med klokkesnoeren hæftet ved skjorten. Vi er i sådan en standards-, tvangs-, hospitalspleje. Vi tror at vi skal behandle borgerne, men vi står i et felt, hvor vi ikke kan helbrede. Her tilbyder Kitwood en anden måde at forstå på. En måde, hvor arbejdet ikke ender, hvor borgeren ikke bliver færdigbehandlet.

LH: Ja og derfor vil DPO ikke forsvinde, men det vil DCM i sin nuværende form. DCM skal ikke være hvermandeje, det skal løftet op til at være en kvalitetssikringsmodel. Altså skal det være hvor mange gange skal det foregå på et center, hvor skal det være etc. Så det i stedet bliver nogle kvalitetsmålere på DCM området.

CF: Det tror jeg også. Det bliver en del af et samlet testbatteri, hvor marte meo også kommer til. Den erstatter ikke DCM, men det bliver en række af forskellige testbatterier man kan bruge for at få forskellige vinkler på problemstillingerne.

For at lære, for at dokumenter eller for noget 3?

CF: Vi skal helt sikkert sælge det som et læringsredskab. Personalet bliver huk på det når de finder ud af at det kan lære dem at sætte ord på nogle af de ting de har svært ved i dagligdagen. Men også til at sikre kvaliteten – det bliver for begge dele.

LH: Jeg ser DCM som et overordnet kvalitetssikringsredskab.

"5 Skarpe" til afdelingsleder, demensteam, udviklingskonsulent og forstander

Fra: Thomas Nissen

Sendt: torsdag 06. december 2007 12:11

Til: Kirsten Venbjerg; Elisabeth Rydahl; **Annemette Boje Kaas**

Emne: interview

Kære afd.ledere!

Tak for jeres hjælp og gode refleksioner over DCM og Blomsten i interviewet

Jeg har i forlængelse heraf lyst til at stille dig fem skarpe - er du med på det? - hvis ikke er det helt ok!

Hvis du er det kan du enten gøre det skriftligt ellers kommer jeg rundt med diktafonen!

I nævner i interviewet at i bruger Kitwood checkliste i opfyldelsen af borgerens individuelle behov?

Kan du styre på så meget -og så personcentreret dvs. i forhold til hver enkelt borger?

Jammen sådan skal det ikke forstås. Idet det ikke foregår i dagligdagen.

Hvordan gør du det - og i forlængelse heraf fravælger du noget?

Det er et check, vi indimellem gør og da bestræber vi os på at se det hele billedet. Det er svært at sætte ord på, idet jeg har det meste på rygraden.

I interviewet med jer også i andre interview fremhæves, at "det går hurtigt" i Pilehuset", Lars Bo taler om "et fagligt fyrtårn" etc.

Hvilke eksempler kan du fremhæve på at det går hurtigt?

Bl.a. min egen enhed – da vi går fra en enhed med 6 borgere til to enheder med otte i hver.

Hvilken betydning får det for dig og din ledelse "at det går hurtigt"?

Jeg synes at det er spændende, men det kan også være stressende. Det udvikler mig, men det er også hårdt. Især FT projektet og jeg har absolut ikke lyst til at åbne endnu en afdeling i morgen. Det er især svært, fordi vi ikke kan få rekrutteret. Og det er jo ikke blevet lettere af at HC samtidig åbner.

Ang. feedback og supervision!

Hvor ofte aflyses - og hvor mange medarbejdere deltager ca?

Det bliver altid gennemført. Men det er ikke altid at fremmøde er så stort.

Fra: Thomas Nissen

Sendt: torsdag 06. december 2007 12:11

Til: Kirsten Venbjerg; Elisabeth Rydahl; Annemette Boje Kaas

Emne: interview

Kære afd.ledere!

Tak for jeres hjælp og gode refleksioner over DCM og Blomsten i interviewet

Jeg har i forlængelse heraf lyst til at stille dig fem skarpe - er du med på det? - hvis ikke er det helt ok!

Hvis du er det kan du enten gøre det skriftligt ellers kommer jeg rundt med diktafonen!

I nævner i interviewet at i bruger Kitwood checkliste i opfyldelsen af borgerens individuelle behov?

Kan du styre på så meget -og så personcentreret dvs. i forhold til hver enkelt borger?

Det ved jeg ikke om jeg kan. Vi bruger jo Kitwood som en checkliste, og dermed forsøger at være bevidst på både rod og blomst. Vi når det ikke altid på skrift, men vi prioriterer borgeren i dagligdagen.

Hvordan gør du det - og i forlængelse heraf fravælger du noget?

Selvfulgelig lever vi ikke op til det – og det er altid et spørgsmål om prioritering. Og er det lovgivning – ja så går det ud over borgeren. Vi arbejder som heste på hvert niveau. Vi mangler arbejdsro til at følge op på de planer vi f.eks. lægger på lederseminar.

I interviewet med jer også i andre interview fremhæves, at "det går hurtigt" i Pilehuset", Lars Bo taler om "et fagligt fyrtårn" etc.

Hvilke eksempler kan du fremhæve på at det går hurtigt?

Ja vi siger jo at vi udvikler os hele tiden. Jeg kan give mange eksempler f.eks. de seneste års mange projekter.

Hvilken betydning får det for dig og din ledelse "at det går hurtigt"?

Det bliver ikke "grounded" alt det vi sætter i gang. Det er ikke altid at vi er tro mod os selv f.eks. har vi været i gang med ABC mapperne i 4-5 år og vi er ikke færdig med dem endnu.

Ang. feedback og supervision!

Hvor ofte aflyses - og hvor mange medarbejdere deltager ca?

Vi aflyser aldrig!.

Fra: Thomas Nissen

Sendt: torsdag 06. december 2007 12:06

Til: Vibeke Drevsen Bach

Emne: opfølgning på interview - 5 skarpe

Kære Vibeke!

Jeg har lyst til at stille dig fem skarpe - er du med på det?

Hvis du er det kan du enten gøre det skriftligt eller kommer jeg rundt med diktafonen!

Du fortæller om at arbejdet med DPO ikke kun er et arbejde!

Hvad mener du med det? - Kan du give et eksempel – KORT!?

Så vil jeg pege på at det handler om borgerens liv, og dermed så det er ikke kun et arbejde. Jeg mener, at man kan sige at man så at sige træder ind i et andet menneskets liv. Og det er givende. Jeg vil sige, at jo mere de mærker – jo mere tager de ind Man skal kunne lære at lukke af.

Du har udviklet "Blomsten" - Og den har spredt sig til supervision, vægge, undervisning etc.

Hvem har spillet den væsentligste rolle i spredningen?

Charlotte og jeg på to forskellige måder. Min erfaring og fortælling herom har inspireret hende til at gå videre - hun har set potentialet og bakket op om det, tænker jeg

Blomsten retter sig mod opfyldelse af de social psykologiske behov jf. Kitwood!

Hvorledes sikres opfyldelse af de basale omsorgsbehov?

Det ved jeg sgu da ikke ;-) spørg charlotte eller en anden som har det fokus ;-)

Hvorfor er temadage, intro, undervisning etc. obligatorisk?

Spørg charlotte - men jeg tænker at det er et forsøg på at tydeliggøre spillebanen samt bidrage til at højne kvaliteten i omsorgen over hele huset.

Hvor mange aflysninger har du på feedback og supervision - ca. i %?

Tja, supervision - det kan du gå ind og undersøge via min kalender - jeg kan ikke nå det nu, men det er registreret i kalenderen. Også om det er mig eller dem der aflyser.

Feedback

- i år er de stort set for mit vedkommende blevet afholdt alle sammen (har dog 2 liggende som jeg skulle give i denne uge - som ikke blir givet før jul). De har selv aflyst. Når de er afholdt er det desværre med ganske få deltagere 2 max 3 ud af en hel afdeling ;-(samt en leder og måske souchef)

Kirsten og camilla har også stort set afholdt deres - men ligeledes med få aflysninger.

Fra: Thomas Nissen

Sendt: torsdag 06. december 2007 10:59

Til: Kim Pontoppidan

Emne: opfølgning på vort interview

Hej Kim!

Jeg vil gerne stille dig fem skarpe som opfølgning på interviewet - er det OK?

Hvis det er det, må du må gerne svare skriftligt på det - ellers vil jeg komme rundt med diktafonen - en dag blot 5-10 minutter.

I nævner Mussmann rapporten - at der skal noget social pædagogik ind over!

Hvis noget kommer ind, går noget så ud? Evt. hvad? – og hvad betyder det at borgerne i højere grad har sygeplejefaglige behov

I det store perspektiv handler det om at flytte praksis. Og dermed lave et opgør med det sygeplejefaglige. Og det skal være en fornuftig afbalancering mellem pædagogik og sygeplejevidenskaben. Uden at sætte tal på vil jeg sige, at det sundhedsvidenskabelige fylder rigtig meget i hverdagen. Det må ikke smides ud med badevandet.

Du siger, at respons fra undervisningen er "at blomsten er en god måde at forstå borgerens behov på!"

Er det nogle behov kan man ikke forstå ud fra "Blomsten?"

Hele den sundhedsvidenskabelige del er ikke til at få øje på i "Blomsten". Jeg ser, at "Blomsten" skal hjælpe det sundhedsfaglige personale til at få øje på borgerens psykologiske behov.

Du nævner i interviewet "dårlig stemning" mht. til feedback da teamt kommer på banen mht. DCM

Hvad mener du med det ?

Det var på et tidspunkt, da vi tilbød DCM. Der var usikkerhed herom. Folk omlevede, at de blev kigget efter i sømmene. Som om det var dem og ikke beboerne, der blev mappet. Det at ha' nogen tilstede som kigger på ens praksis, er der ikke tradition for. Som jeg ser det i dag, var det medarbejdere som ikke var klar til det. Jeg var vejleder på en sygeplejestuderendes opgave, og en af hendes konklusioner var, at kort uddannedes succeskriterier er at kunne klare sig selv. Jeg ved ikke om det er relevant i den sammenhæng.

Du nævner "standard-, tvangs, hospitalpleje"

Hvad er en standards-, tvangs, hospitalspleje?

Det er meget af den sygepleje der kører i behandlingsregimer, hvor alt er planlagt. Som jeg ser det, er det flyttet med ind på plejehjemmene. Og dermed er der kollision med Tom Kitwoods pædagogiske fokus allerede fra starten. Det dokumenterer "Giv tid" projektet også. Så måske er det tale om et græsrodsopgør her, som vil gå videre.

Du siger Kim: "at omsorgen er tilrettelagt ud fra, at borgeren bliver frisk, men det gør hun ikke - tværtimod"

Hvad mener du med det? - og hvad betyder det?

Vi arbejder ud fra at gøre menneskerne raske. Det har vi fra hospitalsverdenen, og der ser vi bl.a. i handleplanerne, hvor vi formulerer det ene mål efter det andet. Men ligegyldigt hvor mange mål vi formulerer, så bliver vore borgere ikke raske.

Fra: Thomas Nissen

Sendt: torsdag 06. december 2007 10:57

Til: Charlotte Agger

Emne: opfølgning på vort interview

Hej Charlotte!

Jeg vil gerne stille dig fem skarpe som opfølgning på interviewet - er det OK?

Hvis det er det, må du må gerne svare skriftligt på det - ellers vil jeg komme rundt med diktafonen - en dag blot 5-10 minutter

Du siger at Pilehuset ikke skal ligne den gamle plejehjem og at du er inspireret af Tom Kitwood

Hvem vil du ligne?

Jeg vil ikke ligne nogen. Jeg vil sige, at jeg er inspireret af Sundbygård - og af socialpsykiatrien generelt, hvor de for 10 år siden startede med at lave bomiljøer, ansætte tværfagligt personale og arbejde personcentreret. Jeg må samtidig sige, at på det tidspunkt, var der også borgere med demens i socialpsykiatrien, men de var ikke målgruppen. Målgruppen var borgere med en psykiatrisk diagnose.

Supervision og feedback er vigtige – et aspekt heri er at medarbejderen skal lede sig selv – hvad er din kommentar hertil?

hvad er din kommentar hertil?

Det er en side af sagen. Det at lede sig selv har mange sider. Jeg mener, at kontaktpersonsystemet er vigtigt i den forståelse. Da vi indførte kontaktpersonsystemet opstod snakken om dine og mine beboere. Og i den forbindelse gør vi relationen mellem borger og medarbejder til noget specielt. Også selv om vi ikke snakkede personcentreret omsorg.

DU siger om medarbejderne, at de vokser og gennemgår en personlig udvikling gennem Tom Kitwoods tilgang.

Hvorledes sikres opfyldelse af de basale omsorgsbehov?

Jeg vil pege på de drøftelser, vi har haft på ledertemadage. En ansættelse af en klinisk sygeplejefaglig konsulent er vigtig.

I interviewet med flere fremhæves, at "det går hurtigt" i Pilehuset", Lars Bo taler om "et fagligt fyrtårn" etc.

Kan du give eksempler herpå?

Fusionen i 2003 gør det muligt at konvertere pladser, vi åbner special enheder som HC og FT, og så vore projekter som giv tid og vær tryk

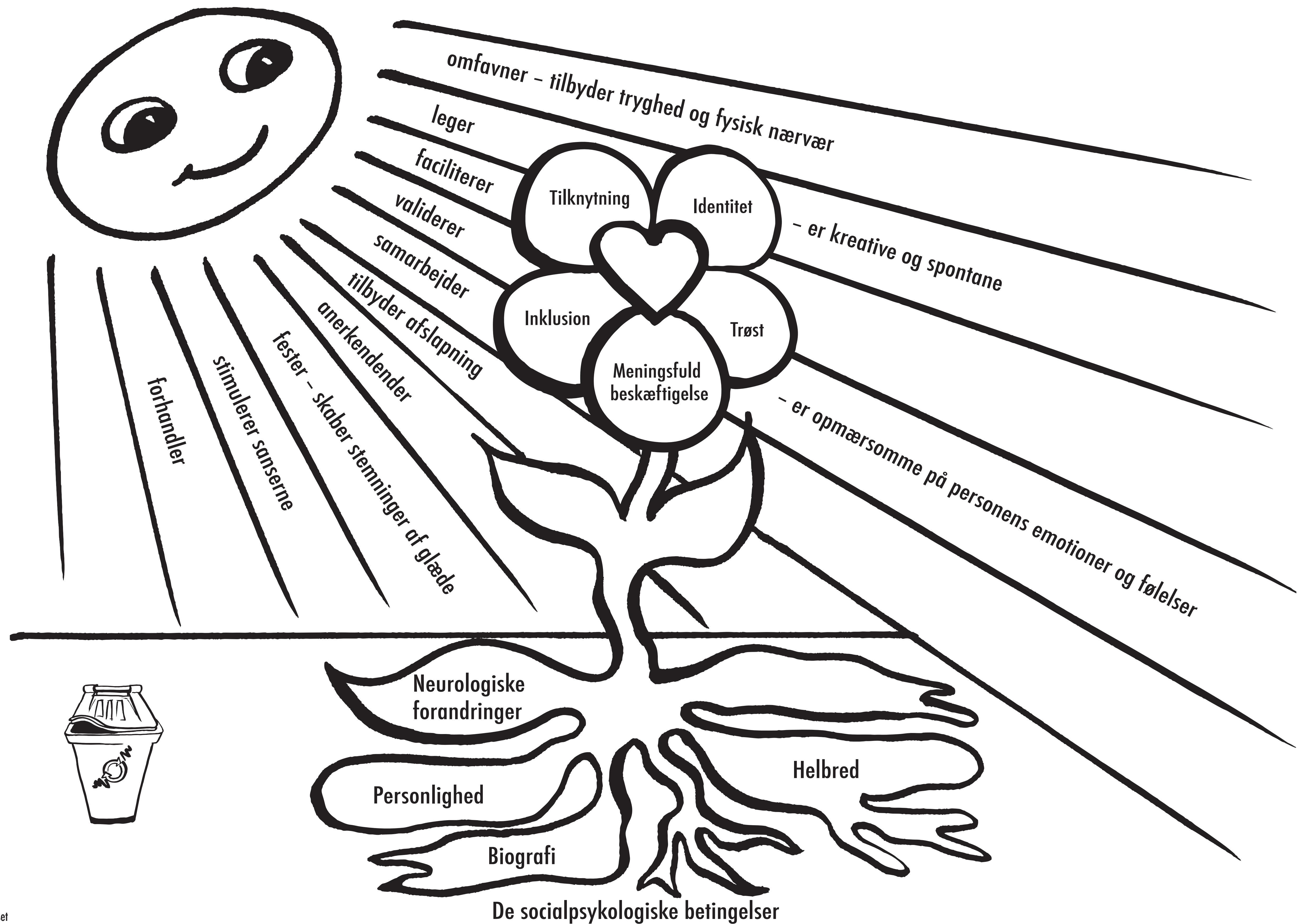
Hvorfor går det hurtigt i Demenscentret Pilehuset?

Vi vil gerne deltage i projekter om den seneste viden. Men vi bestemmer ikke kun selv. Se bare mht. opstart af FT og HC i sommers. Det var en politisk beslutning.



Det fremmer personens velbefindende

– når vi arbejder bevidst med samspillet mellem jord, rod, blomst & sol



Bilag:

1. Leavitt-Ry model
2. Beskrivelse af institutionelle tilgange.
3. Organisationsskema SUF.
4. Organisationsskema Demenscentret Pilehuset.
5. Interview med Charlotte Agger, forstander i demenscentret Pilehuset.
6. Interview Eva Bonde, strategisk ansvarlig for DCM i Danmark.
7. Interview Vibeke Drevesen Bach, Udviklingskonsulent i Demenscentret Pilehuset.
8. Interview Paul Edwards, konsulent, University of Bradford.
9. Interview Lars Bo Bülow, Omsorgschef i SUF.
10. Gruppeinterview med afdelingsledere i Demenscentret Pilehuset: Kirsten Venbjerg, Elisabeth Rydahl og Annemette Kaas.
11. Gruppeinterview med Demensteamets konsulenter: Kim Pontoppidan, Christian S. Frederiksen og Linda Heinrichson.
12. Interview Anne Christoffersen, medarbejder i Demenscentret Pilehuset.
13. Opfølgninger på interviews: 5 skarpe til afdelingsledere, demensteam, udviklingskonsulent og forstander i Demenscentret Pilehuset.
14. Arbejdskort.
15. Blomst som plakat u/tekst.
16. Blomst som plakat m/tekst.
17. Annonce.

1. Den gamle plejekultur vs. den nye omsorgskultur.
2. Den offentlige styrings historie.
3. Andre styringsteknologier.
4. andre styringsteknologiers styringsforskelle.
5. DCM og "Blomstens" roller.