

Marte Meo: En veiledningsmetode anvendt ved demensomsorgen

Personalet får konkret veiledning i sitt samspill med den demensrammede. Pasientens uttrykk tolkes som meningsfull kommunikasjon, og personens behov og kompetanse står i sentrum.

TEKST

Ingrid Hyldmo

Inger Hilde Nordhus

Reidun Hafstad

PUBLISERT 1. januar 2004

EMNER

veiledningsmetode

kommunikasjonsbasert

løsningsorientert

*Dette arbeidet er støttet av Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, Ullevål sykehus.

Demens skyldes sykdom i hjernen, som berører hukommelse, læreevne, språk og orienteringsevne. Sykdommen er vanligvis kronisk og progredierende. Utviklingen av diagnostisk kunnskap har bidratt til en stadig mer nyansert forståelse av sentrale kjennetegn ved ulike typer demens. Viktige supplerende perspektiver til den diagnostiske vurderingen er den demensrammedes egen erfaring med sykdommen og hvilke sammenhenger han eller hun befinner seg i. I tillegg vil den enkeltes forutsetninger for å møte utfordringer som sykdommen gir, spille en vesentlig rolle. Kunnskap om den enkeltes miljø og psykologiske faktorer kan bidra til forklaringer på hvordan demens kommer til uttrykk (Nordhus, 2000).

Personer som rammes av demens får redusert evne til å kommunisere. Svekket kompetanse til å tolke sanseinntrykk og verbal kommunikasjon gjør dem sårbare i samhandling med andre. Det er bred enighet om at miljøbehandling og styrking av personalets relasjonskompetanse er sentrale komponenter i behandlingstiltak. Flere har etterlyst tilnærminger der den demensrammedes behov og kompetanse står i sentrum, og der det unike og individuelle ved den enkelte pasient vektlegges (Bird 1999; Wogn-Henriksen, 2001). Jo dårligere pasienten fungerer, desto større krav stilles til helsearbeiderens forståelse av pasientens behov og truede selvbylde.

Det er kjent at det ofte forekommer atferdsvansker ved demens. For å tolke og håndtere slik atferd trenger vi kunnskap som bygger på allmenne prinsipper for samhandling samtidig som vi trenger kjennskap til den biografiske rammen personen befinner seg

innenfor (Nordhus, 2000). Opplæring og veiledning av helsepersonell er derfor viktig. Pleiepersonell stilles overfor betydelige utfordringer når det gjelder observasjon, kommunikasjon og tiltak. Det er krevende å tolke pasientenes uttrykk som målrettet og meningsfull kommunikasjon. Stort arbeidspress vil i stor grad også begrense hvordan pasienten blir forstått og møtt.

Det kan være nyttig å anvende en utviklingspsykologisk forståelsesramme i arbeid med denne pasientgruppen (Solem, 1994). Litteratur som omhandler tilknytning og tilknytningsatferd gir viktig informasjon om grunnleggende elementer i menneskets kommunikasjon (Critenden, 1995). Studier av sped- og småbarns kommunikasjon har dokumentert menneskets grunnleggende evne til å være i dialog med sine omsorgspersoner (Trevarthen, 1993). Fra fødselen av kan vi observere et naturlig rytmisk samspill mellom barn og tilknytningsperson, gjerne beskrevet som en dialogisk prosess. Det nyfødte barnet strekker seg aktivt mot sine omgivelser. Hvis barnets initiativ i liten grad blir besvart, ser vi enten at det stadig sterkere søker å få kontakt eller gir opp og trekker seg tilbake. Det grunnleggende behovet for gjensidig kontakt og samspill som vi møter allerede hos nyfødte, er med rimelighet også tilstede hos eldre som er avhengig av pleie og tilsyn (Bråten, 1993). Kunnskap om spedbarnskommunikasjon belyser grunnleggende elementer for gjensidig og støttende dialog som kan være viktige i en god dialog i alle faser av livsløpet.

Marte Meo-metoden

Det er utviklet en rekke metoder for veiledning av omsorgspersoner (for eksempel foreldre, fosterforeldre, barnehagepersonell, lærere). Metodene har som mål å styrke og fremme positiv samhandling og øke omsorgspersoners kommunikasjonskompetanse. De representerer ulike modeller for hvordan omsorgsgivere konkret kan trene opp sine ferdigheter i forhold til slik kunnskap. Marte Meo-metoden inngår som en av disse.

Metoden er en kommunikasjonsbasert og løsningsorientert veiledningsmetode som benyttes i arbeid med familier og ved veiledning av personale i skoler, barnehager og institusjoner (Aarts, 2000). Den har sitt utspring i studier av hva som naturlig skjer i kommunikasjon mellom voksne og barn, og anvender video som et sentralt arbeidsredskap. Man gjør videoopptak av korte sekvenser fra samspill i dagligdagse situasjoner (5–10 minutter). Videoopptakene analyseres med vekt på samspill der kommunikasjonen fremtrer som hensiktsmessig og støttende. Analysen tar utgangspunkt i prinsipper for god kommunikasjon. Omsorgspersoner veiledes med henblikk på å øke positiv interaksjon.

Det er økende interesse for anvendelse av Marte Meo-metoden i arbeid med personer med demens. Erfaringer fra Sverige (Lidèn, 1996) og Danmark (Bakke, 1998) tyder på at metoden kan være egnet innen demensomsorgen. Den er anvendt i veiledning av personale som arbeider ved avdelinger for demensrammede. De får konkret veiledning i samspill med demente pasienter. Erfaringene er oppsummert med utgangspunkt i pleiernes evaluering av egen kompetanse og pasientenes fungering. Personalet rapporterer om økt oppmerksomhet på egen kommunikasjon og hvordan denne virker

inn på de demente pasientene. Dokumentasjonen som foreligger preges av kliniske eksempler og mindre av konkrete beskrivelser av forskningsfunn.

Grunnelementer for funksjonsstøttende dialoger

Med utgangspunkt i utviklingsstøttende samspill med barn kan det være hensiktsmessig å beskrive tilsvarende elementer i dialogen mellom omsorgsgivere og personer med demens. En slik tilnærming innebærer en forenkling av kompliserte prosesser i samspill, men kan likevel fungere som en guide for analyse og veiledning. Vi har valgt å benevne dette som *funksjonsstøttende* elementer (Hafstad, 2002). Vi vektlegger ikke utvikling av nye ferdigheter som hos barn, men ønsker å styrke restfunksjoner og dermed bidra til økt mestring og trygghet. I avsnittet nedenfor presenteres grunnelementer for funksjonsstøttende dialoger.

1. Pasienten får hjelp til mestring, oversikt og trygghet ved at omsorgspersonen tilrettelegger, skaper struktur og positiv atmosfære.

Det er viktig å skape en mest mulig forståelig situasjon for den demensrammede og på denne måten forebygge vanskelige situasjoner. Dette vil i hovedsak være å hjelpe pasienten fram til en adekvat handling, gi informasjon som skaper best mulig forståelse av den aktuelle situasjonen og trygge pasienten følelsesmessig.

2. Pasientens fokus følges slik at omsorgspersonen får informasjon om hva pasienten har behov for. Omsorgspersonen reagerer på og benevner pasientens fokus.

Pasientens oppmerksomhet kan være rettet mot omsorgspersonen, mot en person eller et objekt utenfor relasjonen, eller i pasienten selv som emosjon, behov eller refleksjon. Ved at omsorgspersonen reagerer verbalt eller ikke-verbalt på pasientens fokus kan pasienten oppleve å bli sett og få reaksjon hos omsorgsgiver. Dette kan igjen utløse reaksjon hos pasienten.

3. Pasienten får hjelp til å være i rytme ved at omsorgspersonen avventer, hjelper fram pasientens reaksjon på sin aksjon

Det er grunnleggende å gi rom for en rytme i samhandlingen hvor det både er plass til et initiativ og en reaksjon. Det kan være at reaksjonen fra pasienten ikke er som vi forventer. Det er viktig å være mer oppmerksom på betydningen av rytme mellom pasient og omsorgsperson enn på det innholdsmessige.

4. Pasienten får vite hva som skjer og skal skje ved at omsorgspersonen benevner egne handlinger og pasientens handlinger og mål.

Ved slik benevning kan pasienten få hjelp til å registrere egen atferd og ved det få hjelp til å fokusere på her-og-nå. Pasienten kan føle seg sett ved at omsorgspersonen setter ord på pasientens handlinger og opplevelser (emosjonelle uttrykk). Det ser også ut til å samle og støtte pasienten at omsorgspersonen benevner egne og pasientens handlinger og mål. Dette kan hjelpe pasienten til å holde oppmerksomheten på det som skjer og føle seg sosialt inkludert.

5. Pasienten får hjelp til start og avslutning av en handling ved at omsorgspersonen forbereder og markerer dette.

I sosiale situasjoner er det sammenheng mellom begynnelse, utveksling og avslutning. Det er viktig å avslutte en situasjon før en starter på noe nytt for å forebygge uro og forvirring hos pasienten. Det er også viktig at omsorgspersonen følger pasientens fokus og markerer at det går mot en avslutning av en handlingssekvens. Pasienten kan ha behov for støtte både til avslutning og fullføring.

6. Pasienten får støtte til å presentere seg og reagere på andre ved at omsorgspersonen benevner pasientens og andres initiativer og reaksjoner.

For å støtte pasienten til å opptre sosialt kan omsorgspersonen hjelpe pasienten til å presentere sine initiativer overfor andre og støtte han eller hun til å reagere på andres initiativ. Det er viktig å hjelpe pasienten til å kommunisere med medpasienter. Dette kan gjøres ved at omsorgspersonene introduserer pasientene for hverandre og knytter presentasjonen til konkrete forhold i omgivelsene.

7. Pasientens behov for fysisk kontakt.

Det er viktig at omsorgspersonen legger vekt på fysisk kontakt og avpasser dette i forhold til den enkelte pasients behov. For noen pasienter er det trygghetsskapende å sitte nær en omsorgsperson, bli holdt i hånden eller strøket på kinnet. For andre blir dette for nært. Hos enkelte pasienter kan det være behov for håndledning som hjelp til å gjennomføre handlinger, mens det hos andre er tilstrekkelig med muntlig veiledning.

Metoden anvendt i praksis

Vår erfaring med å anvende Marte Meometoden har sin bakgrunn i et prosjekt ved Olaviken Behandlingssenter, en alderspsykiatrisk spesialinstitusjon i Hordaland fylke. Målet var å se om en slik tilnærming kunne bidra til å øke positiv interaksjon mellom omsorgspersoner og pasienter. Vår antagelse var at veiledning etter prinsipper for funksjonsstøttende kommunikasjon kan bidra til å øke omsorgsivers kompetanse i samspill med personer med demens.

På det tidspunktet prosjektet ble gjennomført var seks pasienter tilknyttet den aktuelle behandlingsavdelingen. Pasientgruppen ved avdelingen besto av personer med fremskreden demens og tilleggsproblemer i form av vanskelig atferd. Pasientene ved den aktuelle avdeling hadde opphold av ulik varighet (fra tre måneder til flere år). Alle pasientene hadde atferdsproblemer som var vanskelige å håndtere i kommunehelsetjenesten. Marte Meo-metoden er også prøvd ut ved skjermede avdelinger ved seks sykehjem i Hordaland med pasienter med moderat til alvorlig demens (Lunde, 2003).

«Å betone at roping betyr smerte, kan bidra til at pasienten føler seg sett og forstått»

Veiledningsgrupper ble etablert med henholdsvis tre og fire omsorgspersoner (vernepleier, sykepleiere og hjelpepleiere) i hver av gruppene. Det ble gjort video-opptak av samspill mellom pasient og personale i dagligdagse situasjoner (måltid, stell etc.). Pasientene som ble filmet ble valgt ut på bakgrunn av rapportert vanskelig atferd i aktuelle situasjoner. Det ble filmet sekvenser på fem til ti minutter fra samspill i dagligdagse situasjoner. Opptak med påfølgende veiledning har gjennomgående vært fra tre til fem ganger. De samme situasjonene (for eksempel måltid eller stell) blir filmet gjentatte ganger for å kunne sammenligne og måle endring. Før veiledningen startet ga pårørende skriftlig samtykke til filming av den aktuelle pasient. Dette er i samsvar med anbefalinger fra Fylkeslegen i Hordaland, og bakgrunnen er pasientens sviktende samtykkekompetanse. Videomaterialet ble analysert med vekt på funksjonsstøttende samspill mellom pasient og personale. Denne analysen er utgangspunkt for veiledning til personalet der veileder og personalet sammen studerer hva pasienten trenger av kommunikasjonsstøtte. Dette dannet utgangspunktet for nye video-opptak med den hensikt å videreutvikle positiv samhandling.

Eksempelen som følger illustrerer metoden anvendt i praksis. Valg av fokus og konkrete kommunikasjonselementer avhenger av funksjonsnivå og problemstillinger knyttet til den enkelte pasient. Eksempelen er konstruert med basis i et anonymisert kasus som ikke kan tilbakeføres til en konkret person.

Olga er 62 år. Hun har en langtkommet demenstilstand og har vært syk i åtte år. De tre siste årene har hun vært innlagt Olaviken Behandlingscenter på bakgrunn av tiltagende atferdsproblemer i form av roping. Olga har vært avhengig av rullestol det siste året og har i praksis ikke verbalt språk. Hun er plaget av smerter i mageregionen og har vansker med å svelge.

Ved oppstart av veiledning gir personalet uttrykk for at dette er en pasient de føler det er tungt å arbeide med. De opplever at de får lite respons fra Olga på hva som er riktig å gjøre og at det er vanskelig å finne gode tiltak for å hjelpe henne. Roping har over lang tid vært slitsom å forholde seg til både for medpasienter og for personalet. De ønsker hjelp til å forstå hva årsaken til ropingen kan være og hvordan de best kan håndtere den. Personalet uttrykker at de opplever at de hadde prøvd «alt», men at ingenting nytter. Vi blir enige om å gjøre opptak av Olga og pleier under måltid, hvor roping ofte forekommer.

Med utgangspunkt i det første kommunikasjonselementet ble måltidet tilrettelagt ved at Olga og pleier sitter sammen og spiser. De får servert maten av en annen pleier slik at en pleier alltid sitter sammen med Olga. Dette for å gjøre situasjonen tryggest mulig for Olga og for at pleier kan fungere som modell under måltidet. Det kan også gi en opplevelse av å dele fokus når begge spiser. I tillegg er det viktig at fat og glass er plassert slik at Olga lett kan nå dem. Brødskiven blir påsmurt og delt opp i passende biter slik at Olga ikke skal ta for mye i munnen på en gang. Pleierne har tidligere erfart at Olga kan ta for mye mat i munnen dersom maten ikke er nok oppdelt. Dette kan igjen føre til at hun lettere setter maten i halsen.

Video-opptakene viser at Olga med blick og kroppsspråk er mottagelig og interessert i kontakt med pleier. Hun tar initiativ til å se på pleier gjentatte ganger, både som reaksjon på pleiers benevning og som egne initiativer til samhandling (element 2). Små sekvenser hvor dette er særlig tydelig blir av stor betydning for personalet. Nettopp dette blir en bekreftelse på at Olga faktisk aktivt tar initiativ til kontakt med personalet og at hun er i stand til å uttrykke det. Gjennom å stoppe opp ved flere slike sekvenser blir nysgjerrigheten til å lete etter Olgas initiativer til kontakt større.

Bildene viser at Olgas roping ser ut til å være uttrykk for smerte, ubehag og angst i forbindelse med svelgevansker og påfølgende hosting ved spising. Videre ser det ut som hun gjennom sine rop og grimaser forsøker å fortelle at hun har det vondt. Vi tenker oss at Olga, ved at personale benevner og bekrefter at de ser at Olga har det vondt, vil bidra til at Olga føler seg sett og forstått. Dette drøftes på veiledningen. Personalet opplever imidlertid at dette kan være vanskelig å gjennomføre og er redde for at de ved å betone at roping betyr smerte vil kunne bidra til å forsterke og øke ropingen.

Videobildene viser også at det ser ut til å hjelpe Olga at personalet går inn og trykker situasjonen ved å benevne at «dette går bra Olga», og «pust rolig» sam men med lett stryking på skuldrene. Dette er noe personalet er mer fortrolige med å prøve ut. I videre filmsekvenser ser vi at når personalet går inn i forkant og benevner Olgas fokus og handlinger ser det ut til at hun får opplevelse av å bli sett (element 4). Det ser også ut som det er godt for henne når pleier stryker henne lett på skulderen (element 7) samtidig som Olgas mestring av ulike handlinger og opplevelser blir benevnt i situasjonen; «Ja du tar glasset», «det var godt med saft», «godt å få litt drikke i seg» (element 4).

Gjennom ulike opptak av Olga og pleier under måltid er det gjennomgående hjelp for Olga når personalet følger tett opp med benevning av det som skjer og oppleves i situasjonen og at Olgas mestring blir bekreftet (element 2 og 4). Videre ser ut til at Olga får god hjelp ved at den fysiske tilretteleggingen følges opp (element 1; plassering av fat og glass, hjelp til å skrape sammen maten på tallerkenen og lignende).

Personalet gir tilbakemelding om at de opplever at det er mer meningsfullt å arbeide med Olga nå fordi de ser hennes initiativer til samhandling tydeligere. De rapporterer også at de er blitt mer nysgjerrige på Olga og det er lettere å tolke henne enn tidligere. Videre viser de til at oppdagelsene fra videomaterialet er overførbart til andre situasjoner både med Olga og med andre pasienter.

Konklusjon

Ved evaluering av effekt har vi både sett på omsorgsgivers erfaringer av samspillskompetanse og på observert endring i personalets og pasientenes atferd. Vårt inntrykk så langt er at prinsippene for funksjonsstøttende kommunikasjon har gitt personalet et nyttig verktøy som de kan anvende i praksis (Lunde & Hyldmo, 2001). Vi ser økt bevissthet hos pleiere når det gjelder hvordan de selv kommuniserer med pasienten. Et eksempel er at pleierne i større grad enn før benevner det som skjer og skal skje framfor å stille spørsmål til pasienten. Ved benevning får pasienten hjelp til å

samle seg om her og nå, mens spørsmål ofte kan føre til forvirring. Gjennomgående ser vi at det kan være vanskelig for personer med demens å forholde seg til spørsmål (Lunde & Hyldmo, 2002). På grunn av kognitiv svikt kan det være vanskelig å tolke spørsmål, og pasientene kan føle utilstrekkelighet fordi de ikke vet hva de skal svare.

Personalet gir selv uttrykk for at de har økt oppmerksomhet på pasientenes initiativer og at de selv har fått økt bevissthet rundt tilrettelegging av ulike situasjoner. Dette får igjen betydning for mestring i vanskelige situasjoner. Et eksempel er at pasienten får hjelp gjennom måltidet ved at en pleier sitter sammen med pasienten under hele måltidet og på denne måten veileder pasienten skrittvis til mestring. Dette kan forebygge at pasienten opplever situasjonen som uforståelig med den konsekvens at han eller hun forlater situasjonen. Dette kan personalet i sin tur oppfatte som uro og vanskelig atferd. Tilbakemeldinger fra personalet tyder på at det er betydningsfullt å få konkret veiledning på situasjoner de står i daglig. Dette er i tråd med Birds (1999) antagelser om at det vil være viktig å assistere omsorgspersoner til mestring i stedet for å være opptatt av å gjøre noe med pasientens vanskelige atferd.

«Hjelper personalet til å bli nysgjerrige på pasientene, og gjør det lettere å tolke pasientenes atferd»

Det ser ut til at videobilder synliggjør samspill og gir erfaringer som har overføringsverdi til andre situasjoner. Et eksempel er at personalet oppdager at det er viktig for en pasient at de gir små oppmuntringstegn gjennom en påkledningssituasjon og at denne erfaringen gjør dem oppmerksomme på at de kan bruke dette med flere av pasientene. Det synes også å være av stor betydning at det gis rom til refleksjon rundt enkeltpasienter og at personalet gjennom videobilder får anledning til å studere «de små øyeblikk». Dette er i tråd med erfaringer som en har sett ved bruk av Marte Meo-metoden i forhold til andre målgrupper. Eksempelvis viser Hafstad (1996) til at endring av atferd og trivsel inntreffer når lærere får hjelp til å bruke mer av sitt støttende kommunikasjonsreportoar. Det er også grunn til å anta at økt oppmerksomhet og nysgjerrighet på pasientene i seg selv er en viktig forutsetning for gode samspillssituasjoner. Røed-Hansen (1991) refererer i sin forskning på spedbarns kommunikasjon til at oppmerksomhet i samspill er en sentral utviklingsdimensjon og at det ser ut til at mødrenes oppmerksomme tilstedeværelse snarere enn deres aktivitet som sådan har betydning for barnas oppmerksomhet. Dette tyder på at interaksjonens struktur er overordnet selve innholdet i samspillet.

En betydningsfull effekt av Marte Meo-metoden er at den hjelper personalet til å bli nysgjerrige på pasientene og at de går fra «objekt-» til «subjektposisjon» i forhold til den enkelte pasient. Vi tenker oss at dette i seg selv bidrar til at pasienten føler seg mer sett og forstått og at personalet opplever at det er betydningsfullt å samhandle med den enkelte pasient.

Marte Meo-metoden innebærer både at veileder med utgangspunkt i videomaterialet analyserer samspill i konkrete situasjoner (interaksjonsanalyse) og at personalet veiledes med utgangspunkt i dette. I tillegg innebærer metoden i en opplæringsfase (av veileder) at selve veiledningssekvensene med personalet blir filmet og analysert. På denne måten trenes veileder i interaksjonsanalyse og til å gi best mulig tilpasset veiledning til personalet. Som veileder skal en være oppmerksom på flere faktorer samtidig, både håndtering av teknisk utstyr (videokamera, redigering av opptak, videospiller), analyse av filmsekvensene, fokusere på de funksjonsstøttende prinsippene og ivareta personalet. For å bli autorisert Marte Meo-terapeut går en gjennom en skolering hvor en får opptrening i å beherske dette. Videomaterialet gir en unik mulighet for spoling, sakte film og frysing av viktige øyeblikk som benyttes som sentrale virkemiddel i veiledningen. Det er en stor utfordring for veileder å velge ut hva en ønsker å rette oppmerksomheten mot. Det er grunnleggende å vise personalet de viktige øyeblikkene hvor løsninger er til stede og knytte disse øyeblikkene til pasientenes behov. Oppmuntring og bekreftelse er viktige momenter i utvikling og læring av nye ferdigheter (Øvreeide & Hafstad, 1998). Det kan være utfordrende for personalet å bli filmet for siden å se seg selv på video. Det er viktig at veileder trygger personalet, både i forkant og etterkant av opptakene. Kanskje en av de største utfordringene er å hjelpe personalet til å ha fokus på pasienten framfor seg selv ved gjennomgang av videosekvensene. Gjennomgang av video-opptak hvor det legges vekt på det som mestres, gir mulighet for gjenkjennelse og innsikt i egne reaksjoner og situasjoner. Det ser ut til å ha en meget positiv effekt når det gjelder å forandre atferd (Rye, 1993).

Utfordringer videre

Marte Meo-metoden kan sees som en praktisk anvendelse av nyere empiri og teori som omhandler kommunikasjon og dialogprosesser slik man kjenner det fra utviklingspsykologien (Øvreeide & Hafstad, 1996). En innvending mot metoden har vært at den representerer en pragmatisk tilnærming og legger liten vekt på teoretisk rasjonale. Metoden er til nå blitt lite utforsket med hensyn til mål av effekt. Evalueringen som er gjort bærer preg av brukerundersøkelser med liten vekt på allmenne vitenskapelige kriterier. Innen barnefeltet er det gjort en mindre norsk studie som ser nærmere på effekten av Marte Meo-behandling (Enoksen & Furuholmen, 2001). Det er en utfordring å systematisere mål på effekt av metoden også innen demensfeltet. Det vil være nyttig å se på hva personalet opplever som viktig og hva vi som veiledere observerer i form av endret atferd hos personalet og pasienter. Det vil også være interessant å se nærmere på hvordan den enkelte veileder gjør sin interaksjonsanalyse og hva som blir vektlagt i veiledningen med personalet.

På bakgrunn av de erfaringer vi har gjort så langt, vil en utfordring i det videre arbeid være å prøve ut metoden i arbeid med pasienter som har lettere demenstilstander. Ut fra de erfaringer som er gjort i arbeid med demensrammede og med barn med ulik grad av atferdsproblemer, vil vi tenke oss at denne metoden også kan anvendes for disse.

Veiledning vil kunne tilpasses etter hvilke av de funksjonsstøttende elementene som er aktuelle å arbeide i forhold til for den enkelte pasient.

Ingrid Hyldmo

Ibsensgt. 122 A

5052 Bergen

E-post ingridhy@online.no

THE MARTE MEO METHOD IN WORKING WITH PERSONS WITH DEMENTIA: A METHOD EMPHASIZING COMMUNICATION

Health care personnel experience great challenges in their efforts to understand communication and behavior of the demented patient. Consultation to health care personnel needs a stronger commitment to developing coherence between the demented patients needs and the caregivers responses. A useful method in this respect is reviewing videotapes in order to study demented patients in interaction with their caregivers. Health care personnel report increased attention to initiatives and competence of the demented patient, as well as on structuring the environment. They also report increased feelings of coping when interacting with the demented patient. The Marte Meo method thus represents a practical method of counseling caregivers who are working with people with dementia.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 41, nummer 1, 2004, side 16-20

TEKST

Ingrid Hyldmo, NKS Olaviken Behandlingscenter

Inger Hilde Nordhus, professor, Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen, og professor II, Institutt for medisinske basalfag, Universitetet i Oslo

KONTAKT: Elisabeth.Flo@uib.no

Reidun Hafstad, Institutt for familie- og relasjonsutvikling, Os

+ Vis referanser

Referanser

Aarts, M. (2000). Marte Meo Grundbog. Harderwijk, The Netherlands: Aarts productions.

Bakke, L. (1998). Relation og kommunikasjon med demente ved brug af Marte Meo metoden. Marte Meo Newsletter, 19, 4-14.

Bird, M. (1999). Challenging behaviour in dementia: A critical role of psychology. Australian Psychologist, 34, 144-148.

Bråten, S. (1998). Kommunikasjon og samspill. Fra fødsel til alderdom. Norge: Tano Aschehoug.

Critenden, P. M. (1995). Attachment and psychotherapy. I S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Eds.), John Bowlby Attachment theory: Historical, clinical and social significance. New York: The Analytic Press.

- Enoksen, B., & Furuholmen, K. (2001). Barns utviklingssti - endringsarbeid i utviklingslandskapet - en pilotstudie av effekten av Marte Meo-behandling. Hovedoppgave. Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Hafstad, R. (2002). Kommunikasjon med eldre som har svake og vanskelig tolkbare signaler. Kompendium nr 4, 1. opptrykk, Os: Institutt for Familie og Relasjonsutvikling.
- Hafstad, R. (1996). Utviklingsstøttende dialoger i skolen. I I. Helgeland (Red.), Forebyggende arbeid i skolen (ss. 138-145). Oslo. Kommuneforlaget.
- Hansen, B. R. (1991). Den første dialogen. Et studie av spedbarnets oppmerksomhet i samspill. Oslo: Solum forlag.
- Lidèn, A. (1996). Marte Meo innom eldreomsorgen. Marte Meo Newsletter, 11, 17-19.
- Lunde, L. H. (2003). Videoveiledning. Marte Meo i praksis. To kasuistikker. Demens, 1, (7), 24-27.
- Lunde, L. H., & Hyldmo, I. (2001). Marte Meo metoden i arbeid med personer med demens - en metode med fokus på samspill, Demens, 5, (4), 18-23.
- Lunde, L. H., & Hyldmo, I. (2002). Samspill i fokus. Aldring og Livsløp 4, 8-11.
- Nordhus, I. H. (2000). Forståelse av atferd ved demens. I K. Engedal, Aa.-M. Nygaard, A. Eek, & A. Løken (Red.), På gamle veier og nye stier... Rapport fra nasjonal konferanse for aldersdemens januar 2000 (ss. 48-51). Sem/Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.
- Rye, H. (1993). Tidlig hjelp til bedre samspill. Oslo: Universitetsforlaget.
- Solem, P. E. (1994). Ulike perspektiver på aldersdemens. I P.E. Solem, R. Ingebretsen, K- Lung & Aa.-M. Nygaard (Red.), Psykologiske perspektiver på aldersdemens. Oslo: Universitetsforlaget.
- Wogn-Henriksen, K. (2001). Miljøbehandling - hva er det? Demens, 5, (3), 20.
- Øvreeide, H., & Hafstad, R. (1996). Marte Meo metoden: Styrking av foreldres kompetanse. I S. Reichelt & H. Haavind (Red.), Aktiv psykoterapi (ss. 213-244). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Øvreeide, H., & Hafstad, R. (1998). Marte Meo metoden og utviklingsfremmende dialoger. Forlaget Systime A/S (dansk oversettelse).