

Positivt samspel i demensomsorga: Har rettleiing med Marte Meo-metoden effekt?

Rettleiing etter Marte Meo-metoden kan skape større merksemd omkring vanskeleg tolkbare uttrykk og kjensler til menneske med demenslidningar. Det kan føre til betre samspel mellom pasient og omsorgsgjevar.

TEKST

Ingunn Hatløy
Rigmor Einang Alnes

PUBLISERT 3. november 2007

ABSTRACT:

Enhancing good interaction between staff and patients with dementia disease Has Marte Meo-guidance any effect?

This article is based on a project of which one of the aims was to explore the effect of the Marte Meo-method in guidance to staff caring for persons with dementia and challenging behaviour. Marte Meo is a method of treatment and used in guidance with focus on dialog. Observations and registrations of the behaviour of the patients were carried out before and after the intervention. The staff was interviewed and answered a survey after the intervention. The result indicates that positive interaction has increased, and 78 % of the staff tell that the intervention has been helpful. Further research of this method can give useful contributions to how to adapt care to persons with dementia and challenging behaviour.

Keywords: Marte Meo, guidance, challenging behaviour, dementia care

EMNER

rettleiing

marte meo

effekt

utfordrande åtferd

demensomsorg

Er det slik at vi ønskjer å sjå på eldre som kloke, kunnskapsrike menneske, som er ein viktig ressurs i samfunnet? Vi ser at media framhevar eldre som turnar, hoppar i fallskjerm, tek doktorgrad eller køyrer rallycross. Vi som ikkje er gamle enno, blir imponerte og tenkjer at «kanskje eg òg kan greie dette når eg blir nitti år?». Det er eit faktum at dei fleste gamle ikkje er sjuke, men dei fleste sjuke er gamle (Gulmann, 1995). Biletet av den resursrike og livsnyttande eldre blir innimellom overskygga av smertelege reportasjar frå sjukeheimar eller eldreomsorg. Der kan vi få innsikt i ei anna side som også syner realisme ved aldring.

Psykiske lidningar aukar med alderen. Mellom ein tredjedel og ein femtedel av eldre over 65 år har store psykiske lidningar (Gulmann, 1995). Ein reknar med at om lag 75 % av alle som bur på sjukeheim, har ei demenslidning. Demens er felles nemning på ei rekkje hjerneorganiske lidningar der demens ved Alzheimers sjukdom utgjer hovudtyngda. Demens er ein kronisk og progredierande sjukdom som medfører svekking av kognitive, psykologiske, emosjonelle og motoriske funksjonar (Engedal & Haugen, 2004). Svekt evne til å vere i dialog med andre kan utløyse negative sirklar i samspelet. Nokre av dei som er råka av demens, får symptom som vert kalla «utfordrande åtferd» (Kirkevold, 2004). Omgrepet «utfordrande åtferd» er omsett frå engelsk («challenging behavior») og er valt for å understreke at denne åtferda oppstår i ein relasjon med omgjevnader (både andre personar og det fysiske miljøet). Døme på slik åtferd kan være slåing, motorisk uro, vandring og roping.

Utfordringar i demensomsorga

Å kommunisere med menneske med aldersdemens kan være krevjande, ofte fordi det er vanskeleg å tolke personen sine uttrykk og initiativ. Normann (2001) viser til at både den språklege og den ikkje-verbale kommunikasjonen blir sett på som problematisk. Wogn-Henriksen (2003) peikar på at mangel på kommunikasjon og kontakt truleg er den største personlege trusselen ved demensutvikling. Ho viser også til kor viktig det er å møte den demensramma personen med tilpassa kommunikasjon.

Personar som vert ramma av demens, får redusert evne til å kommunisere, og svekt evne til å tolke sanseintrykk. Dette gjer at det blir vanskeleg for dei nærstående å møte behova til personen med demenslidning. Det kan lett oppstå samspelsvanskar og redusert trivsel, både for pasienten, pårørende og personalet i omsorg- og pleietenesta. Det er semje om at styrking av personalet sin relasjonskompetanse er eit viktig miljøtiltak for å betre livskvaliteten til menneske med demenssjukdom (Hyldmo, Nordhus & Hafstad, 2004). Relasjonskompetanse inneber evna til å forstå og samhandle med dei vi møter, på ein god måte. Dette omfattar å kjenne seg sjølv og å forstå den andre sine opplevingar. «En relasjonskompetent fagperson kommuniserer på en måte som gir mening, som ivaretar den overordnede hensikten med samhandlingen, og som ikke krenker den andre parten» (Røkenes & Hanssen 2002, s.12). Ifølgje Engedal (2002) er det påvist at om lag all aggressiv åtferd frå den demensramma skjer i samhandling med omgjenvaden. Aggresjon og truslar oppstår oftast i samspelsituasjonar og kan ha direkte samanheng med om budskapet ein forsøker å formidle, blir forstått eller akseptert eller ikkje.

Ward (2002) stadfestar verdien av god kommunikasjon med menneske med aldersdemens ved å seie: «Positiv og støttande kommunikasjon blir no sett på som eit sentralt krav til god omsorg» (s. 33, vår omsetjing). Fail (2002) legg vekt på verdien av validering, av den kjenslegrunna formidlinga i budskapet. Heap (2000) framhevar reminisens (minnegjenkjenning) som ein reiskap i kommunikasjonen. Norsk Gerontologisk institutt, no Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, har gjeve ut flere bøker om emnet, mellom andre *Aldersdemens: Kommunikasjon på kollisjonskurs* (Rokstad, Horn, Skarstein & Stendal, 1996).

Det kan vere ein lang veg frå teoretisk kunnskap, gode råd og metodar til at desse metodane vert internaliserte hos personalet og tilpassa den enkelte pasient sine behov i situasjonen. Personalet opplever at det er svært krevjande å komme i dialog og få til ein god relasjon med menneske som gjev signal som er vanskelege å tolke. Vi har tru på at rettleiing til personalet er ein fruktbar veg for å utvikle relasjonskompetansen. Vårt utgangspunkt er at rettleiinga må ha utgangspunkt i situasjonen til dei som mottok rettleiing, og nytte metodar tilpassa pasientane og pleiepersonalet sine behov. Vi har vore på leiting, og ser at Marte Meo-metoden gjev oss som rettleiarar, høve til å gå inn i dialogsituasjonar mellom pleiar og pasient. Dette skaper rom for å kunne lære å tolke og å skjønne nyansane i samspelet, som igjen er ein føresetnad for å få til ein «bærende relasjon» (Røkenes & Hanssen, 2002, s. 21).

Marte Meo ogkommunikasjonskompetanse

Artikkelen byggjer på data frå prosjektet «Betring av samspel med demente» (Hatløy og Alnes, 2006). Bakgrunn var ønske om å undersøkje effekten av rettleiing etter Marte Meo-metoden til personalet på ei sjukeheimsavdeling for menneske med demenssjukdom og utfordrande åtferd.

Marte Meo tyder «av eigen styrke» og er kommunikasjons- og relasjonsorientert rettleiing og behandling som har fokus på dialog (Aarts, 2000). I første rekkje er metoden brukt i rettleiing til omsorgspersonar i heim, barnehagar og skule. Marte Meo-rettleiing er basert på videoopptak (to–tre minutt av ein samspelssekvens mellom to eller fleire personar). Videoen blir analysert, og det vert gjeve rettleiing ut frå analysen av detaljane i samspelet. Marte Meo-terapeuten fokuserer på pasienten sine signal og personalet sine svar eller reaksjonar på desse signala. Metoden er ressursorientert og har støtte i utviklingspsykologisk teori og forskning. Metoden har også fellestrekk med læringspsykologiske teoriar om verknad av positive konsekvensar. Det betyr at i praksis vil rettleiaren framheve samspelssekvensar som syner gode, konstruktive dialogar (Rough, 2002).

Metoden har som mål å auke omsorgspersonen sin sensitivitet for viktige signal frå mottakaren, og å auke kompetansen til å møte desse. Ein Marte Meo-rettleiar vil via videoopptak analysere kommunikasjonen i

samhandlinga mellom til dømes barn og foreldre. Rettleiaren leitar etter element i dialogen som er naturleg utviklingsstøttande eller har eit utviklingsstøttande potensial.

I arbeid med menneske med demens er det ikkje utvikling av ny kompetanse som er målet, men å ta vare på restfunksjonar og å fremje livskvalitet. I demensomsorga ser vi difor etter funksjonsstøttande kommunikasjon eller dialog (Hafstad, 2002). Den som er i ei omsorgsrolle, har eit særskilt ansvar for at dialogen er funksjonell og blir opplevd som positiv av den andre. Om dialogkompetansen til pasienten er redusert, er det ei stor utfordring for omsorgspersonen å meistre dialogbrot som kan oppstå. Omsorgspersonen sin medvitne bruk av elementa i den funksjonsstøttande dialogen vil kunne løyse opp i ein fastlåst kommunikasjon og etablere den gode dialogen på nytt (Hafstad, 2002).

Hafstad (2000) framhevar omsorgspersonen sitt ansvar for ei medviten styring av kommunikasjonen. Sentralt står at omsorgspersonen må ha sitt fokus på dei signala pasienten sender om sitt behov for støtte. I tillegg kjem ansvar for å etablere struktur og ei positiv atmosfære. Elementa i funksjonsstøttande (og i utviklingsstøttande) kommunikasjon kan organiserast i tema. (Axberg et al., 2006; Hafstad, 2002; Rough, 2002). Vår bearbeiding av dei mest sentrale tema er vist i tabell 1.

TABELL 1. ELEMENT I FUNKSJONSSTØTTANDE DIALOG

| |
|---|
| Personalet legg til rette for ein god start og positiv atmosfære ved inntoning (blikkontakt, eit blidt andlet, snakkar med ei roande stemme). |
| Personalet finn, stadfester og følgjer fokuset til pasienten. Pasienten sitt fokus gjev informasjon til personalet om kva han/ho treng av støtte i situasjonen. |
| Personalet seier kva som skjer, kva som skal skje, kva som blir opplevd (kjensler, tankar, hendingar) for å formidle forståing og skape tryggleik. |
| Personalet legg til rette for meistring ved å gje hjelp til start og fullføring av aktivitetar. |
| Personalet inviterer til dialog og turtaking ved å gje tid og å vente på «svar». Pasienten kan oppleve seg sett og sosialt inkludert. |
| Personalet hjelper pasienten til å reagere på andre personar, til å få eit «sosialt » fokus ved å setje ord på andre sine initiativ og reaksjonar. |
| Personalet gjev kroppskontakt. |
| Personalet leier på ein positiv måte ved verbale og nonverbale signal om kva som er neste steg i handlingsrekkeja |

Verkar Marte Meo?

Maria Arts har utvikla Marte Meo-metoden, men har sjølv bidrege lite til systematisk utprøving eller forskning på metoden. Aarts seier at metoden i utgangspunktet ikkje var laga for den akademiske verda, men at «...spedbarnsforskere og teoretikere som Stern og Trevarthen på internasjonal basis, og Hafstad, Øvreeide og Hundeide i Norge, har kommentert hvor bra Marte Meo-metodens praktiske informasjon supplerer nyere teorier om barns utvikling. Utviklingen av metoden er induktiv. Det er praksis og erfaringer som har vært utgangspunkt for utforming av metoden, og så har man til en viss grad funnet teorier som samsvarer med beskrivelser av programmet i ettertid.» (Lund, 2001, s. 100).

Det er for tida eit forskingsprosjekt i gang i Austerrike, der det vert forska på effekten av Aarts sitt arbeid (Aarts, 2006). I Sverige er det gjennomført eit forskingsprosjekt retta mot skulebarn med antisosial åtferd. Marte Meo-retteiing til dei vaksne vart brukt som tiltak i kombinasjon med samarbeidsmøter. Ei gruppe barn som fekk vanlege tiltak, var kontrollgruppe. Intervensjonsgruppa syntte reduksjon i antisosial åtferd (Axberg et al., 2006).

Metoden er blitt vidareutvikla av fleire klinikarar i Noreg og andre land i Europa. Marte Meo-metoden har vore prøvd som rettleiingsmetode i demensomsorga både i Noreg, Sverige og Danmark (Bakke, 2001; Linden, 1996; Lunde, 2003; Munch, 2006). Det har vore rapportert om positive røymsler ved bruk av metoden, også i samanhengar der omsorga for personar med demenslidingar byr på sær store utfordringar. Men så vidt vi kjenner til, er det ikkje utført vitskaplege granskingar med omsyn til effekt

innanfor demensfeltet. Hyldmo et al. (2004) seier: «Evalueringen som er gjort, bærer preg av brukerundersøkelser med liten vekt på allmenne vitenskapelige kriterier» og: «Det er en utfordring å systematisere mål på effekt av metoden også innen demensfeltet» (s. 20).

Prosjekt mål

Vi ønskte eit prosjekt der vi kunne spreie kunnskap om den funksjonsstøttande dialogen og samstundes få vurdert effekt av Marte Meo-rettleiing. Vår målgruppe var personale i sjukeheimar med ansvar for menneske med aldersdemens.

Vi definerte tre mål: formidling av kunnskap, utprøving av metoden, og vurdering av om Marte Meo-rettleiing kunne bli opplevd som nyttig og redusere konfliktepisodar i ei sjukeheimsavdeling.

Vi reiste tre forskings spørsmål:

1. Kan rettleiing etter Marte Meo-metoden vere eit eigna og nyttig tiltak for å redusere utfordrande åtferd hjå pasienten, og samarbeidsvanskar mellom omsorgsgjevar og pasient?
2. Kva ønske og verdiar har personalet i demensomsorga i høve til omsorg?
3. Kva ønske har dei pårørande til menneske med demenssjukdom i høve til omsorg?

I denne artikkelen presenterer vi funn i høve til det første spørsmålet. Dei svara vi fekk på dei to neste spørsmåla, vil vi presentere i seinare artiklar.

Prosjektgjennomføring og metode

I samarbeid med den lokale demensforeininga fekk vi etter søknad tildelt Extra-midlar gjennom Helse og rehabilitering og Nasjonalforeningen for folkehelsen. Vi fekk løyve til gjennomføring frå Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, Regional komité for medisinsk forskningsetikk og Datatilsynet. Vi innleidde eit samarbeid med ein vald sjukeheim som hadde ei skjerma eining for menneske med aldersdemenssjukdom. Vi såg eit tett samarbeid med avdelinga sine tilsette som føresetnad for gjennomføring av prosjektet. Det vart difor etablert ei prosjektgruppe for å sikre god koordinering og planlegging av det vidare arbeidet. Gruppen var samansett av avdelingsleiar (sjukepleiar), ein sjukepleiar på posten, prosjektmedarbeidar (psykolog) og prosjektleiar (cand.polit. og sjukepleiar). Det vart innhenta samtykke frå personalet og frå pårørande til deltaking i prosjektet. Vi brukte ein kombinasjon av kvantitative og kvalitative metodar.

Etiske vurderingar

For at prosjektet kunne ta til, var det ein føresetnad at tiltaket var i samsvar med ønske frå sjukeheimsavdelinga, og at pårørande og personalet såg at prosjektet kunne gje dei auka kompetanse. Dei tilsette i avdelinga tok sjølv avgjerda om deltaking i prosjektet. Administrasjonen ved sjukeheimen distribuerte brev til pasientane sine pårørande og personalet. Prosjektleiar og prosjektmedarbeidar kjende ikkje identiteten til dei pårørande, pasientane eller personalet før desse gav skriftleg samtykke til å delta i prosjektet.

Vi vurderte til kvar tid om videofilminga på nokon måte kunne verke krenkjande ved at intimgrenser kunne bli overskridne. Vi avsto frå å filme intimsituasjonar ved stell eller toalettbesøk og var observante på pasienten sine verbale og nonverbale reaksjonar på å bli filma. Ved eit høve avbraut vi filmopptak der pasienten syntte teikn på ubehag ved å bli filma. Alle opptak vart sletta ved prosjektslutt.

Måleinstrument

For å finne svar på det første forskings spørsmålet brukte vi tre måleinstrument:

1. Før- og etter-registrering av åtferd
2. Spørjeskjemagransking til personalet etter rettleiingsperioden
3. Fokusintervju av personalet og avdelingsleiar (før og etter intervensjon), der deira røynsler med rettleiinga var eitt tema

Til registrering av åtfærd laga vi eit skjema som vart prøvd ut av personalet før intervensjon og endra i samsvar med det personalet fann dekkjande og meiningsberande. Det vart gjort registrering fire påfølgjande dagar før rettleiinga tok til, og fem påfølgjande dagar etter. Skjemaet fanga opp personalet si oppfatning av *grad av samarbeid med pasienten* (aktiv motstand, passivitet, samarbeid), i tre fritt valde situasjonar pr. dag (stell, måltid, annan aktivitet). Denne registreringa vert kalla *situasjonsregistrering*. Personalet registrerte og grad og type av *utfordrande åtfærd* (i skjemaet kalla «aggresjon») hjå pasienten, og grad og type opplevd trussel. Utfordrande åtfærd vart operasjonalisert til å omfatte *skjenning* eller anna verbal utagering, *klipping*, spyting, *spenning*, *slag*. Personalet kunne også krysse av på *anna*. Trussel vart konkretisert i kategoriane *fysisk nærgåande*, *knytta nevar*, *mørk i blikket*. Personalet registrerte si vurdering av samspel med pasienten, og pasienten si fungering gjennom dagen, kalla *inntrykk gjennom dagen*. Følgjande variablar vart valde: *grad av samarbeid* (gradert skala), *humør* (gradert skala), *soving på dagtid* (timar) og *roping* (gradert skala).

Som oftast var det primærkontakten til pasienten som utførte registreringa. Om primærkontakten ikkje var på vakt, vart registreringa gjort av den av personalet som hadde ansvaret for pasienten den dagen.

Prosjektleiaren gjennomførte fokusintervju av fire personalgrupper før og etter intervensjonen, og individuelt intervju av avdelingsleiaren. Det var tre personar i kvar gruppe, og alle personalgruppene var representerte (assistentar, sjukepleiarar, hjelpepleiarar og omsorgsarbeidarar). Det vart gjort ein kvalitativ innhaldsanalyse av intervju som var tekne opp på lydband. Dei sentrale meiningsseiningane vart tolka i lys av heilskapen i teksten (Kvale, 2004). Analysen var gjort av både prosjektleiar og prosjektmedarbeidar kvar for seg først, og deretter saman.

Tema i desse intervju var m.a. personalet sine verdiar i høve til eldreomsorg (som ikkje er vårt fokus i denne samanhengen, sjå Hatløy og Alnes, 2006.) I dei av intervju som vart gjort i etterkant av intervensjonen, var også evaluering av Marte Meo-rettleiinga eit tema. Dette er teke med som datamateriale i høve til forskings spørsmål 1.

Alle fast tilsette, vikarar og ekstravakter, til saman 23 personar, fekk og spørjeskjema. Vi fekk svar frå 14 av desse. Det gjev ein svarprosent på 60,9. Av dei som har svara, er 12 fast tilsette, og to er vikarar. 94 % av desse har vore med på tre eller fleire tilbakemeldingar etter videoopptak. Ni av dei som har svara på spørjeskjemaet, altså over halvparten, var sjølve med på videoopptak. Vidare er 23 % sjukepleiarar, 53 % hjelpepleiarar, og 14 % har annan fagbakgrunn. Denne fordelinga samsvarar med fagsamansetjinga på posten.

Utval

Utvalet inkluderte alle som budde og alle som arbeidde på denne avdelinga, og som sa ja til å bli med i prosjektet. Heile personalet sa seg villige til å vere med på rettleiingssamlingane, men ikkje alle sa seg villige til å bli med på videoopptak. Då prosjektet var vel i gang, var det likevel fleire av personalet som blei med på videoopptak enn dei som var positive alt frå starten. Administrasjonen ved sjukeheimen sende ut 18 førespurnader til pårørande om løyve til at deira slektning kunne ta del i undersøkinga, som mellom anna omfatta videoopptak. Det kom att sju positive svar. Av desse fall ein person frå på grunn av skifte av avdeling. To av pasientane vurderte personalet som uaktuell for prosjektet av di dei ikkje opplevde utfordringar eller særskilte vanskar i samspel med desse; ein fjerde synte tydelege teikn på ubehag ved filming i stellesituasjon, og opptak av denne vart difor stansa. Den sist nemnde personen vart med i det totale utvalet der det vart gjort registreringar før og etter intervensjonen. I dette prosjektet var det tre pasientar som fekk særskilt fokus med videoopptak og rettleiing. Det var såleis fire pasientar med i det totale utvalet.

Intervensjon

Informasjon om metoden

Som introduksjon om prosjektet vart det før rettleiingsperioden tok til, halde eit orienteringsmøte for personalet på den valde avdelinga, der det vart orientert om prosjektet, mål og Marte Meo-metoden.

Elementa i den funksjonsstøttande dialogen vart presentert.

Videoopptak av samspel

Prosjektmedarbeidaren som er Marte Meo-terapeut, gjorde videoopptak av pasienten og personalet ved morgonstell eller måltid. Personalet valde ut kven av pasientane som skulle vere med på opptaka kvar gong, primært ut frå kven dei opplevde å komme til kort i høve til i den enkelte situasjon. Personalet veksla seg imellom etter eige ønske på kven av dei som var med på opptaka. Det hende at personalet bytte for kvarandre under opptak, om noko blei komplisert eller det var behov for meir assistanse.

Prosjektmedarbeidaren analyserte deretter filmopptaka for å sjå etter element av funksjonsstøttande kommunikasjon. Desse vart presenterte for personalet i rettleiingssamling kort tid etterpå (vanlegvis i same veka).

Rettleiing etter Marte Meo-metoden

Det vart teke opp 14 små filmsekvensar av tre pasientar, og det vart gjennomført 12 samlingar med tilbakemeldingar på opptaka. Frå fem til ni av personalet var samla kvar gong. På nokre av dei siste samlingane viste vi opptil tre filmar. Vi viste dei same klippa fleire gonger, slik at så mange som mogleg frå personalet, også ekstravakter og nattevakter, skulle få sjå dei same situasjonane og få dei same «opplevingane». Dei av personalet som var filma saman med pasienten, gav løyve til at heile personalet skulle få sjå opptaket, og såg alltid sjølv opptaket, men var ikkje alltid til stades ved «første vising». Nokre av personalet brukte av fridagane sine for å kunne ta del.

Det var ein fast struktur på rettleiingssamlingane. Marte Meo-terapeuten hadde fokus på problemstillinga til personalet. Døme på ei slik problemstilling er protestar på dusjing eller manglande samarbeid ved barbering. I første delen av rettleiingssamlinga viste rettleiaren dei sekvensane av filmopptaka som illustrerte det gode samspelet. Dette var sekvensar der dialogen mellom pasienten og personalet fungerte godt, og der pasienten sine behov og signal, til dømes om kvar hans eller hennar grenser gjekk, vart synlege. Unntaksvis vart det også vist korte sekvensar av samspel der dialogen var broten og som illustrerte situasjonar som heile personalet kjende seg att i. Marte Meo-terapeuten la vekt på å illustrere dei sentrale elementa i funksjonsstøttande dialog, til dømes «vente på svar», å vere forutseieleg, blikk-kontakt, turtaking, setje ord på kjensler og opplevingar (sjå tabell 1). I andre delen av samlinga hadde vi ein open samtale der personalet sette ord på røynsler og delte opplevingar med oss og kvarandre. I denne delen av samlinga vart det òg utvikla idear til løysingar på dei vanskelege situasjonane som kunne oppstå. Der det var aktuelt, vart det gjort avtale om ny filming av den same situasjonen. Personalet fekk då høve til å prøve dei ideane som kom fram. Rettleiinga varde mellom ein og halvannan time. Avdelingsleiaren var til stades på alle rettleiingssamlingane.

Resultat av registreringsundersøkinga

Registreringa vart gjort i høve til fire av dei som budde på avdelinga (*samla utval*). Av desse var det tre som vart filma (*filma utval*). Vurderingane er samla på graderte skalaer frå 1 til 6, med unntak av ein variabel («grad av samarbeid»), der personalet kryssa av på tre alternativ «aktiv motstand», «passivitet» eller «samarbeid», som vart gjort om til verdiane 1, 2 og 3. Verdiane på kvar skala vart summert, og det vart rekna ut eit gjennomsnitt for kvar person. Talet på registreringar pr. deltakar varierte, då det innimellom mangla registreringar, og/eller registreringane var mangelfullt utfylte. Tabell 2 gjev eit oversyn over fordelinga av registreringane før og etter rettleiinga.

TABELL 2. REGISTRERING AV ÅTFERD

| Periode | Frekvens | Dagar |
|------------------|-----------------|--------------|
| Før rettleiing | 171 | 4 |
| Etter rettleiing | 212 | 5 |

TABELL 2. REGISTRERING AV ÅTFERD

| | | |
|-----|-----|---|
| Sum | 383 | 9 |
|-----|-----|---|

Situasjonsregistrering

Tabell 3 syner registreringsresultatet før og etter intervensjonen, for samla utval. Vi ser ein positiv differanse for samarbeid, og ein negativ differanse for utfordrande åtferd og truslar. Personalet har altså registrert ein auke i grad av samarbeid med pasientane i stellesituasjonar eller aktivitetssituasjonar, og ein nedgang i opplevd utfordrande åtferd og truslar i dei same situasjonane.

TABELL 3. SITUASJONSREGISTRERING (N = 4)

| Samla utval | | | | | | | | | | | | |
|-------------|---------------------|------------|-------|------------|-------------------------------|------------|-------|------------|--------------------|------------|-------|------------|
| Deltakar | Samarbeid skala 1-3 | | | | Utfordrande åtferd skala 1- 6 | | | | Trussel skala 1- 6 | | | |
| | Før | Tal på obs | Etter | Tal på obs | Før | Tal på obs | Etter | Tal på obs | Før | Tal på obs | Etter | Tal på obs |
| 1 | 26 | 9 | 31 | 12 | 9 | 10 | 17 | 15 | 11 | 10 | 15 | 13 |
| 2 | 24 | 9 | 42 | 14 | 12 | 12 | 14 | 14 | 12 | 12 | 13 | 13 |
| 3 | 21 | 10 | 27 | 11 | 23 | 10 | 23 | 12 | 23 | 10 | 17 | 11 |
| 4 | 16 | 8 | 31 | 13 | 31 | 10 | 27 | 13 | 27 | 10 | 20 | 12 |
| Sum | 87 | 36 | 131 | 50 | 75 | 42 | 81 | 54 | 73 | 42 | 65 | 49 |
| M | 2,41 | | 2,62 | | 1,89 | | 1,5 | | 1,74 | | 1,33 | |
| Endring | | | +0,21 | | | | - | | | | - | |
| | | | | | | | 0,39 | | | | 0,41 | |

Tabell 4 syner resultatet for filma utval. Dette omfattar personar som fekk særskilt merksemd i rettleiinga ved at dei vart filma i interaksjon med personalet, til dømes ved morgonstell.

TABELL 4. SITUASJONSREGISTRERING (N = 3)

| Filma utval | | | | | | | | | | | | |
|-------------|---------------------|------------|-------|------------|------------------------------|------------|-------|------------|-------------------|------------|-------|------------|
| Deltakar | Samarbeid skala 1-3 | | | | Utfordrande åtferd skala 1-6 | | | | Trussel skala 1-6 | | | |
| | Før | Tal på obs | Etter | Tal på obs | Før | Tal på obs | Etter | Tal på obs | Før | Tal på obs | Etter | Tal på obs |
| 2 | 24 | 9 | 42 | 14 | 12 | 12 | 14 | 14 | 12 | 12 | 13 | 13 |
| 3 | 21 | 10 | 27 | 11 | 23 | 10 | 23 | 12 | 23 | 10 | 17 | 11 |
| 4 | 16 | 8 | 31 | 13 | 31 | 10 | 27 | 13 | 27 | 10 | 20 | 12 |
| Sum | 61 | 27 | 100 | 38 | 66 | 32 | 64 | 39 | 62 | 32 | 50 | 36 |

TABELL 4. SITUASJONSREGISTRERING (N = 3)

| | | | | | | |
|---------|------|-------|------|-----------|------|-----------|
| M | 2,26 | 2,63 | 2,06 | 1,64 | 1,94 | 1,39 |
| Endring | | +0,37 | | - 0,42 | | - 0,55 |

Dersom vi samanliknar resultatet av registreringane som er vist i tabell 3 og tabell 4, ser vi ei positiv endring. Det ser ut til at effekten av Marte Meo-rettleiing er størst for dei av pasientane som det blir direkte fokus på i rettleinga, både gjennom film og refleksjon. Til dømes er endringa av *grad av samarbeid* før og etter i heile utvalet på +0,21 (tabell 3), medan det for dei tre som er filma, er registrert ei endring på +0,38 (tabell 4). På same måten viser endringa i verdien som representerer *grad av utfordrande åtferd*, -0,39 (tabell 3), mens det for dei tre som var filma, er -0,42 (tabell 4). Endring i verdien som representerer oppleving av *trussel*, er -0,41 (tabell 3) for samla utval, medan det for dei tre som er filma, er -0,55 (tabell 4). Figur 1 illustrerer før- og etter-registreringar av *grad av samarbeid*. Vi ser at det er betring i grad av samarbeid etter Marte Meo-rettleiing. Illustrasjonen syner også at betringa er størst i det filma utvalet.

Figur 1. Grad av samarbeid før og etter rettleiingsperioden

Inntrykk gjennom dagen

Personalet gjorde også ei registrering av sitt samla inntrykk etter ein dag. Resultatet går fram av tabell 5, som syner endringane i *samarbeid*, *humør*, *soving på dagtid* og *roping*.

TABELL 5. INNTRYKK GJENNOM DAGEN (N = 4)

| Samla utval | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|-------|------------|-------|------------|-------|------------|-------|------------|-------|------------------|-----------|------------|-----------|----------------|-------|------------|--|
| | | Samarbeid | | | | Humør | | | | Soving på dagtid | | | | Grad av roping | | | |
| | | Før | | Etter | | Før | | Etter | | Før | | Etter | | Før | | Etter | |
| Deltakar | Verdi | Tal på obs | Verdi | Tal på obs | Verdi | Tal på obs | Verdi | Tal på obs | Verdi | Tal på obs | Verdi | Tal på obs | Verdi | Tal på obs | Verdi | Tal på obs | |
| 1 | 16 | 4 | 11 | 4 | 11 | 4 | 12 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | |
| 2 | 14 | 4 | 12 | 4 | 12 | 4 | 12 | 4 | 6 | 4 | 2 | 2 | 4 | 4 | 3 | 3 | |
| 3 | 6 | 3 | 14 | 4 | 7 | 3 | 9 | 4 | 7 | 3 | 6 | 3 | 2 | 2 | 4 | 4 | |
| 4 | 4 | 3 | 10 | 4 | 4 | 3 | 7 | 4 | 3 | 2 | 5 | 4 | 9 | 2 | 10 | 4 | |
| Sum | 40 | 14 | 47 | 16 | 34 | 14 | 40 | 16 | 19 | 11 | 15 | 11 | 19 | 12 | 21 | 15 | |
| M | 2,86 | | 2,94 | | 2,43 | | 2,50 | | 1,73 | | 1,36 | | 1,58 | | 1,40 | | |
| Endring | | | +0,08 | | | | +0,07 | | | | - 0,37 | | - 0,18 | | | | |

Personalet opplevde betre samarbeid med pasienten gjennom dagen, at pasientane sov litt mindre på dagtid, og at dei ropte litt mindre. Verdien av *humør gjennom dagen* var lik før og etter Marte Meo-rettleiinga.

Tabell 6 syner resultatet ein får om ein berre tek med dei personane i utvalet som vart filma. Vi ser at det er betring i alle områda som er målt. Dersom vi samanliknar resultatet av registreringane som er vist i tabell 5 og tabell 6, ser vi ein positiv skilnad. Igjen kan vi seie at det ser ut til at effekten av Marte Meo-rettleiing er størst for dei av pasientane som det blir direkte fokus på i rettleiinga, både gjennom film og samtale. Endringane er størst for det filma utvalet både i resultat av *situasjonsregistreringa* og i resultat av *inntrykk gjennom dagen*.

TABELL 6. INNTRYKK GJENNOM DAGEN (N = 3)

| Filma utval | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|------|------------|-------|------------|-------|------------|-------|------------------|------|------------|--------|------------|------|------------|-------|------------|
| | | Samarbeid | | | Humør | | | Soving på dagtid | | | Roping | | | | | |
| Deltakar | Før | Tal på obs | Etter | Tal på obs | Før | Tal på obs | Etter | Tal på obs | Før | Tal på obs | Etter | Tal på obs | Før | Tal på obs | Etter | Tal på obs |
| 2 | 14 | 4 | 12 | 4 | 12 | 4 | 12 | 4 | 6 | 4 | 2 | 2 | 4 | 4 | 3 | 3 |
| 3 | 6 | 3 | 14 | 4 | 7 | 3 | 9 | 4 | 7 | 3 | 6 | 3 | 2 | 2 | 4 | 4 |
| 4 | 4 | 3 | 10 | 4 | 4 | 3 | 7 | 4 | 3 | 2 | 5 | 4 | 9 | 2 | 10 | 4 |
| Sum | 24 | 10 | 36 | 12 | 23 | 10 | 28 | 12 | 16 | 9 | 13 | 9 | 15 | 8 | 17 | 11 |
| M | 2,40 | | 3,00 | | 2,30 | | 2,33 | | 1,78 | | 1,44 | | 1,88 | | 1,55 | |
| Endring | | | +0,6 | | | | +0,03 | | | | ÷0,34 | | | | ÷0,33 | |

Personalet si vurdering av utbytte av Marte Meo-rettleiing

I alt 78 % av personalet som svarte på spørjeskjemaet, seier at dei har hatt utbytte av rettleiinga. Graden av utbytte varierer. Åtte av 14 meinte at deira samhandling med bebuarane hadde endra seg etter at dei hadde vore med i prosjektet. Av dei åtte personane som fortel at deira samhandling med pasientane har endra seg, var seks med på tre eller fleire tilbakemeldingar.

Endring i samhandlingsmønster

Vi ba personalet å svare på om dei er samde eller usamde i nokre utsegner som refererer til rettleiinga. Figur 2 viser at vurderingane gjort av dei åtte som syns at dei har endra seg. Dette er synt som svar på utsegna «Mi samhandling med bebuar har endra seg ved at eg ...».

Figur 2.
Endring i
samhandling

Figur 2 syner at dei fleste meiner at dei gjev tydelegare signal til pasienten om kva som er neste steg i stellet (C), og at dei leier pasienten ved å setje ord på det som skal skje i næraste framtid (F). Over 50 % er òg litt samde eller svært samde i at dei gjev seg meir tid i samhandlinga med pasienten (H), og at dei er meir opptekne av å finne ut kva pasienten er oppteken av i situasjonen (E). Få synest at dei har endra seg i høve til å gje meir kroppskontakt (I).

Blir meir merksam på initiativ

Som rettleiar og forskar har vi erfart at det å kunne stoppe opp ved pasienten sitt andletsuttrykk, via videoopptaket, følgje blikket og lytte til det som blir sagt, gjev høve for personalet til å leggje merke til pasienten sine initiativ til kommunikasjon, og grad av merksemd. Gjennom fokusintervju uttrykkjer personalet undring over kva enkelte av pasientane «får med seg». Eit av personalet som vart filma saman med ein pasient, seier: «Jeg ble liksom litt slik rørt, fordi jeg synes at det var liksom jeg som var hennes trygghet»...«Det forundrer meg at hun fulgte såpass godt med.» «Oppdaging» av pasientane si evne til merksemd og til forståing og initiativ, vart eit kjernetema då personalet gjennom fokusintervjuet blei oppmoda til å setje ord på kva som kom ut av prosjektet. Gjennom film og stillbilde vart personalet merksame på korleis pasienten følgde med personalet sine initiativ. Det vart synleg for dei korleis pasienten streva for å forstå, og for å vere i dialog. Dei gav uttrykk for at dei lærte å kjenne pasienten på ein ny måte.

Vert meir forutseieleg

Personalet framhevar at dei gjennom rettleiingsperioden er blitt mint på kor viktig det er å vere forutseieleg i si samhandling med «Ola » og «Kari», og kor viktig det er å vente på svaret hans eller hennar (sjå tabell 1). «Vi har ikke tatt oss tid til å vente på svar, egentlig.» Frå tidlegare veit dei at dette er viktig, og meiner det er nyttig å bli medvitne om dette att. På denne måten meinte dei at dei fekk ei nyoppdaging av gløymde kunnskapar.

Personalet møttest på same planét

Filmopptak og tilbakemelding i fellesskap har gjeve personalet høve til å reflektere omkring enkeltsituasjonar. Personalet opplever at dei får høve til å gå inn att i situasjonen. Dei legg vekt på at situasjonen gjennom videoopptak blir så tydeleg og konkret at alle snakkar om det same. Dei treng ikkje å bruke tid på å forklare. Situasjonen er der, synleg for alle. Dette gjev dei betre høve til å sjå korleis pasienten sine initiativ blir møtt og utløyst, til dømes i ein stellesituasjon der dei vanlegvis er åleine saman med pasienten og i liten grad får høve til å observere. Via film blir det mogleg å skape ei felles oppleving, og det vert høve til både eigen refleksjon og felles refleksjon. I vanskelege samhandlingssituasjonar kan ein oppleve å komme til kort, og ein kan tru at ein er åleine om ikkje å mestre: «...og så blir en litt usikker, er det bare med meg det skjer?». Dette går utover sjølvtiliten: «Gjer eg det ikkje bra nok?» Før intervensjonen tenkte personalet på filming som «å blottlegge seg selv». Slik vart det ikkje opplevd. Det vart gjenkjenning: «fordi vi alle har vært der,» seier dei. Dei gjev uttrykk for at rettleiingsforma har styrkt fellesskapet i avdelinga, og at dei har vorte meir opne mot kvarandre.

Finn alternative løysingar

Personalet fortel at det etter prosjektgjennomføringa har blitt meir diskusjon om andre måtar å møte vanskane på. «Hvis noe går galt, så er det så mye mer diskusjon omkring andre løsninger ... det blir tankevirksomhet omkring situasjonen. Du tenker mer på konsekvensen av hva du gjør.» Dette fortel at film kombinert med rettleiing gjev personalet høve til å sjå tilbake på handlingane sine. Då kan dei lettare sjå samanhengar, for eventuelt ved neste høve korrigere, eller forsterke reaksjonsmåtar.

Det gode stellet kjem i fokus

Marte Meo-rettleiinga har ført til meir merksemd omkring «det gode stellet». Personalet seier at dei pratar meir om stellet etterpå, og at dei blir meir opne seg imellom. Dei fortel at dei har hatt fine stell før også, men det kan vere at dei no legg meir merke til stell, eller ein aktivitet, som er prega av samarbeid og positiv atmosfære. Det kan synest som det etter intervensjonen er meir merksemd på livskvaliteten til pasienten enn på handlingane som skal utførast. «Vi begynner i den andre enden å jobbe, begynner ikke med handlingene, men vi har målet klart, og så må vi finne handlingene for å komme til dette målet. Hvordan du kommer dit, er ikke så farlig, bare du får oppnådd resultatet.» Slik formidlar personalet at det sentrale målet for deira omsorg, resultatet, er at pasienten skal ha livskvalitet og gode opplevingar. Dusjing, påklleding og mating er ikkje mål i seg sjølv, men aktivitetar som er med på å realisere det

endelege målet. Gjennom Marte Meo-rettleiinga vert merksemda flytta frå den enkelte aktiviteten (hårvask, dusjing) til opplevinga for pasienten, i situasjonen.

Rettleiing i rett kontekst

Ved at personalet og rettleiaren ser det same, og ved at kollegaer er samla når filmene blir studert, får dei eit felles utgangspunkt for å kunne oppdage og forstå. Bruk av video møter behovet personalet har for å sjå det same, «å vere på same planét» i høve til utfordringane dei står overfor. Utgangspunktet for drøfting og analyse blir i større grad det same for personalet som er filma, og kollegaer og rettleiaren som ser filmen saman med henne. Videoopptak gjer det i større grad mogleg å leggje merke til at pasienten har fleire initiativ til kommunikasjon, og gjev fleire svar enn det som vert registrert når personalet står midt oppi situasjonen.

Rettleiing som byggjer på resursar

Gjennom rettleiinga blir personalet merksame på ressursane til pasientane og deira evne til kommunikasjon. Det gjer at personalet blir meir merksame og sensitive i etterkant. Metoden møter også føresetnaden for all god rettleiing ved at det vert teke utgangspunkt i styrken til personalet og ressursane som personalet har til god kommunikasjon. Marte Meo-metoden byggjer opp om personalet si personlege utvikling ved å skape tryggleik i høve til kommunikasjonskompetanse. Dette får positive ringverknader for relasjonen til pasientane. Personalet finn Marte Meo-metoden nyttig ved at dei «nyoppdagar» gløynde kunnskapar (som å gje tid og vente på svar), slik det blir formulert i fokusintervju.

Kan slike prosjekt tilråast til andre avdelingar?

Vi hadde eit eige spørsmål i spørjeskjemaet om å tilrå Marte Meo-rettleiing til andre avdelingar. Ni av fjorten ville tilrå at slike prosjekt blir gjennomført, fire har svara «veit ikkje», og ein svara «nei» på det spørsmålet. Personalet som er positive til slik rettleiing, meiner at liknande prosjekt bør gjennomførast fordi personalet på denne måten blir meir medvitne om sine haldningar og handlingar. Dei meiner òg at dei kan oppnå større tryggleik i høve til å arbeide med menneske med demenssjukdom, og at det er eit gode at alle tilsette og vikarar får same rettleiinga. Denne gruppa av personalet legg vekt på at Marte Meo-rettleiing er ein god reiskap for å få fokus på «rett kommunikasjon».

Diskusjon

Vårt prosjekt omfattar eit lite materiale, både når det gjeld tal på pårørande, brukarar og personale. Tilfeldige hendingar kan påverke resultatet, og eit avgrensa utval kan vere lite representativt. Styrken er at vi har brukt fleire reiskapar, som gjev oss høve til å leite etter svar frå mange kjelder. Vi ser på dette prosjektet som ei pilotundersøking. Prosessen og resultatata er nyttige i høve til vidare arbeid med problemstillingane.

Det kan tenkjast at personalet som utførte registreringane og som hadde vore med på rettleiinga, var positivt innstilt til prosjektet på den måten at dei *ønskte* å finne ein positiv effekt. Registreringane deira kunne i så fall bli farga av eit slikt ønske. Det kan nemnast i den samanhengen at det også vart gjort registreringar av åtferd til ein pasient i utvalet som ikkje fekk særskilt fokus gjennom filming. Om personalet si registrering var farga av positiv innstilling til prosjektet, ville ein forvente likt resultat for alle i utvalet, noko vi ikkje fann (jf. tabell 5 og 6). Ein må likevel vere merksam på «hawthorne-effekten» som viser til at alle endringar gjev ein positiv effekt berre ved at noko skjer. Det var det same personalet som gjorde registreringane før og etter intervensjon. Det er difor grunn til å gå ut frå at resultatata er meir samanliknbare enn om registreringane vart gjort av tilfeldig personale, som kunne ha ulik «grense» for kva som vart opplevd som aggressivt eller truande.

Det er flest svar på spørjeskjemaet frå dei fast tilsette og dei faste vikarane. Kan hende var motivasjonen for å svare på spørjeskjemaet størst for dei fast tilsette, og tilsette med dei største stillingsbrøkane. Desse vil naturleg nok blir mest engasjerte i det som føregår på avdelinga. Det kan også synest som at interessa for prosjektet aukar hos dei som sjølve er med på videoopptak. I svargruppa er det både personar som har vore direkte involvert ved at dei har vore med på videoopptaka, og personar som berre har vore med på

retteleiingssamlingane. Det er difor grunn til å tru at vi har fått eit bilete av det faste personalet sine synspunkt på spørsmålet.

Med og utan film

Materialet vårt gjev høve til å samanlikne resultatet for gruppa filma utval med samla utval. Skilnaden er liten, men personalet si registrering har synt at det blir størst positiv endring i åtferd (utfordrande åtferd, samarbeid, m.a.) for dei pasientane som fekk særskilt fokus via videoopptak av interaksjon med personalet. Om vi skal prøve å forklåre skilnaden, kan ein grunn vere at gjennom bruk av video og stillbilete vil ein lettare sjå både personalet og pasienten si sinnsstemning og sine kjensler. Andletsuttrykk og situasjonar kan «frysast» og gje dei som ser på, ei sterkare kjensle av korleis den andre har det. Pasienten kjem til syne som eit levande, sansande menneske. Dette gjer at det blir lettare å møte pasienten der han/ho har sitt fokus. Grimen og Nordtvedt (2004) seier at sensibilitet er ei forståingsform som ein får gjennom kunnskap om klienten sin subjektive situasjon, gjennom empati og ved å vere mottakeleg for kjensler: «Denne forståelse er ofte situasjonsbestemt, umiddelbar og vanskelig å artikulere i språk» (s. 14). Difor kan det vere viktig å ha reiskap som kan gje ei hjelp til sensitivisering for å utvikle større medleving for menneske som har vanskeleg tolkbare signal og formidlingsevne. Resultatet i vårt prosjekt gjer det relevant å ha ein hypotese om at retteiing etter Marte Meo-metoden, eller bruk av Marte Meo-informasjon i retteiing, har generell positiv effekt på samspel og kommunikasjon. Dette vil igjen ha stor verdi i høve til å auke trivsel og tryggleik, både for pasientar med demenssjukdom og personalet som har omsorg og pleiefunksjonar.

Vidareutvikling av prosjektet

Prosjektleiari og prosjektmedarbeidar ønskjer å fortsette å arbeide med desse problemstillingane. Vi ser behovet for betre dokumentasjon og analyse av eventuell effekt av Marte Meo-retteiing. Det er av interesse å prøve metoden ut i større målestokk: fleire institusjonar, fleire retteiingar og i prosjekt der ein har betre kontroll på effektmål. I eit seinare arbeid vil vi vurdere å nytte observatørar til å gjere registreringar, eller til å analysere videoopptak av samspelsekvensar før og etter retteiingsperioden. I dette prosjektet er personalet sine registreringar før og etter retteiing hovuddata for vurdering av effekt. I tillegg er det brukt spørreskjema i høve til personalet sine røynslar med nytteverdien av metoden. Vi kan ikkje sjå bort frå at personalet si positive innstilling til prosjektet kan ha farga deira svar og avkryssing på registreringsskjema. Det er difor behov for ytterlegare validitetskontroll. Ved bruk av kontrollstudiar, der det også vert gjennomført registrering på ein institusjon utan intervensjon, kan ein få betre kontroll på «hawthorneeffekten». Då vil alle avdelingar bli utsette for om lag «same støy», både med omsyn til filming og registrering. Slik vil ein få betre kontroll på sjølve intervensjonen, som er retteiing etter Marte Meo-metoden. Det kan også vere av interesse å samanlikne Marte Meo-metoden med andre retteiingsmetodar. I dette prosjektet har vi målt kortidseffekt av intervensjonen. I eit seinare prosjekt vil det vere interessant å gjere oppfølging etter ei tid. Det er for å undersøkje om gode meistringsstrategiar er sjølvforsterkande, eller om det vil vere nyttig med påminning og oppfrisking med jamne mellomrom. Prosjektet har fungert som eit pilotprosjekt for utvikling av projektskisse for eit doktorgradsarbeid knytt til Institutt for sykepleievitenskap og helsefag ved Universitetet i Oslo. «Demens og dialog» vil vere tittelen på arbeidet, og temaet omhandlar retteiing gjennom bruk av Marte Meo-metoden i sjukeheimsavdelingar for menneske med aldersdemenssjukdom.

Konklusjon

Resultata som har komme fram gjennom registrering, intervju og spørreskjema, peikar i same retning: retteiing etter Marte Meo-metoden kan føre til betre samspel mellom pasient og omsorgsgjevar, og utfordrande åtferd og truslar frå pasienten minkar. Det kan synest som at slik retteiing kan være med på å skape større merksemd omkring dei vanskeleg tolkbare uttrykk og kjensler til menneske med demenslidningar. Det ser ut til at Marte Meo-retteiing aktiverer personalet sine kjensler for og involvering i personen, og at metoden lagar rom for refleksjon. Det vert skapt grunnlag for tryggleik og funksjonsstøttande dialog. Vidare utprøving av og forskning på retteiingsmetoden i institusjonar for

menneske med demenssjukdom vil kunne gi verdifulle bidrag til den krevjande pleia for denne pasientgruppa.

Ingunn Hatløy

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 44, nummer 11, 2007, side 1363-1371

TEKST

Ingunn Hatløy

Rigmor Einang Alnes

+ Vis referanser

Referansar

- Aarts, M. (2006). Sidste nyt fra Marte Meo International. Forelesing. Nordisk konferanse Nyborg Danmark.
- Axberg, U., Hansson, K., Broberg, A. G. & Wirtberg, I. (2006). The development of a systematic school-based intervention: Marte Meo and coordination meetings. *Family Process*, 45, 375-389.
- Bakke, L. (2001). Kommunikasjon i dagligdagen med demente. Marte Meo Nyt.
http://www.martemeo.dk/mainwebsite_html/Marte_Meo_Nyt.htm
- Engedal, K. (2002). Diagnostikk og behandling av demens. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 122, 520-524.
- Engedal, K. & Haugen, P.(Eds). (2004). Demens, fakta og utfordringer. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.
- Fail, N. (2002). The validation breakthrough. Baltimore: Health Professions Press.
- Grimen, H. & Nordtvedt, P. (2004). Sensibilitet og refleksjon. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gulmann, H. C. (1995). Praktisk gerontopsykiatri. København: Hans Reizel forlag.
- Hafstad, R. (2002). Funksjonsstøttende kommunikasjon med eldre som har svake og vanskelige tolkbare signaler. IFRU (Institutt for Familie og Relasjonsutvikling). Kompendium serie nr. 4.
- Hatløy, I. & Alnes, R. E. (2006). Betring av samspel med demente. (Rapport nr. 2006/01) Ålesund: Høgskolen i Ålesund.
- Heap, K. (2002). Snakk med meg! Å samtale med eldre. Oslo: Kommuneforlaget.
- Hyldmo, I., Nordhus I. H. & Hafstad, R. (2004). Marte Meo: En veiledningsmetode anvendt i demensomsorgen. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 41, 16-20.
- Kirkevold, Ø. (2004). Utfordrende atferd - forståelse og behandling I K. Engedal & P. Haugen (red.), Demens, fakta og utfordringer. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.
- Kvale, S. (2004). Det kvalitative forskningsintervju. Oslo : Gyldendal Akademisk.
- Linden, A. (1996). Marte Meo innoem eldreomsorgen. Marte Meo Newsletter 11,17-19.
- Lund, K. (2001). Vurdering av Marte Meo-metoden i lys av relevant teori og forskning. Hovedoppgave i pedagogikk. Universitetet i Oslo.
- Lunde, L.-H. (2003). Videoveiledning. Marte Meo i praksis. To kasuistikker. *Demens*, 1 (7) 24-27.
- Munch, M. (2006). Marte Meo film counselling: A supportive communication approach towards elderly with poor communication skills. *Marte Meo Magazine*, 34, 4-14.
- Normann, K. (2001). Lucidity in people with severe dementia as a consequence of person-centered care. Umeå University Medical Dissertation. New Series No 753.
- Rokstad, A. M., Horn, B. L., Skarstein, S. & Stendal, L. H. (1996). Aldersdemens: Kommunikasjon på kollisjonskurs. Når adferd blir vanskelig å mestre. (INFO-banken). Sem: Norsk Gerontologisk Institutt.
- Rough, P. (2002). Marte meo i praksis. Bedre samspel ved egen kraft. København: Gyldendal uddannelse.
- Røkenes, O. H. & Hanssen, P.-H. (2002). Bære eller breste. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker. Oslo: Fagbokforlaget.
- Ward, R. (2002). Dementia, communication and care: Expanding our understanding. *The Journal of Dementia Care*, 10, 33-35.
- Wogn-Henriksen, K. (2003). Går det an å kommunisere med mennesker med aldersdemens? I T. Berge, E. D. Axelsen, G. H. Nielsen, I. H. Nordhus & R. Ommundsen (red.), Samtaler som forandrer. *Psykologisk teori i praksis* (ss. 254-269).

