

Metoden som kan forandre praksis –  
En grounded theory studie av Marte Meo  
terapeuter i demensomsorgen

Astrid Elisabeth Andersen

Master of Public Health

MPH 2009:9



Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap





## Master of Public Health – Examensarbete –

Examensarbetets titel och undertitel Metoden som kan forandre praksis. En grounded theory studie av Marte Meo terapeuter i demensomsorgen				
Författare Astrid Elisabeth Andersen				
Författarens befattning och adress Fagkonsulent/ergoterapispesialist i eldres helse, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse Torvgt. 68 1632 Gamle Fredrikstad Norge				
Datum då examensarbetet godkändes 2009-10-23			Handledare NHV/Extern Docent Ulrika Hallberg	
Antal sidor 45	Språk – examensarbete Norsk	Språk – sammanfattning Norsk/Engelsk	ISSN-nummer 1104-5701	ISBN-nummer 978-91-85721-76-4

### Sammanfattning

#### **Hensikt**

Hensikten med studien har vært å få dypere kunnskap om hva det har betydd for Marte Meo terapeuter i demensomsorgen å ha lært metoden.

#### **Metode**

Grounded theory har blitt benyttet som analysemetode av åtte åpne intervjuer.

#### **Resultat**

Informantene som alle er Marte Meo terapeuter, sier at de har fått en metode som de har savnet i demensomsorgen. Metoden hjelper dem til å oppdage taus kunnskap, støtte kunnskap som de allerede har og den styrker selvtilliten deres.

De har fått økt bevissthet og et felles språk som har ført til et bedre arbeidsmiljø og en opplevelse av å se og møte pasientenes individuelle behov på en bedre måte.

#### **Konklusjon**

Studien har vist at Marte Meo metoden har positiv innvirkning både fordi personalet får et bedre arbeidsmiljø og fordi personalet opplever at de etter å ha lært Marte Meo metoden bedre kan møte pasientenes behov.

#### **Nøkkelord**

Marte Meo, demens, grounded theory, læring, klientsentert



# Master of Public Health

## – Thesis –

Title and subtitle of the thesis The method that can change practice. A grounded theory study of Marte Meo therapists in dementia care				
Author Astrid Elisabeth Andersen				
Author's position and address Consultant/ Occupational therapist, specialist for elderly people Ageing and Health Norwegian Centre for Research, Education and Service Development Torvgt. 68 1632 Gamle Fredrikstad Norge				
Date of approval October 23, 2009			Supervisor NHV/External Assoc. Professor Ulrika Hallberg	
No. of pages 45	Language – thesis Norwegian	Language – abstract Norwegian/ English	ISSN-no 1104-5701	ISBN-no 978-91-85721-76-4

Abstract

**Purpose**

This qualitative study aimed to increase understanding of what the consequences have been for Marte Meo therapists in dementia care to have learned the method.

**Method**

We used grounded theory to analyze eight open interviews.

**Results**

The informants, all Marte Meo therapists reported that they gained a method they long have missed for dementia care. The Marte Meo method helps them detect tacit knowledge, support and enforce known knowledge, and strengthen their self-confidence. They also gained increased awareness and a common language leading to an improved working environment and the individual needs of the patients are better seen and met.

**Conclusion**

The study shows that Marte Meo method has positive influence both because the staff have an improved working environment and because the staff experience that they are better able to detect the patients needs after having learned the method.

**Key words**

Marte Meo, dementia, grounded theory, learning, client-centered

# INNHALDSFORTEGNELSE

INTRODUKSJON.....	5
Bakgrunn.....	5
Teorigrunnlag.....	5
Demens.....	5
Marte Meo metoden .....	8
Folkehelse.....	10
Nordisk perspektiv .....	10
Hensikt med studien.....	11
Forskningsspørsmålet .....	11
METODE .....	11
Grounded theory .....	11
Forberedelser .....	13
Utvalg.....	13
Intervju.....	14
Intervjuguide .....	14
Selve Intervjuet .....	15
Transkribering.....	16
Analysen .....	17
Substantiv koding (åpen koding, initial koding) .....	17
Teoretiske koding (selektive koding, fokuserte kodingen) .....	17
Selve analysen .....	17
Memoskriving.....	19
Validitet .....	19
Etiske vurderinger.....	19
RESULTATET .....	20
Kjerne kategorien: å bli gitt kunnskap som kan omsettes i praksis .....	20
Å få konkret arbeidsredskap.....	22
Å få økt bevissthet.....	22
Å få felles kunnskap.....	24
Å få opplevelse av at de bedre møter pasientenes individuelle behov.....	25

DRØFTING .....	26
Å bli gitt kunnskap som kan omsettes i praksis .....	26
Å få felles kunnskap .....	29
Å få opplevelse av at de bedre møter pasientenes individuelle behov .....	31
Refleksjoner over resultatene.....	32
Metodediskusjon .....	33
Veien videre .....	35
KONKLUSJON.....	36
TAKK.....	36
REFERANSER.....	37
VEDLEGG .....	41

# INTRODUKSJON

## Bakgrunn

Personer med demens trenger gjennom hele sykdomsforløpet støtte av andre (Engedal et al., 2004). Dersom det ikke settes inn økende ressurser i demensomsorgen kan problemene til personer med demens og deres omsorgsgivere bli enorme i framtiden (Sosialstyrelsen, 2007). En viktig ressurs i helsevesenet er pårørende og personale (Eek et al., 2006). Det å gi opplæring og veiledning til disse gruppene vil bidra til økt forståelse av sykdommen demens (Eek et al., 2006). Marte Meo metoden er en av flere metoder som benyttes i demensomsorgen til å styrke pårørende og personalets kompetanse i spill og samhandling med personer med demens (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Det finnes i dag ingen forskning på hva Marte Meo metoden betyr for de som har lært metoden i demensomsorgen.

## Teorigrunnlag

### Demens

Demens er en samlebetegnelse for flere kroniske hjerneorganiske sykdommer som i hovedsak rammer eldre personer. Selv om personer ned i 40 årene kan få sykdommen. Det er to hovedgrupper av denne lidelsen, Alzheimers sykdom, hvor nervecellene og deres utløpere dør, og Vaskulær demens, hvor blodtilførselen til et eller flere områder i hjernen av en eller annen årsak forhindres (Engedal et al., 2004).

For de fleste starter sykdommen med hukommelsesproblemer. Men første tegn kan være mistenksomhet, depresjon, atferdsendringer eller problemer med praktiske oppgaver. Den gradvise forverringen av sykdommen gjør at personer med demens etter hvert får store problemer med å utføre daglige gjøremål, orientere seg ute og inne, uttrykke seg og forstå det som blir sagt og tilslutt blir de fleste pleietrengende (Engedal et al., 2004).

Det finnes ingen behandling som kan stoppe sykdommen. Risikoen for å få Alzheimers sykdom er høyere hos personer med ubehandlet høyt blodtrykk i voksen alder og hos personer som er inaktive og sosialt isolerte (Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens et al., 2006). Det finnes to tenkelige forebyggende strategier. Det ene er å ha kontroll over blodtrykket i voksen alder og det andre er at det i samfunnet legges til rette for at eldre får mulighet til å opprettholde et aktivt liv (i.b.).

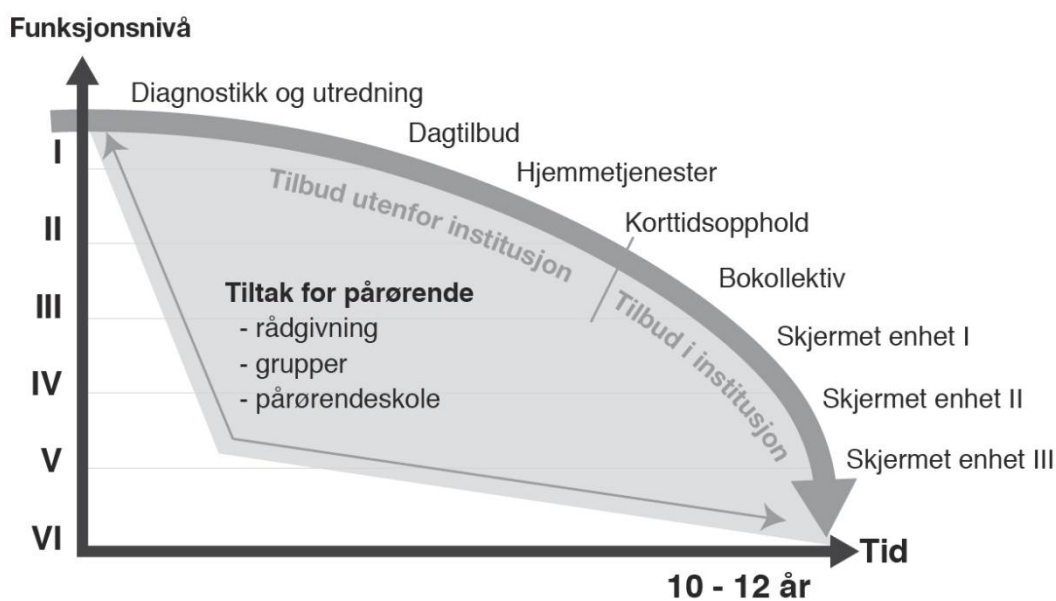
Ingen legemidler kan stoppe demensutviklingen eller forsinke den progressive prosessen (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

Siden det ikke finnes medisinsk behandling, er den miljøterapeutiske behandlingen særdeles viktig slik at personer med demens kan få mulighet til å opprettholde sitt funksjonsnivå lengst mulig (Andersen and Holthe, 2005). Det betyr at når de ikke lenger kan bo hjemme, må de få mulighet til å bo i små enheter som er fysisk

tilrettelagte for personer med demens, hvor det er personale som har kunnskap om sykdommen og det den medfører. I tillegg må personalet ha kompetanse i å tilrettelegge hverdagen så pasientene får opprettholde sitt funksjonsnivå lengst mulig (Engedal et al., 2004).

Det finnes om lag 66.000 personer med demens i Norge (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Fra 2020 regnes det med en kraftig vekst i antall innbyggere over 80 år. Forekomsten av demens øker med stigende alder og det antas at det innen 2040 vil være om lag 130 000 personer med demens dersom forekomst av demens holder seg på dagens nivå. Forekomst av demens i aldersgruppen 65-69 år er 0,9 %, stiger til 17 % i aldersgruppen 80-84 år og fra 90 år og oppover har 40,7 % utviklet en demenssykdom (Engedal et al., 2004).

Personer med demens vil fra tidlig i sykdomsforløpet være i behov av støtte, tilsyn og hjelp fra sine pårørende og sosial- og helsetjenesten. I Norge snakker vi om en kjede av tiltak. Ord som tiltakskjede, behandlingsskjede og omsorgsskjede blir benyttet. Figur 1 (Engedal et al., 2002) er en illustrasjon av en sammenhengende behandlingsskjede.



Figur 1. Illustrasjon av en behandlingsskjede for personer med demens og deres pårørende (Engedal et al., 2002).

Behandlingsskjeden viser hvordan tiltakene endrer seg over en tid på 10 til 12 år ettersom den kognitive svikten tiltar, fra tiltak utenfor institusjon til et institusjonsbehov. Y-aksen er et mål for omsorgsbehov målt med Bergers skala og X-aksen er et mål for redusert fungering i dagliglivet.

Når det er mistanke om sykdom bør det først skje en grundig utredning for å bekrefte/avkrefte diagnosen og for å vurdere funksjonsnivået og den støtte og hjelp som



personen og pårørende er i behov av. I en tidlig fase av sykdommen hvor personen fortsatt bor hjemme vil de fleste, både den som er syk og de pårørende ha behov for samtaler individuelt og i grupper med helsepersonell og andre i samme livssituasjon. I tillegg kan mange ha nytte av en støttekontakt og et dagtilbud (Engedal et al., 2004).

Fra Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse i Norge antas det at halvparten av de som har en demensdiagnose er i behov av heldøgntjenester og det anbefales at det utvikles et differensiert botilbud til personer med demens for å imøtekomme de behov som de og deres pårørende har i de ulike fasene av sykdommen (Eek and Nygård, 2006). Tilbudet som en hver kommune bør ha tilgang til er:

- Korttidsavdeling
- Bofellesskap
- Skjermet enhet
- Pleieavdeling
- Forsterket skjermet enhet
- Enhet for mennesker med utviklingshemming som utvikler demens
- Enhet for yngre personer som får en demenssykdom

Det er rapportert positive erfaringer fra inn og utland med tilrettelagte boenheter for personer med demens. I en studie av Calkin (Andersen and Holthe, 2007) vises det bl.a. til at trivselen øker. Men det foreligger ingen entydige kriterier for hva en tilrettelagt bolig for personer med demens innebærer. Cohen og Weisman (1991) oppsummerer følgende forhold som typisk for spesialiserte enheter:

- Liten størrelse (4-8 personer)
- Tilrettelagt og spesialtegnet miljø og innredning
- Begrenset bruk av psykofarmaka
- Faste daglige aktiviteter
- Omsorgsfilosofi som fremmer medbestemmelse
- Respekt for den enkeltes integritet

Utforming av det fysiske miljøet er viktig for at personer med demens skal kunne orientere seg og føle seg trygge, men det er det psykososiale miljøet som de lever i som er avgjørende for trivsel og velvære (Andersen and Holthe, 2007). Personer med demens er helt avhengig av å ha personer rundt seg til å veilede og hjelpe dem i hverdagen. Hvordan denne støtten tilbys er helt avgjørende for hvordan de har det og klarer seg i hverdagen (Andersen and Holthe, 2005).

Personer med demens får gradvis vansker med å uttrykke seg og det er ikke alltid like lett å forstå hva de ønsker å formidle. Wogn-Henriksen (1997) viste i sitt prosjekt at selv personer med en alvorlig grad av demens, kan formidle noe om sin opplevelse av sykdommen, dersom de blir lyttet til.

Det å finne fram til metoder for å bedre kommunikasjon og samhandling med personer med demens er av stor betydning for deres samvær med andre mennesker.

I Demensplan 2015 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007) vises det til et treårig utviklingsprogram om miljøbehandling og miljøterapi som ”skal sette søkelys på fysiske og psykososiale rammebetingelser, relasjon og samspill, kommunikasjon og miljøterapeutiske metoder”. De miljøterapeutiske tiltak (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007) som nevnes er Dementia Care Mapping (DCM) og Marte Meo metoden. ”DCM er en metode for utvikling av omsorg for personer med demens i såkalte formelle omgivelser, dagsenter, eldreboliger, sykehjem og sykehusavdelinger. Hensikten er å bli mer bevisst på de sosialpsykologiske holdninger som kommer til uttrykk” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007).

Det å få kunnskap til å samhandle med pasientene på en bedre måte er i Norge i tråd med Regjeringens nye Samhandlingsreform (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

### **Marte Meo metoden**

Betydningen av ordene Marte Meo kommer fra de latinske ordene ”mars martis” som oversettes med ”av egen kraft”. Metoden ble utviklet i Holland av Maria Aarts på 70 tallet på grunnlag av hennes erfaringer med barn som hadde vanskeligheter med å formidle sine behov (Aarts, 2005).

Marte Meo metoden er en veiledningsmetode som er løsningsorientert og som bidrar til å styrke relasjonskompetansen til omsorgspersoner rundt barn og voksne som har behov for støtte til samtale og samhandling med andre (Nygård et al., 2007). Film i korte sekvenser og grunnelementer for god kommunikasjon styrer veiledningen. I arbeid med barn beskrives kommunikasjonen som utviklingsstøttende. I demensomsorgen snakkes det om funksjonsstøttende grunnelementer siden personer med demens ikke lenger kan utvikle funksjoner, men prøver å opprettholde de funksjoner som de har (Engedal et al., 2004).

De kommunikasjonsstøttende grunnelementene beskrives noe ulikt i litteraturen, men det dreier seg om de ytre rammene, de fysiske så vel som atmosfæren og detaljene i det som skjer mellom personer. I en god samtale og samhandling mellom personer er det en rytme, det er en aksjon fra den ene som fører til en reaksjon fra den andre i deres tempo og slik fortsetter det til en naturlig stopp. Personer som av en eller annen grunn ikke er i stand til å være i denne gjensidige rytmen med andre, trenger hjelp til å starte, fortsette, tåle å være der og til å stoppe når det er naturlig. Det er omgivelsene og denne rytmen i kommunikasjonen som grunnelementene dreier seg om. I opplæring av Marte Meo metoden i demensomsorgen i Norge er de funksjonsstøttende grunnelementene for god kommunikasjon sammenfattet til ni punkter (Nygård et al., 2007):

- Pasienten blir møtt på en trygghetsskapende og tillitvekkende måte
- Pasientens oppmeksomhetsfokus følges og blir satt ord på
- Pasienten får hjelp til å være i rytme
- Pasienten får vite hva som skjer og skal skje ved bruk av ord, mimikk og kroppsspråk
- Pasienten får anerkjennelse i handlingsforløpet

- Pasienten får hjelp til å starte og avslutte en handling
- Pasienten får støtte til å tåle ubehag
- Pasienten får hjelp til å reagere på andre og til å presentere seg
- Pasienten får naturlig fysisk berøring

Veileder analyserer filmen i lys av grunnelementene og plukker fortrinnsvis ut et kort klipp hvor samspillet fungerer godt. Tanken bak dette er at vi lærer mer av å bli vist det som fungerer enn å få kritikk for det vi ikke lykkes med (Aarts, 2005). Et viktig spørsmål i veiledningen blir: hvordan gjøre mer av det som fungerer? I denne veiledningen er oppmerksomheten rettet mot pasienten og ikke mot hjelper. På denne måten unngår man å fokusere på det personalet ikke har mestret.

Det kan hende at løsningen på situasjonen viser seg allerede i første film og veiledning, men stort sett er det behov for to til fem veiledningsmøter. Målet med veiledningen er i denne sammenheng å hjelpe personalet og pårørende til å utvikle nye ferdigheter i daglig samtale og samhandling med personer med demens (Nygård et al., 2007).

Når metoden skal benyttes må det alltid sørges for at det er gitt samtykke til filming av pasienten og det må innarbeides rutiner for oppbevaring av filmene. Videre så forplikter Marte Meo terapeuten seg til å avbryte filmingen dersom pasienten viser tegn til ubehag (Nygård et al., 2007).

Utdanning innen Marte Meo metoden skjer i dag på tre nivå i Norge. For å bli Marte Meo terapeut må du gå i opplæring og veiledning i to år med påfølgende eksamen hos en supervisor i metoden. For å bli supervisor kreves ytterligere to års videre veiledning hvor du selv veileder og lærer opp personer til å bli Marte Meo terapeuter. Lisensiert supervisor godkjennes av Maria Aarts personlig og det er disse som utdanner supervisorne. Det prøves for tiden ut en praktikerutdanning i demensomsorgen i Norge hvor personalet får veiledning på film hvor de er i samspill med pasienter. De lærer seg grunnelementene, men kan ikke veilede andre.

Metoden har spredd seg internasjonalt til 30 land og det er nå utviklet program innen mange fagområder, fra arbeid med premature barn til personer med demens (Aarts, 2005). De første Marte Meo terapeutene i verden ble utdannet i Norge i 1990 og da i hovedsak for å styrke og utvikle samspillet mellom foreldre og barn. Siden 2000 har metoden vært i bruk i demensomsorgen i Norge og det er til nå utdannet 19 Marte Meo terapeuter innen dette fagfeltet.

Det finnes bøker, artikler, prosjektrapporter og masteroppgaver om Marte Meo metoden, men lite forskning. På Marte Meo benyttet i demensomsorgen er det i dag ingen forskning.

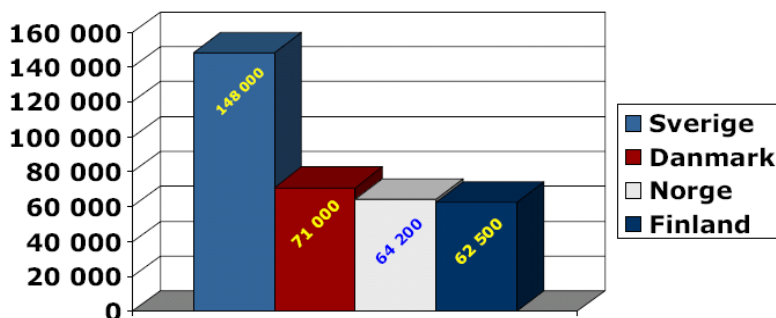
Innen andre fagfelt er det noen få studier. Blant annet viser det seg at Marte Meo metoden har hatt positive følger i behandling av kvinner som lider av post partum depresjon (Vik and Hafting, 2006, Vik and Braten, 2009), det å komme i gang med amming (Weimers et al., 2006) og overfor skolebarn som ligger i risikozonen for å utvikle sosial problematikk (Axberg et al., 2006).

## Folkehelse

I Dagbladet 15.08.09 uttalte den norske helseministeren at "eldre ikke får samme omsorg som resten av befolkningen". Det er en beskrivelse av situasjonen i dag. Når vi vet at verden står overfor en global demografisk utfordring, med en aldrende befolkning som vil fortsette å øke, er det vanskelig å tro at situasjonen vil bedre seg de nærmeste årene. Konklusjonen i FN rapporten "World Population Ageing 1950-2050" (United Nations Population Division, 2002) er at denne økningen av antall eldre vil få konsekvenser av økonomisk, sosial, politisk og kulturell art. Med et stigende antall eldre i befolkningen vil det bli flere personer med demens. Alzheimers sykdom og andre demenstilstander er rangert som nummer fem av 10 ledende årsaker til disability adjusted life years (DALY) (Beaglehole, 2003). DALY er et mål for å beregne antall år personer med en sykdom kunne ha levd friske dersom sykdom ikke hadde inntruffet og det benyttes til å estimere byrden av sykdom. Videre skrives det (Socialstyrelsen, 2005) at dersom man ikke setter inn økede ressurser for personer med demens kan problemene for personer med demens og deres omsorgsgivere bli enda større i framtiden. Hvilket også vil føre til et enda større folkehelseproblem enn det er i dag.

## Nordisk perspektiv

Det antas at antall personer med demens i de nordiske landene vil doubles innen en periode på 30-40 år (Helse- og omsorgsdepartementet and Omsorgsplan 2015, 2006). Figur 2 viser beregnet antall personer med demens i de Nordiske landene (Demensomsorg i Norden and Anfinnsen, 2006).



Figur 2. Antall beregnet personer med demens i Nordiske land. Alder: 65 år + (Demensomsorg i Norden and Anfinnsen, 2006).

Antall nye personer med demens, insidens, er i 2005 beregnet å være 13.000 i Danmark, 9.000 i Norge og 24.000 i Sverige (Helse- og omsorgsdepartementet and Omsorgsplan 2015, 2006)

Alle land i Norden med en voksende eldre generasjon står overfor store utfordringer, spesielt med tanke på at så mange utvikler en demenstilstand. For å kunne møte utfordringene må det blant annet bygges mange nye boenheter tilrettelagt for personer

med demens og behandlingstiltak til den enkelte pasient og deres pårørende må utvikles. Et viktig satsningsområde fordi personer med demens allerede tidlig i sykdommen er avhengig av støtte og hjelp fra andre personer, er å utvikle gode metoder for å forstå og møte deres behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). En av disse metodene er Marte Meo metoden og den brukes i dag i demensomsorgen i Danmark, Sverige og Norge. Norge og Danmark er foreløpig de eneste land i Norden som utdanner Marte Meo terapeuter i demensomsorgen. En svensk psykolog har tidligere veiledet personale i demensomsorgen, men ikke utdannet dem til å bli Marte Meo terapeuter.

I demensomsorgen i Norden har det gjennom årene vært samarbeid om ulike prosjekter blant annet om utredning (Engedal and Demensomsorg i Norden, 2006), behandlingstilbud (Demensomsorg i Norden and Anfinnsen, 2006) og om teknologi (NUH, 2008).

## **Hensikt med studien**

Hensikten med studien er å utdype og få mer kunnskap om hva Marte Meo metoden har av betydning for Marte Meo terapeuter i demensomsorgen. Det å få svar på hvilken betydning metoden har, vil påvirke videre utvikling av Marte Meo metoden i Norge, siden studenten sitter sentralt i opplæring av metoden innen demensomsorgen i Norge. Det vil få konsekvenser for hvem utdanningen i framtiden skal rettes mot og det vil påvirke innholdet i utdanningen. Resultater fra denne studien vil kunne påvirke utvikling av metoden også i andre land da resultatene kommer til å bli presentert på kongresser og for Maria Aarts som har utviklet metoden.

## **Forskningsspørsmålet**

Hva har Marte Meo metoden betydd for de som har lært metoden?

## **METODE**

### **Grounded theory**

I denne studien var målet å få dypere kunnskap om hva det har betydd for Marte Meo terapeuter å ha lært metoden. Marte Meo metoden dreier seg om kommunikasjon og samhandling mellom mennesker og grounded theory har vist seg spesielt egnet nettopp der temaet dreier seg om sosiale relasjoner og prosesser. Metoden anses også velegnet når det skal forskes på områder hvor det finnes lite forskning fra før (Guvå et al., 2005), noe som gjelder dette temaet.

Den kvalitative metoden grounded theory ble utviklet i perioden 1920 – 1967 ved Chicago School of Sociology som en motvekt til den biologiske og kvantitative måten å se verden på (Glaser and Strauss, 1967). Sosiologisk forskning var på den tiden dominert av funksjonalistisk teori hvor individet ofte ble redusert til et sett av strukturer,

funksjoner og mekanismer for å holde samfunnet ordnet, statisk og konvensjonelt (Hallberg, 2002). Som en kontrast til dette synet ble symbolsk interaksjonisme utviklet, hvor samfunnet blir sett på som en dynamisk prosess av kontinuerlig aktiviteter med varierte og gjensidige interaksjoner mellom mennesker og deres omgivelser. Mening blir etablert gjennom interaksjon med andre, men hvordan man så persiperer og redefinerer virkeligheten er avhengig av med hvem, hva og hvordan man er interaktiv. Dette beskrives av Buber (Hallberg and Klingberg, 2008) som kjernen i symbolsk interaksjonisme som er den tradisjonen grounded theory bygger sin forståelse på.

Grounded theory har til hensikt å utvikle nye teorier eller modeller på bakgrunn av de innsamlede data, grundet (grounded) i data (Glaser and Strauss, 1967). Tanken er at ny kunnskap kan tjene til å forstå andre lignende tilfeller og med det bidra til å overføre kunnskap (Glaser and Strauss, 1967). Strategiene for å oppnå dette målet er at forskningen er strukturert for å oppdage sosiale og psykososiale prosesser, datainnsamling og dataanalyse foregår samtidig, både prosessen og produktet kommer fra data, analysen er en kontinuerlig sammenligning av rådata og framkomne kategorier som gradvis leder fram til et mer abstrakt nivå (Hallberg, 2002). Memoskriving som er en spesiell nedtegning av det skrevne ord (Corbin and Strauss, 2008) foregår gjennom hele prosessen og tjener som nødvendig bindeledd mellom koding og ferdig analyse (Hallberg, 2002).

Datamaterialet kan springe ut fra observasjon, dagbok, journaler og autobiografier i tillegg til åpne kvalitative individuelle intervjuer som vil bli beskrevet her (Hallberg, 2002).

I grounded theory er det ikke skarpt skille mellom datainnsamling og analyse (Hallberg, 2002) og det anbefales å transkribere og analysere hvert intervju før det neste (Glaser and Strauss, 1967).

Datainnsamling skal foregå til det er metning, det vil si at det ikke framkommer ny informasjon. Charmaz (Brink, 2006) mener at metning ikke er det samme som gjentakelser av den samme hendelsen eller historien, men at det ikke kommer ny kunnskap til for å forstå kategoriene. Av den grunn kan ikke antall informanter bestemmes på forhånd.

Det har gjennom årene blitt utviklet ulike versjoner av grounded theory. Den opprinnelige som Glaser og Strauss utviklet kalles i dag Klassisk grounded theory. Strauss i samarbeide med Corbin, kom senere med en ny utgave, Modifisert grounded theory, som handlet mer om sosiale prosesser. Den inneholdt også et kodningsparadigme for å lette systematiseringen i analyseprosessen. Mange mener at dette kodningsparadigme styrer forskeren så han ikke blir så åpen som han bør være til sitt datamateriale (Hallberg, 2002). Glaser mener at analysen blir mer beskrivende enn analyserende i modifisert grounded teori (Hallberg, 2002).

Begge disse metodene er preget av den positivistiske tenkningen når det gjelder forskerens rolle om å være nøytral og troen på at det finnes en objektiv verden der ute, den klassiske mer enn den modifiserte. Charmaz (Hallberg, 2002) mener at forskeren

alltid vil påvirke og være en del av forskningen og at det finnes flere virkeligheter. Hun utformet en tredje versjon, Konstruktivistisk grounded theory hvor hun framhever at den oppdagede virkelighet er et produkt eller en konstruksjon av interaksjon mellom data og forskeren (Hallberg, 2002).

De tre versjonene har et felles fundament som dreier seg om å være åpen til det innsamlede materiale, kode del for del, finne overordnede kategorier og en kjernekategori som beskriver hva det hele handler om. Klassisk versjon av grounded theory benytter ordene substantiv og teoretisk koding, Modifisert versjon opererer med åpen, axial og selektiv koding og Konstruktivistisk versjon med initial (linje – for linje) og fokusert koding (Hallberg, 2002). Det som gjøres i substantiv, åpen og initial koding er tilnærmet likt for alle de tre retningene og det samme gjelder for den teoretiske, selektive og fokuserte kodingen (i.b.). Axial koding benyttes bare i den Modifiserte versjonen (i.b.).

## **Forberedelser**

I grounded theory er man spesielt opptatt av at forskeren skal møte sine informanter på en åpen måte uten forutinntatte holdninger til dem eller til temaet som skal studeres. Intervjueren i denne studien er utdannet Marte Meo terapeut, noe som har gjort det spesielt viktig å være oppmerksom på egne holdninger til det som studeres. En måte som har blitt benyttet er at intervjuer i månedene før oppstart prøvde å skyve bort tankene om hva det har betydd for henne selv å ha lært metoden. Når de tankene dukket opp prøvde hun i stedet å tenke på hvordan studien skulle utføres, de metodiske utfordringene og lignende. For ikke å gå i dybden og reflektere mer enn nødvendig rundt hva det har betydd for henne har hun i forkant av studien bevisst valgt å ikke skrive ned sin forforståelse av temaet.

## **Utvalg**

Kvalitative studier velger informanter som kan gi informasjon om forskningsspørsmålet, et strategisk utvalg (Thagaard, 2003). Det strategiske utvalget til denne studien ga seg selv siden det er en spesiell gruppe, Marte Meo terapeuter i demensomsorgen, som skulle undersøkes. I dag dreier dette seg om 19 personer i Norge. De personer som studenten har en nær relasjon til eller som ikke benytter metoden i dag ble utelatt. Det gjenstod da 10 personer som var utdannet Marte Meo terapeuter i demensomsorgen. Disse ble tilsendt informasjonsskrivet (vedlegg 1) og samtykkeskjemaet (vedlegg 2). Åtte personer sa seg villige til å delta i undersøkelsen. Alle var kvinner og hadde en høgskoleutdanning, fire arbeidet i alderspsykiatrien og fire på sykehjem. Tre av dem i lederstillinger, to avdelingsledere og en fagleder. Informantene bor i tre byer på Vestlandet i Norge. De har vært utdannet Marte Meo terapeuter i tre til fem år.

## Intervju

I et intervju blir kunnskap til mellom den som intervjuer (inter) og synspunktene (view) til intervjupersonen (Kvale, 2006). Forskningsintervjuet har en bestemt struktur og hensikt. Det går dypere enn en vanlig meningsutveksling (Kvale, 2006). Hensikten med et slikt intervju er å få del i andre menneskes erfaringer, tanker og følelser, få innsyn i deres livsverden (Thagaard, 2003).

Intervjuene må planlegges både praktisk og mentalt. Den praktiske delen består i å skaffe lokale, båndspiller og å lage en intervjuguide. Den mentale delen består i at intervjuer forbereder seg ved å lese (Thagaard, 2003) og tenke gjennom hvordan intervjuet bør foregå, hvilken rolle intervjuer ønsker å ha og hvordan det best kan skapes en god atmosfære.

Intervjuer bør ha kunnskap om de temaene som tas opp (Thagaard, 2003), om intervjuteknikk og om sosiale relasjoner (Kvale, 2006) fordi intervjuer er selve instrumentet i denne type situasjoner. Intervjuer må tenke gjennom hva som er hennes sterke og svake sider i en intervjusituasjon (Thagaard, 2003).

Både forsker og informant har innflytelse på hvordan intervjuet forløper, men det er ingen gjensidig interaksjon. Informanten bestemmer hva hun ønsker å fortelle og forskeren styrer spørsmålene og det er bare informanten som er åpen og fortrolig. Kvale (2006) beskriver denne type intervju som ensidig fortrolighet og han sier det så sterkt at intervjuer må skape en atmosfære hvor den intervjuede føler seg trygg nok til å snakke fritt om sine egne opplevelser og følelser.

## Intervjuguide

Under arbeid med intervjuguiden (vedlegg 3), vendte tankene igjen og igjen tilbake til et eneste spørsmål: "Hva har det betydd for deg å ha lært Marte Meo metoden"? Tanken var å få informanten til å reflektere rundt dette ene emneintroduserende spørsmålet (Kvale, 2006) uten for mange tilleggsspørsmål. I intervjuguiden ble det satt opp noen oppfølgingsspørsmål som kunne benyttes ved behov for å hjelpe informanten til å gå i dybden, spørsmål som: "Kan du utdype det du sa om...?...Hva mer har det betydd for deg?... På hvilken måte har det hatt betydning for deg?... Kan du komme med noen eksempler på hvilken betydning det har hatt for deg å lære metoden?... Hvis du opplever en forandring med deg fra før du lærte metoden, hva har den bestått i?... Hva har det betydd for deg faglig?... Hva har det betydd for deg som person"? Denne måten å gå i dybden på gjør at du kommer lenger og lenger inn til kjernen av hva det dreier seg om.

Videre ble det satt opp spørsmål om hva de tror det har betydd for pasienter og for personalet som har blitt veiledet i metoden. Dette fordi disse to gruppene nødvendigvis vil bli involvert i bruk av Marte Meo metoden. Det er to fortolkende spørsmål (Kvale, 2006) fordi det er informanten som tolker hvilken betydning det har hatt for personalet og pasienter. Et siste spørsmål ble satt opp for å trekke ut essensen av samtalen: "Hvis



du skal trekke fram det som har betydd mest for deg ved å lære Marte Meo metoden - hva har det vært”?

For å sikre at det ene emneintroduserende spørsmålet kunne utløse tanker, følelser og praktiske beskrivelser som Glaser og Stauss (1967) mener er viktig i en hver undersøkelse, ble spørsmålet prøvd ut på to personer som har helt andre spesielle interesser enn Marte Meo metoden, nemlig: merking av sau og lappeteknikk. Spørsmålet om hva det har betydd for dem å ha lært det de kan på sine respektive områder utløste mange fortellinger på ulike plan. Det ble en forsikring om at det holdt med ett spørsmål for å utløse tanker, følelser og beskrivelser av et tema. Noe som støttes av Kvale (2006) som skriver at det ofte settes opp for mange spørsmål og at det i intervjuene lett kan bli for mye tomprat.

I tillegg til intervjuguiden (vedlegg 3), ble det utformet et informasjonsskriv (vedlegg 1), et samtykkeskjema (vedlegg 2), og et skjema til praktiske opplysninger om informantene (vedlegg 4). En av informantene ønsket mer opplysning og det ble sendt en mail til alle slik at de skulle få samme informasjon.

### **Selve intervjuet**

I følge Thagaard (2003) er det viktig at forskeren tenker nøye gjennom sine sterke og svake sider som kan påvirke intervjusituasjonen. Intervjuer i denne sammenheng er godt trent i å veilede personale og i å intervju pasienter og pårørende. Ved nøye ettertanke erkjente intervjueren at hun kan ha en tendens til å bli for aktiv i starten av et møte og ikke gi nok rom for den andre. Det er noe hun må være ekstra oppmerksom på i møte med informantene.

Det å bli møtt på sine initiativ i en samtale styrker opplevelsen av å bli sett og det er nettopp dette informantene skal kjenne helt fra den innledende samtalen og gjennom hele intervjuet. De første øyeblikkene av møtet mellom informant og intervjuer vil påvirke atmosfæren og informantens grad av åpenhet i selve intervjuet, skriver Kvale (2006).

Alle intervjuene ble foretatt uforstyrret i et rom på informantenes arbeidsplasser. En av informantene ble beskrevet som en ressursperson av læreren til Marte Meo terapeutene og det ble valgt å starte med henne fordi det kan være en fordel å starte med en som antas å ha høy kompetanse på området og som er i stand til å reflektere over sine erfaringer (Hallberg, 2002).

Mange velger å starte intervjuene med den praktiske informasjonen for å myke opp stemningen (Thagaard, 2003). Men studenten valgte å ta disse spørsmålene til slutt, slik at de ikke skulle styre informantene inn på mer praktisk rettede svar videre i intervjuet. Videre anså hun informantene som sosialt kompetente og vant til å takle vanskeligere utfordringer enn dette intervjuet.

Alle intervjuene startet med å hilse og prøve å skape en god relasjon, gi en kort informasjon om hva intervjuet skulle handle om, vise båndspilleren, så spørre om de hadde noen spørsmål, før det emneintroduserende spørsmålet ble stilt (Kvale, 2006).

Intervjuguiden ble lært utenat for at studenten skulle føle seg mer avslappet. I tillegg var tanken at det ikke skulle være et forstyrrende ark mellom intervjuer og informant. Intervjuer kunne da lettere følge med på informantens beskrivelser, nyanser i beskrivelsene, tonefall, ansiktsmimikk og kroppsspråk. Det antas at informanten da ville føle seg mer ivaretatt ved at intervjuer aktivt lytter (Teslo, 2000) til det som blir sagt. Intervjuer ga tilbakemelding med smil og nikk for å vise interesse (Kvale, 2006). Thagaard (2003) skriver at en vanlig erfaring fra intervjuundersøkelser er at personer ønsker å fortelle om seg selv til en interessert lytter.

I tillegg til spørsmålene i intervjuguiden ble det av intervjuer benyttet oppsummeringer etterfulgt av spørsmålet: ”har jeg forstått deg rett”? Etter intervjuet ble det foretatt en debriefing ved at det ble spurt om de hadde noe å legge til og om hvordan dette hadde vært for dem (Kvale, 2006).

Intervjuer valgte etter tre intervjuer å ikke benytte klokke og heller stole på at intervjuene varte til informantene hadde fått sagt det de ønsket. Glaser og Stauss (1967) skriver at det ikke skal være begrensning i tid. Intervjuene varte fra 15 til 75 minutter og det ble en mer naturlig avslutning uten klokke.

Fordi intervjuene var på tre steder i landet ble intervjuene foretatt i bolker på to til tre dager og hele intervjuperioden strakk seg over fem uker. Det ble aldri foretatt mer enn et intervju på en dag.

Kvale (2006) skriver at analysen starter allerede under intervjuet. I de tre siste intervjuene valgte intervjuer til slutt å lage et muntlig resyme` av det informantene hadde kommet med og informantene ble bedt om å kommentere dette. Alle tre bekreftet at oppsummeringen hadde inneholdt det viktigste av det de hadde sagt.

## **Transkribering**

Intervjuene ble transkribert av en erfaren sekretær da intervjuer ikke hadde mulighet til å gjøre det selv. Etter transkribering ble hvert intervju gjennomhørt og det som sekretæren ikke hadde fått med, blant annet på grunn av vestlandsdialekten, ble tilføyd. Det var ikke mange steder det var misforhold mellom det som ble transkribert og det som ble sagt. Men noen viktige ord ble rettet opp som at demenspleien var transkribert til menneskepleien.

## **Analysen**

### **Substantiv koding (åpen koding, initial koding)**

I denne fasen dreier det seg om å være åpen til data. Først leses eller høres hele intervjuet og en stiller spørsmål til data om hva dette dreier seg om. Ved det får man et helhetsinntrykk av hva det hele handler om. Så går det transkriberte datamaterialet nøye gjennom, linje for linje eller avsnitt for avsnitt. Viktige ord, setninger eller avsnitt merkes. Det som er merket settes sammen, kodes. Navn på kodene kan settes med informantens egne ord, in-vivo koder eller med intervjuers fagterminologi, in-vitro koder. Kodene sammenlignes for å finne forskjeller og likheter. Ved denne sammenligningen får kodene mer og mer abstrakte begreper som så samles i kategorier (Hallberg, 2002). Corbin and Strauss (2008) kaller dette trinnet for axial koding.

Det er viktig i hele analyseprosessen at det skjer kontinuerlig sammenligning av datamaterialet, av koder og kategoriene innbyrdes og med hverandre så man ikke låser seg fast i de første kodene eller kategoriene, men inkludere nye når de dukker opp (Hallberg, 2002).

### **Teoretisk koding (selektiv koding, fokusert kodingen)**

Neste skritt i analysen blir å se om det er en fellesnevner, et felles budskap eller en sammenheng mellom kategoriene som kan sammenfattes i en kjernekategori, det alt dette handler om.

Målet i dette stadiet av analysen er å vurdere om analysen har ført fram til en teori eller modell. Det er to typer teorier det i denne sammenhengen er snakk om, substantiv teori eller formal teori (Glaser and Strauss, 1967). En substantiv teori, er bare gyldig for en bestemt gruppe, mens en formal teori vil omhandle fenomenet i sin alminnelighet.

### **Selve analysen**

Intervjuene ble analysert med grounded theory og stegene til Glaser og Strauss (1967) med substantiv og teoretisk koding har blitt benyttet.

### ***Substantiv koding***

Umiddelbare tanker og følelser om hvordan intervjuet hadde vært, ble rett etter intervjuet lest inn på bånd. Samme dag ble hvert intervju lyttet til flere ganger og tanker og ideer skrevet ned, Memo skrivning. Det ble på denne måten foretatt en første åpen koding hvor spørsmålet "Hva dreier dette seg om"? styrte gjennomhøringene (Glaser and Strauss, 1967). Denne gjennomhøringen var spesielt viktig siden intervjuene ikke ble transkribert etter hvert intervju. Det var også viktig for å kunne gå i dybden og dvele ved informantens svar. Ved å stille spørsmål i eget hode til det som ble sagt og skrive

ned tanker for å få en dypere refleksjon (Dysthe, 1996), bidro det flere ganger til å be neste informant utdype noen temaer som hadde dukket opp hos forrige informant. Eksempel på dette er: ” hva hindrer deg i å benytte metoden... hvilken overføringsverdi har det du nevnte der...hva har det gjort for arbeidsmiljøet”? Disse spørsmålene ble stilt etter at informanten hadde formidlet sine egne tanker om det emneintroduserende spørsmålet (Glaser and Strauss, 1967).

Etter at intervjuene var transkribert, ble intervjuene gjennomlest og det som framstod som betydningsfullt, et ord, en setning eller hele avsnitt ble fargemerket. Alle intervjuene ble lest igjen for å sjekke at det som sa noe om betydning av metoden var kommet med og mening ikke hadde gått tapt (Hallberg, 2002) i dette reduserte materialet. Det reduserte materialet ble lest gjennom for å se om noe av dette omhandlet det samme. Det framkom fire grupper, koder, av den reduserte teksten som først ble navngitt med informantenes ord, in-vivo. Innholdet i hver av kodene ble vurdert ut fra likheter og forskjeller og kodene ble så delt inn i fem koder. Disse kodene ble tegnet ned i diagram og tankekart og diskutert med veileder. Kodene fikk etter hver mer og mer abstrakte betegnelser som til slutt endte i opp i fire kategorier.

### ***Teoretisk koding***

I denne prosessen ble kategorier vurdert i forhold til likheter og ulikheter innbyrdes og med hverandre og en kjernekategori dukket opp. Etter en stund viste det seg at denne kjernekategoriene omhandlet pasientene og ikke informantene. Det ble utformet en ny kjernekatetegori og en av kategoriene fikk i denne prosessen et mer abstrakt begrep. Forskningsspørsmålet ble diskutert opp mot kategoriene og kjernekategoriene, og det viste seg å omhandle temaet.

I grounded theory er målet at resultatet skal ende opp i en modell eller teori som forklarer og forutser et visst fenomen (Hallberg, 2002). Begrepet modell er noe svakere enn begrepet teori som forutsetter en større mengde data. I denne studien hvor det kun var åtte informanter ble resultatet satt inn i en modell som illustrer betydningen av hva det har betydd for Marte Meo terapeuter i demensomsorgen å ha lært metoden. Resultatet kan beskrives som en tentativ substansiell modell fordi den sier noe om en gitt gruppe (Glaser and Strauss, 1967).

Som nevnt skal innsamling av data fortsette inntil det ikke kommer ny kunnskap til for å forstå kategoriene. I en så liten studie, bare åtte informanter, en gruppe, er det ikke aktuelt å snakke om metning (Glaser and Strauss, 1967).

Arbeid med analysen har bestått i å skrive, gå eller hvile mens tankene har fått tid til å utvikle seg. Det er i det tenkende at analysen skjer, skriver Strauss og Corbin ( 2008).

## **Memoskriving**

Nedskrivning av tanker, ideer, litteraturforslag og referater har systematisk blitt benyttet. De ble ordnet etter dato og når omfanget ble for stort, delt inn i ulike overskrifter for lettere å holde oversikt. I tillegg til det skrevne ord, ble det benyttet tegning og diagrammer som tankekart for å få en større forståelse av hva studien dreiet seg om. Det sies at et bilde kan være verdt mer enn 1000 ord og at Memo og diagram er kraftfulle og levende dokumenter som er like viktig som datainnsamlingen (Corbin and Strauss, 2008).

## **Validitet**

Malterud (2003) skriver at validitet handler om å stille spørsmål til kunnskapens gyldighet da ”all kunnskapsutvikling handler om å finne frem til mer eller mindre relevante versjoner av den virkelighet og sannhet som vi ønsker å få vite mer om”.

Kvale (2006) snakker om intern og ekstern validitet. For å finne ut om studien har en indre validitet stilles spørsmålet: ”hva er dette sant om”? Den eksterne validiteten spør om funnene kan være gyldig for andre enn de som deltok i studien. Er funnene overførbare?

Det å stille spørsmål til de valg som gjøres under hele forskningsprosessen hjelper oss til å se begrensninger og svakheter i de ulike fasene under studiens gang. Hvis forskeren ikke oppdager en eneste feil så har ikke forskeren kompetanse til å se sin egen studie i et metaperspektiv påstår Kvale (2006). Målet er ikke å fjerne problemene, men å synliggjøre dem og granske dem fra alle mulige synsvinkler. Målet er innsikt og forståelse (Malterud, 2003). Forskerens oppgave er å synliggjøre en rød tråd gjennom hele forskningsprosessen så leseren forstår versjonene, tolkningene og slutningene (Malterud, 2003).

## **Etiske vurderinger**

Pasienter involveres ikke i dette arbeidet, noe som gjør at det ikke er nødvendig å søke godkjenning fra etisk komité i Norge. Det ble likevel sendt en henvendelse til Regional etisk komité for helse Sør-Øst som en forsikring om at studien var godkjent (vedlegg 5).

Informantene skal sikres at de og deres informasjon blir behandlet på en etisk forskriftmessig måte. I denne studien fikk de skriftlig informasjon om prosjektet (vedlegg 1) og de undertegnet et samtykkeskjema (vedlegg 2), hvor det stod at det er frivillig å delta i prosjektet og at de når som helst kan trekke seg uten å begrunne årsaken til dette. De får videre vite at informasjonen ikke skal kunne spores tilbake til dem og at båndopptaket vil bli slettet etter at oppgaven er ferdig.

## RESULTATET

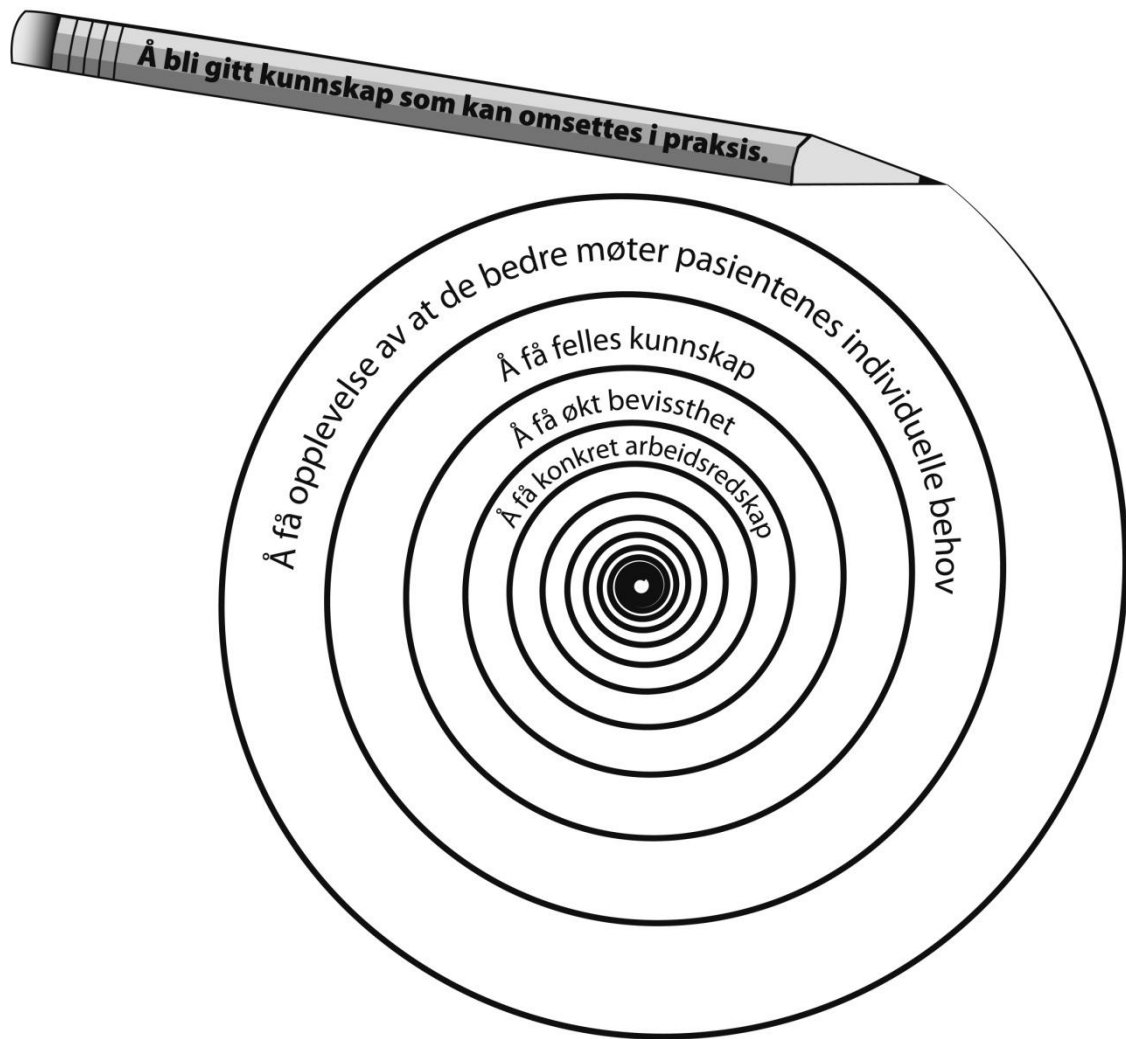
### **Kjernekategori: å bli gitt kunnskap som kan omsettes i praksis**

Informantene har gitt beskrivelser av hva det har betydd for dem å ha lært Marte Meo metoden og hva de tror det har hatt av betydning for personalet de har veiledet og for pasientene. De opplever at personalet ved å se og høre det samme på film lettere kan enes om felles holdninger og handlinger overfor pasientene. De har fått en felles metode som har gitt dem et felles språk så de bedre kan forstå hverandre på tvers av faggruppene. Noe som har bedret arbeidsmiljøet ved at de har blitt mer åpne for hverandres synspunkter. Det sies:

*Vi har fått det vektøyet som vi manglet i demensomsorgen og demenspleien har blitt forenklet.*

Resultatet fra intervjuene har blitt kodet i fire kategorier og de handler om at det å få konkret arbeidsredskap fører til økt bevissthet som igjen gjør at personalet får felles kunnskap som gjør at de får en opplevelse av at de bedre møter pasientenes individuelle behov. Det alt dette dreier seg om er kjernekategori: ”å bli gitt kunnskap som kan omsettes i praksis”.

Resultatet kan illustreres i en modell (figur 3).



Figur 3. Modell for resultatet.

Pennen tegner en spiral som illustrerer det å bli gitt kunnskap som kan omsettes i praksis, kjerne-kategorien. Ringene innerst er små og illustrer starten på en læringsprosess. Det å lære Marte Meo metoden er ikke statisk, ved å filme nye pasienter er det nye utfordringer som skal løses og kunnskapen må utvikles. Dette illustreres ved at ringene stadig blir større og større og ringen blir aldri sluttet. Det blir som ringer i vann, de blir større og større.

Det er i hovedsak informantenes ord som blir gjengitt i beskrivelsene av kategoriene, med unntak av de gangene det har vært nødvendig med synonymer for å få flyt i språket. De fire kategoriene som beskrives er:

- Å få konkret arbeidsredskap
- Å få økt bevissthet
- Å få felles kunnskap
- Å få opplevelse av at de bedre møter pasientenes individuelle behov

## **Å få konkret arbeidsredskap**

Marte Meo metoden beskrives som konkret, enkel og lett å veilede etter når du først har lært den. Ved at film i korte sekvenser blir brukt, så ser og hører alle det samme. Dersom de ikke gjør det, kan filmen spilles igjen og igjen til alle ser hva som faktisk skjer. Ved å se filmen flere ganger får du med deg detaljene i samhandlingen. Det er som å være detektiv. Filmen lyver ikke, du ser noe som ellers ikke ville bli sett. Alle ser det samme og det er mye lettere å bli enige om tiltak i forhold til det man ser. De steder som har innarbeidet metoden trenger ikke alltid å benytte film for å komme fram til løsninger. Når grunnelementene er lært er de med deg hele tiden og det viser seg lett å overføre tankegangen til nye situasjoner. Grunnelementene beskrives som en enkel oppskrift fordi det handler om å være et medmenneske for andre.

Det påstås at det blir enklere for pasientene å forstå budskapet vårt når vi forenkler kommunikasjonen vår med dem.

*Det er så konkret og det er så godt å få kunnskap om hvordan du skal gjøre det. Det savner folk.*

Marte Meo metoden er løsningsorientert og som veileder kan det være lettere å nå fram til personale som virkelig trenger å lære seg andre måter å jobbe på, uten at de opplever det som kritikk. Metoden fokuserer ikke på personalet, det er pasientene det dreier seg om.

Tidligere ble det ofte mye syning i veiledningstimene og det ble brukt mye tid til å diskutere hva som hadde skjedd og hva som skulle gjøres, men nå ser alle det samme.

Informantene opplever at det er lettere å formidle hva som skjer i samhandlingen med film enn uten og at de formidler det bedre enn tidligere. Det krever mindre forberedelse og tar kortere tid å forberede seg fordi filmen og grunnelementene gir struktur og innhold til veiledningen. De opplever at Marte Meo metoden har gitt dem noe konkret å jobbe med og at det har vært godt å kunne komme med løsninger.

## **Å få økt bevissthet**

Informantene opplever at personalet som de veileder har fått økt bevissthet om det å kommunisere og samhandle med pasientene. Før var ordet, kommunisere, noe ullent og vanskelig for mange å forstå. Kommunikasjonsmetodene, Reminisens og Validering, som har blitt benyttet i demensomsorgen i mange år, opplevdes vanskelig å omsette i praksis. Marte Meo metoden har lært dem at det å kommunisere handler om å se hva den enkelte pasient uttrykker og har behov for. Det dreier seg om å være i forkant og å se pasientenes behov, møte dem med et smilende ansikt, snakke med en vennelig stemme, få øyenkontakt, forklare hva som skal skje, gi anerkjennelse og ros og få til en rytme i samhandlingen med et tempo som er tilpasset den enkelte.



Det å se pasientene på film har gjort personalet mer oppmerksomme på hva ansiktsmimikken uttrykker. Er blikket, rynkene i panna, draget rundt munnen uttrykk for engstelse eller sinne? Personalet legger nå mer merke til pasientens egen kompetanse.

Det har i avdelingene blitt mer forståelse for hva demensdiagnosen kan føre til av følelser og reaksjoner hos pasientene. Personalet har blitt mer nysgjerrige på å finne ut hvem pasienten er bak sykdommen, og hva årsaken til følelsesutbrudd og spesielle handlinger kan være.

I personalgruppa har refleksjoner om konkrete situasjoner i dagliglivet økt. Tanker som tidligere ikke kom fram, deler de nå med hverandre. Marte Meo metoden har vært et utgangspunkt for etiske refleksjoner og den beskrives som et redskap til å prøve ut tillitskapende tiltak som nå kreves i den nye Pasientrettighetsloven før tvangstiltak iverksettes.

Personalet har blitt mer bevisste på hva de selv gjør riktig og galt og skylder ikke på pasienten når de ikke får det til. De har sett på film at det ikke dreier seg om flaks, men at det er noe i atmosfæren og samhandlingen mellom pasienten og de som får det til. Noe som de andre kan lære av. De har blitt mer bevisst sine holdninger og handlinger.

Informantene har forandret sitt syn på pasienter, sine medarbeidere og på seg selv. De opplever at de har blitt mer bevisst pasienten som menneske og at de tenker litt annerledes på samhandlingen med dem. De er mer til stede i nuet med pasientene. Lytter på en mer oppmerksom måte, leser kroppsspråket deres og tenker først på hva pasienten trenger før de går i gang med å hjelpe dem.

Informantene opplever også at de har fått mer forståelse for sine medarbeidere og at de deler mer av sine følelser med dem.

Informantene kommer med uttalelser om at de gjør en bedre jobb, har fått mer glede i arbeidet, blitt mer stolt av yrket sitt, har vokst som personer, blitt tryggere og fått en økt selvtillitt. De vet at de klarer å finne løsninger på vanskelige situasjoner. Gjør de en feil kan de prøve en annen tilnærming. Det har styrket troen på den kunnskapen og de tankene de har hatt med seg om at livskvalitet for pasientene dreier seg om det miljøet de lever i. Det har vært en oppbakking og støtteerklæring til det de har trodd på. Noe som har styrket dem i møte med de som har hatt andre holdninger enn dem selv.

De har blitt mer bevisste på hvordan de kan påvirke atmosfæren og samspillet med pasientene med det de sier, gjør og måten de sier og gjør ting på. De lytter og undres mer før de konkluderer.

*Jeg føler, jeg ser og hører personen med demens på en annen måte enn tidligere. Jeg er mer bevisst deres ansiktsmimikk og leser bedre deres kroppsspråk, som erstatter ordene de mangler når ordproduksjonen svikter. Jeg leser mimikken og forstår bedre hva de trenger hjelp til og hvordan jeg skal gi den hjelpen de trenger... Ved å bruke elementene, sammen med pasientens kroppsspråk, føler jeg at jeg er en bedre hjelper enn tidligere. Jeg bruker bevisst de*

*kommunikasjonsstøttende elementene i samhandlingene med pasientene og prøver ut hva den enkelte har bruk for.*

Det å ha lært Marte Meo metoden har vært et springbrett i mange retninger. Den tause kunnskapen har blitt mer bevisst og det har blitt lettere å ta på seg veilednings- og undervisningsoppdrag.

De har sett på film hvordan pasientene søker med øynene når de er usikre på hva som skal skje. Ansiktene deres kan se ut som spørsmålstejn når de ikke forstår.

### **Å få felles kunnskap**

Informantene sier at der Marte Meo metoden er innarbeidet har det gjort noe med hele arbeidsmiljøet. Personalet har blitt mer samkjørte. Det har vokst fram en atmosfære preget av større åpenhet, trygghet og respekt for hverandre. De jobber mer som et team og føler seg ikke så alene når det er vanskelige situasjoner som skal løses. Tidligere kunne personalet lett krisemaksimere når de fikk vite at de skulle få inn en person med utfordrende atferd. Nå går de sammen om å finne løsninger. De spør hverandre, tør å prøve nye løsninger og feile for så å prøve igjen. Personalet tar mer ansvar enn tidligere.

Det ser ut til at personalet har fått mer energi og en bedre arbeidsdag. De føler selv at de er flinke og da gjør de en bedre jobb på en gladere måte og blir mer stolt av jobben sin.

På flere steder må nyansatte nå undertegne på at de går med på å bli filmet og de får undervisning i grunnelementene.

Avdelingen har fått en felles metode som er det første de benytter når de får inn pasienter med utfordrende atferd. Noe som gjør at alle kan komme med forslag til løsninger i en vanskelig situasjon. Det blir lettere å ha samme tilnærming til pasientene.

Informantene opplever at personalet kan forklare sine handlinger, sitt samvær med pasientene på en annen måte enn tidligere. Ved å gjennomgå metoden har de plutselig fått ord å bruke og de fleste har blitt flinkere til å uttrykke seg. De har fått et felles språk. Med Marte Meo metoden har de fått felles kunnskap i kommunikasjon og samhandling med pasientene. De ser det samme på film og kan lettere enes om hvordan de skal utføre jobben. Pleieplanene har blitt annerledes, mer detaljerte.

Pårørende kan ha problemer med å kommunisere og samhandle med sine nærmeste og det rapporteres at det har vært lettere for dem å forstå hvordan de kan være sammen med sine etter at de har sett på film hva personalet gjør.

Det å se seg selv på film, få positive tilbakemeldinger fra de du jobber sammen med, det gir veldig styrke, det gir en mestringsfølelse. Som eksempel kan nevnes at ufaglærte, vikarer og personer fra fremmede kulturer kan vise på film hva de kan, de kan bringe sin kunnskap videre uten å forklare hva de gjør med de rette ordene. De med lite teoretisk kunnskap blir stolte av å bringe sin kunnskap videre til de med mange

eksamener. Det har gjort noe med selvbilde og selvtilliten. Personer med dysleksi slipper å lese for å forstå og bringe det videre. Det har blitt større likhet mellom de ulike yrkesgruppene

*Det kreves ikke så mye kunnskap, altså høgskolekunnskap, å bruke metoden, så de som kanskje har følt seg litt underlegne, at de ikke har kunnet så mye, ikke hatt så mange eksamener, mange poeng. De kan faktisk også vise frem at de gjør en god jobb, og det syns jeg er litt av det viktigste. Ikke for pasientens mestring, men personalets.*

Informantene sier at det har hatt stor betydning for dem at holdningene i avdelingen har forandret seg og flere opplever å få positive tilbakemeldinger fra personalet, noe som igjen styrker deres selvfølelse og gjør at de blir tryggere i jobben.

Det blir nevnt at de selv benytter grunnelementene i kommunikasjon med sine medarbeidere, de gir bl.a. mer ros og anerkjennelse enn tidligere. De gleder seg over å se at pasientene og personalet har fått det bedre.

Informantene tror at når personalet føler at de er kompetente i jobben, så vil de ikke bli så nedslitte og skademeldingene og sykefraværet vil kunne gå ned. Jobben blir lettere og mer spennende når de får litt mer kunnskap om hvordan de konkret skal utføre jobben sin.

### **Å få opplevelse av at de bedre møter pasientenes individuelle behov**

Informantene mener at metoden gjør oss bedre i stand til å møte pasientenes behov. De tror at mange pasienter har fått en bedre livskvalitet, rett og slett et bedre liv. Dette fordi pasientenes individuelle ressurser og behov blir sett og møtt. Pasientene blir mer respektert som det mennesket de er med sine særegenheter. Når deres atferd blir vanskelig er det nå større nysgjerrighet på å lete etter nye tilnærminger for å unngå tvang.

Personalet har fått en bedre oppskrift på hvordan de må gå frem for å forstå, hvordan de skal være den biten pasienten trenger, for å kunne takle sykdommen på en best mulig måte. Når det nå blir kommunisert på pasientenes nivå, i deres tempo og etter deres behov antas det at pasientene forstår at hjelper vil dem vel. Det at personalet nå jobber mer likt skaper trygghet og mer forutsigbarhet for pasientene. De ser at personalet har blitt mer oppmerksomme på hvor viktig det er å møte pasienten med ro og et smilende ansikt om morgenen for å skape en tillitvekkende atmosfære.

Personalet leter nå mer etter svar på sine ord og handlinger i pasientens ansiktsmimikk og kroppsspråk før de går videre i samhandlingen med dem. De bekrefter og benevner framfor å stille spørsmål. De har blitt opptatt av å gi den hjelpen pasientene trenger i øyeblikket så de slipper nederlaget ved å oppleve at de ikke mestre. Det sies at denne måten å tilnærme seg pasienten på fører til at pasienten også tolker og forstår bedre den hjelpen de får.

De har lært å hjelpe pasientene til å tåle ubehag dersom det er noe som må gjennomføres som pasienten ikke ønsker. Som eksempel kan nevnes en pasient som strittet i mot da hun skulle ta blodprøve. Personalet hjalp henne gjennom ubehaget ved å si: jeg vet det gjør vondt, bare litt til, snart ferdig, dette går bra osv.

Informantene kommer med mange eksempler på hvordan pasientene har fått en bedre livskvalitet. Det fortelles om personer som har slått, som nå er rolige, om personer som har blitt stelt av fem hjelpere, men som nå klarer seg med to fordi personalet jobber på en annen måte.

*Når vi er tilstede på en slik måte for pasienten, tror jeg det gir en bedre opplevelse for den enkelte. Det skapes en god aksepterende atmosfære og øker deres mestring ved å gi den hjelpen de trenger i øyeblikket for å unngå forvirring og fortvilelse over sin handlingssvikt.*

Det sies at metoden bidrar til at pasientenes ressurser blir sett. Dette bidrar til at pasientens selvtilitt øker og gjør dem bedre i stand til å møte dagen. De får en bedre hverdag. Målet vårt må være å gi dem en verdig dag. Det må vi gi dem.

## **DRØFTING**

Studien har som mål å finne ut hva det har betydd for Marte Meo terapeuter i demensomsorgen å ha lært metoden. Det har vist seg at det har hatt stor betydning på ulike plan fra det praktisk til det personlig, både for dem selv og for pasienter og personale.

I analyseprosessen av Marte Meo metodens betydning dukket kategoriene opp som ledet fram til kjernekategoriene: ”å bli gitt kunnskap som kan omsettes i praksis”. Marte Meo metoden dreier seg om å få opplæring i en metode, men det er ingen selvfølge at det som blir formidlet blir lært. Studien viser at det de har fått av kunnskap har blitt overført til praksis, blitt lært (Nielsen and Kvale, 1999). Av den grunn vil resultatet av undersøkelsen bli vurdert i lys av læringsteori. I tillegg vil det som informantene har sagt om arbeidsmiljøet og pasientbehandling bli drøftet i lys av pedagogisk og psykologisk forskning.

Alle kategoriene vil i første omgang bli drøftet under overskriften: ”å bli gitt kunnskap som kan omsettes i praksis”, kjernekategoriene. I tillegg vil kategoriene: ”Å ha fått felles kunnskap” og ”Å få opplevelse at de bedre møter pasientenes individuelle behov” bli drøftet grundigere under sine egne overskrifter.

### **Å bli gitt kunnskap som kan omsettes i praksis**

Marte Meo terapeuter som har lært metoden, har veiledet personalet som igjen har prøvd ut det de har lært i samtale og samhandling med pasientene. Informantene

beskriver at de har fått et konkret arbeidsverktøy som har ført til økt bevissthet, felles kunnskap og en opplevelse av å møte pasientenes behov. Dette handler om læring, men ikke læring i tradisjonell form hvor læreren formidler kunnskap til eleven uten dialog. Her læres det med bruk av film og noen enkle grunnelementer for kommunikasjon i en gruppe som arbeider sammen til daglig. Denne form for læring passer godt inn i tradisjonen Mesterlære (Nielsen and Kvale, 1999). Mesterlære (Nielsen and Kvale, 1999) bygger på tradisjoner tilbake til middelalderen hvor en mester i et håndverksfag lærte opp en svenn ved at denne fulgte mesteren og etter hvert tilegnet seg alle arbeidsoppgavene i faget. Men på den tiden ble ikke det sosiokulturelle perspektivet vektlagt som i dag. I den nye forståelsen vektlegges læring som en sosial prosess i et fellesskap og ikke bare som en individuell kognitiv prosess. I Mesterlære (Nielsen and Kvale, 1999) snakker man om at læring skjer i et praksisfellesskap, det foregår en faglig identitetsutvikling, du lærer gjennom handling og det skjer en evaluering gjennom praksis (Nielsen and Kvale, 1999). Marte Meo metoden formidles i en avdeling, et *praksisfellesskap*, informantene beskriver at det utvikler seg en felles faglig plattform, *faglig identitetsutvikling*, læringen skjer ved veiledning, diskusjon og utprøving i praksis og filmene gir en *evaluering av praksis*.

”Mesterlære er en form for læring som ikke bygger på noe skille mellom læring og bruk av det lærte. Opplæringen foregår i den sammenhengen hvor det lærte skal benyttes. Læringen er innvevd i en sosial gitt praksis, og den er betinget av at lærlingen deltar i praksis” (Nielsen and Kvale, 1999).

Denne form for læring omfatter mange læreformer; *learning by doing*, læring gjennom observasjon, imitasjon, trening, veiledning, *via case* og fortellinger som har det til felles at det ikke finner sted en formell undervisning (Nielsen and Kvale, 1999).

To tradisjoner som kan forveksles med Mesterlære bør nevnes, situert læring og læring som sosial praksis. ”Situert læring”, læring og produksjon som skjer i et fellesskap, gjør krav på å gjelde mer generelt enn Mesterlære som har et spesifikt innhold som skal læres (Nielsen and Kvale, 1999). I tradisjonen ”Læring som sosial praksis” regnes læring som en del av hverdagslivet og omfatter læring i sosiale praksis (i.b).

”Brukt alene er nok mesterlære best egnet til å danne personlig kompetanse på områder hvor oppgavene, målene, løsningsmulighetene og problemtypene er relativt stabile og velkjente” (Nielsen and Kvale, 1999).

Denne beskrivelsen stemmer godt overens med et avdelingsmiljø for personer med demens hvor oppgavene, målene for jobben er pasienter med demens og løsningsmulighetene ligger i samspillet mellom pasienter og personalet. Pasientenes problemer er relativt stabile og velkjente for personalet.

Mesterlære har de siste tiårene blitt lansert i danske aviser og fagtidsskrifter som fremtidens pedagogiske metode. Det filosofiske og antropologiske miljøet peker på at det kan være mye å lære fra mesterlære når det gjelder det å tilegne seg ferdigheter og taus kunnskap (Nielsen and Kvale, 1999).

Informantene nevner i denne studien at Marte Meo metoden kan bidra til at taus kunnskap blir synlig (Polanyi, 1983). Marte Meo metoden passer godt inn i beskrivelsene av hva Mesterlære handler om og som en følge av det kan den selv om den ble utviklet på 70 tallet, ses på som en moderne og fremtidsrettet læringsmetode.

Marte Meo metoden beskrives av informantene som konkret og enkel. Enkelheten består i å lære seg å se hva pasienten har behov for, se på film for så å lære seg å se i selve situasjonen. I tillegg til å se på film er grunnelementene en huskeliste til hjelp for å se om pasienten får det som er naturlig i en hver god kommunikasjon og samhandling. Historien vår har vist oss at mennesker gjennom tidene stadig har utviklet nye typer redskaper til å forenkle, gjøre læringen lettere og mer forståelig for oss (Säljö, 2008).

Grunnelementene er lette å lære, lette bl.a. fordi det er få punkter, ni punkter. Säljö (2008) hevder at det menneskelige oppmerksomhetsspennet er sterkt begrenset, det er begrenset til mellom fem og ni informasjonsbiter samtidig. Killén (1979) støtter denne uttalelsen og skriver at for mange oppgaver og opplevelser kan hemme framfor å fremme en læreprosess.

Lettheten i å lære metoden kan også bestå i at det er gjenkjennelse i elementene, informantene sier at det er en bekreftelse på noe de allerede vet, noe de selv har erfart, men ikke har beskrevet med ord på denne måten.

Det hevdes at læring skjer best når tidligere lært kunnskap blir aktivert, det blir arbeidet aktivt med stoffet og lærestoffet har sammenheng og betydning for den studerende (Bjørke, 1996). Denne beskrivelse passer godt for hvordan det arbeides med Marte Meo metoden og det gamle kinesiske ordspråket kan sammenfatte det hele (Bjørke, 1996):

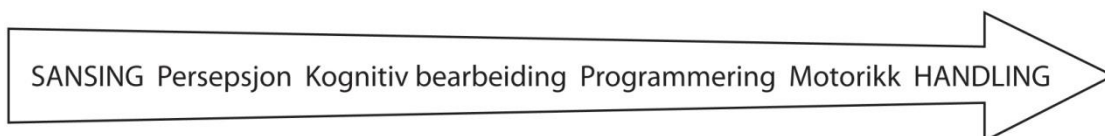
”Eg høyrer og eg gløymer  
Eg ser og eg hugsar  
Eg gjer og eg forstår”

Det at metoden oppleves kjent, kan trekkes tilbake til kunnskap som vi alle får tidlig i livet. Spedbarnsforskning (Bråten, 2007) har vist at allerede etter 11 dager er barn i stand til å kommunisere med en voksen ved at: ”de utfyller og følger opp hverandres uttrykk og bevegelse, der begge venter på tur i et finstemt samspill og smetter inn i hverandres uttrykksrekker uten avbrudd eller kollisjoner” (Bråten, 2007). Dette beskrives som en sirkeldans. Det er denne sirkeldansen, rytmen, som er kjernen i Marte Meo metoden (Aarts, 2005). Det å få til en samtale og samhandling som har en rytme hvor pasienten blir møtt på sine initiativ, hvor en aksjon blir fulgt opp av en reaksjon uten stans. Dette er en kunnskap vi har med oss og som vi gjenkjenner og som vi da i følge Bjørke (1996) lettere tilegner oss enn kunnskap som vi ikke har kjennskap til fra før.

Informantene kommer med uttalelser om at det har skjedd en økt bevissthet hos personalet de har veiledet og hos dem selv. Det å få økt bevissthet er en naturlig del av den indre bearbeidelsen som skjer når noe nytt læres. I gruppene med Marte Meo veiledning har de sett og hørt, brukt sansene og tankeprosesser har blitt satt i gang. For

noen har det vært nye tanker som må finne nye hukommelsesspor mens det for andre legges ny forståelsen til gammel kunnskap, beskrevet av Piaget som assimilasjon og akkomodasjon (Illeris, 2000).

I boka "Fra sansing til handling" (Andersen and Holthe, 2005) er det beskrevet en enkel modell (figur 4), for den indre prosessen som skjer i hjernen. Vi sanser, legge mening til og tolker sanseintrykkene før vi planlegger den motoriske handlingen for så å utføre den.



Figur 4. Fra sansing til handling (Andersen and Holthe, 2005).

Denne modellen kan forklare det informantene har beskrevet om seg selv og som de synes å se har skjedd med personalet som de veileder; de ser og hører, blir bevisste og endrer sine holdninger og handlinger.

Men som nevnt under Mesterlære (Nielsen and Kvale, 1999) skjer ikke læring i et vakuum, det skjer i en sosiokulturell sammenheng av ytre påvirkning og indre bearbeiding av de stimuli som vi blir utsatt for.

## Å få felles kunnskap

Informantene sier at personalet har blitt mer samkjørte og at det har vokst fram en atmosfære preget av større åpenhet, trygghet og respekt for hverandre. De jobber nå mer som et team, spør hverandre og føler seg ikke så alene når det er vanskelige situasjoner som skal løses.

Informantene framhever det at de har fått et felles språk som viktig. Et felles språk er kanskje det aller viktigste vi kan ha i en gruppe som skal samarbeide om felles oppgaver. Dette bekreftes av Säljö (2008) som beskriver språket som en kraftfull ressurs og av Aadland (1997) som hevder at språkspill er det alvorligste og viktigste spill som vi mennesker spiller. Skjervheim (1996) skriver at forstår vi ikke språket til hverandre så lever vi i hver vår verden og har bare overfladisk kontakt med hverandre. "Billedlig uttrykt er språket en mekanisme for å lagre kunnskaper, innsikter og forståelse hos individer og kollektiver. Forutsetning til at vi mennesker skal kunne ta til oss og bevare kunnskap og informasjon er at vi har kategorier og begreper å ordne våre opplevelser ut fra" (Säljö, 2008).

Grunnelementene i Marte Meo metoden kan forstås som en måte å ordne den kunnskap og informasjon som gis og som i følge Säljö (2008) er en forutsetning for at vi mennesker kan huske det vi lærer. I boka Mesterlære (Nielsen and Kvale, 1999) hevdes det at læring av praktiske ferdigheter er uløselig knyttet til læring av nytt språk, når

språket læres kan vi kommunisere verbalt om det praktiske. Det å lære Marte Meo metoden er å lære praktiske ferdigheter, ferdigheter i samhandling og samspill mellom pasient og hjelper og det er først når språket er lært at vi kan kommunisere om det vi gjør (Nielsen and Kvale, 1999).

Å kommunisere innbefatter mer enn språk. Det inkluderer kunnskap om de sosiale settingene som språket brukes i. Kommunikasjon ses på som bindeleddet mellom den indre (tenkning) og det ytre (interaksjonen) (Grenness, 1999).

De teoretikere som vektlegger det sosiokulturelle som vesentlig for læring mener at kommunikasjon går forut for tenkning og at det å lære seg et språk er å lære seg å tenke innenfor rammen av en viss kultur og et visst samfunnsmessig fellesskap. Det er gjennom deltakelse og kommunikasjon at individer møtes og kan ta til seg nye måter å tenke på (Säljö, 2008), noe som skjer i et avdelingsmiljø.

Informantene sier at de har fått mer forståelse for sine medarbeidere og at de deler mer av sine tanker og følelser med de personer de jobber sammen med. I følge Jehoras vindu (Kvalbein, 1999) vist på figur 5, er det et mål at vi i samarbeid med andre er kjent med oss selv og at andre er kjent med oss. Det vil skape en større grad av åpenhet i arbeidsmiljøet ved at enkeltindividene ikke har så mye å skjule for hverandre.

	Kjent for meg selv	Ukjent for meg selv
Kjent av andre	ÅPENT	BLIND
Ukjent av andre	SKJULT	UKJENT

Figur 5. Jehoras vindu (Kvalbein, 1999).

Det blir sagt at det viktigste en leder i en bedrift kan gjøre er å utvikle og vedlikeholde et godt kommunikasjonssystem (Kvalbein, 1999). Dette er noe informantene hevder at Marte Meo metoden gjør ved at avdelingen har fått et felles språk og at det har blitt et åpnere arbeidsmiljø.

Informantene rapporterer videre at de tror at sykefraværet og skademeldingene vil gå ned når personalet føler at de gjør en god jobb. Noe som bekreftes av Rones (Tveiten, 1998) som sier at bearbeiding av praksiserfaringer kan være en måte å forebygge utbrenthet på. I "Helsens mysterier" skriver Antonovsky (2005) at motstandskraft beror på den enkeltes opplevelse av sammenheng, den enkeltes opplevelse av tilværelsen som meningsfull, forståelig og håndterlig. Informantene forteller at de nå kan overføre den kunnskapen de har fått i praksis og at de opplever å lykkes med det de gjør. Dette kan tolkes til at de har fått en opplevelse av sammenheng i sin praktiske hverdag på jobben.



Heap (1985) hevder at vi er avhengige av medlemskap i grupper for å kunne tilfredsstillte våre mest grunnleggende behov for beskyttelse, produksjon, forsvar, opplæring, protest, følelsesmessig varme og – ikke minst – bevissthet om vår egenverd. Flere av informantene mener at mange ansatte, spesielt de som ikke var så gode til å uttrykke seg, har fått større selvtillit. De har også selv fått mer selvtillit fordi de har fått så gode tilbakemeldinger av de ansatte.

Heap (1985) hevder at gruppebåndet eller ”vi-følelsen” er kilden til å muliggjøre mer vellykket selvrealisering gjennom kollektiv styrke. Videre skriver han at mange gode opplevelser virker sterkere når vi opplever dem sammen med andre fordi vi både er sosiale og biologiske vesener.

Gruppetilhørighet kan selvfølgelig ha motsatt effekt dersom språk og sosialt samspill blir brukt negativt, men det kommer ikke fram som resultat i denne studien og blir derfor ikke drøftet her.

### **Å få opplevelse av at de bedre møter pasientenes individuelle behov**

Informantene sier at pasientene har fått et bedre liv. Det er selvfølgelig noe de aldri vil få svar på, men dersom det stemmer at pasientene nå blir møtt mer som mennesker, som den personen de er, må det ha stor betydning for pasientene.

Det å bli møtt av personale som ser deres individuelle ressurser og behov og møter dem med genuin interesse vil ifølge Roger (1961) føre til forandring. Det stemmer med det informantene beskriver av forandring som har skjedd med bl.a. urolige pasienter. I denne klientsentrerte tilnærmingen ligger det at den som møter pasienten må være nær, ekte og vise ubetinget respekt (Rogers, 1961). Når informantene sier at de nå leter mer etter pasientenes initiativ og svar på sine egne innspill i pasientens mimikk, kroppsspråk og verbale utsagn før de går videre, så handler det om å prøve å se den andre. Noe som er grunnleggende for opplevelse av kontakt. Uttrykt her med Virginia Satir`s ord (Satir, 1997):

”Den største gaven  
jeg kan tenke meg å få  
er  
at de ser meg  
hører meg  
forstår meg  
og  
tar på meg  
Den største gaven  
jeg kan gi  
er  
at jeg ser, hører, forstår  
og tar på et annet menneske.

Når dette har skjedd  
føler jeg  
at vi har skapt kontakt”

Informantene beskriver at metoden fører til at pasientene får den hjelpen de trenger i øyeblikket, noe som gjør at de bedre mestrer sine handlinger, gir dem selvtillit og gjør dem bedre i stand til å møte dagen. Det å få opprettholde sine ferdigheter lengst mulig er et viktig behandlingsprinsipp i demensomsorgen (Andersen and Holthe, 2005) (Engedal et al., 2004). Det å skape en forutsigbar hverdag for personer med demens er et annet viktig prinsipp for god demensbehandling (Andersen and Holthe, 2007) noe informantene hevder at skjer ved at personalet nå jobber mer likt.

I følge Bråten (2007) fører kontakt og meningsfull kommunikasjon til nødvendig næring for bedring av pasientenes helsetilstand. Teslo (2000) skriver at i en anerkjennende relasjon må personene ha tilknytning til hverandre og det må gis rom for at individene får hevde seg selv. Informantene beskriver at de gir anerkjennelse til pasientene i samhandling og i følge Teslo (2000) søker en anerkjennende relasjon å fange opp nettopp det å bli sett – ”eg ser deg”.

## **Refleksjoner over resultatene**

Tidlig i analysen ble det klart at informantene var svært positive til det å ha lært Marte Meo metoden, ja de var nesten religiøse i sin overbevisning om nytten av den. Læring kan deles inn i tre faser hvor den første er ”romansen” (Killén, 1979). Spørsmålet blir da om hvor lenge en slik fase varer. Informantene har lært metoden for tre til fem år tilbake så det er å anta at romansen burde ha gått over i en av de neste fasene, presisjon og generalisering (i.b.).

Hva kan det da komme av at beskrivelsene er så entydig positive? Hvilken innflytelse har intervjuer hatt på disse svarene? Alle vet at intervjuer også er Marte Meo terapeut og det er å anta at informantene tenker at hun er spesielt interessert siden hun ønsker å finne mer ut av metodens betydning. Men informantene er alle godt voksne, har arbeidet lenge med personer med demens, oppleves trygge i sin yrkesrolle, trygge og frittalende under intervjuene, så det er liten grunn til å tillegge deres entusiasme og positive beskrivelser det at de blir møtt av en engasjert intervjuer. Informantene oppleves som ærlige og det er liten grunn til å tillegge dem andre hensikter enn å gi ærlige svar.

Det er da å anta at metoden for disse åtte informantene har hatt stor betydning enten som en bekreftelse på det de allerede kan eller som ny kunnskap. Som en sa om det å ha lært metoden:

*Jeg ville ikke vært det foruten.*

En annen grunn til entusiasmen kan være at metoden holdes ved like (Kolb et al., 1986) på deres arbeidsplasser. På arbeidsplassen til tre av informanter er metoden tatt inn i målsettingen for institusjonen og de fem andre informantene skal dette året delta i et

prosjekt i regi av Miljøprogrammet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007) hvor de skal lære opp personale på sykehjem til å bli Marte Meo praktikere for så å undersøke nytten av denne opplæringen.

Av informantene er det to som i kraft av sine stillinger burde forventes å ha en positiv innstilling til Marte Meo metoden. De har etter at de har erfart betydningen av metoden forhandlet seg fram til å benytte deler av sine stillinger til å arbeide med Marte Meo metoden.

Studenten har alltid opplevd Marte Meo metoden som konkret og lett å veilede etter fordi alle ser og hører det samme. Men hun har aldri tenkt at den kunne ha så stor betydning i det daglige arbeidet som informantene beskriver.

Som en avslutning, bør det presiseres at selv om denne studien beskriver Marte Meo metodens fortreffelighet, så er dette ikke den eneste metoden som vil være virksom i kommunikasjon og samhandling med personer med demens i framtiden. Sagt med Säljö's (2008) ord: "Vi skaper hele tiden redskaper som vi kan ta i bruk for å løse fysiske og intellektuelle problemer. . .Et hvert forsøk på å hevde at en utviklingsvei er andre overlegen, blir dessuten en påstand om at en kultur, ett samfunn eller en livsform er andre intellektuelt overlegen. Og slike påstander vil alltid være uvitenskaplige".

## **Metodediskusjon**

Er det sant, er det valid det som her er skrevet?

Resultatene i denne studien er gyldig for disse åtte informantene, intern validitet (Kvale, 2006). Det er sannsynlig at de som er utdannet Marte Meo terapeuter i demensomsorgen og som benytter metoden, vil kunne kjenne seg igjen i svarene som informantene har gitt. Det er derfor sannsynlig at studien har en ekstern validitet (Kvale, 2006) som gjelder Marte Meo terapeuter som benytter metoden i demensomsorgen. Men studien er ikke gyldig for Marte Meo terapeuter innen andre fagfelt.

I intervjuguiden ble det satt opp noen oppfølgingsspørsmål for å utdype det emneintroduserende spørsmålet. Alle disse spørsmålene med unntak av ett, som alle kom inn på i løpet av intervjuet, "hvis du opplever en forandring med deg fra før du lærte metoden, hva har den bestått i", ble benyttet.

Erfaring fra denne intervjuundersøkelsen har ført til at studenten i tilsvarende studier i framtiden vil stole på at det er tilstrekkelig med ett emneintroduserende spørsmål. Oppfølgingsspørsmålene kan stå i veien for andre mer aktuelle spørsmål som dukker opp i intervjuet. Ved å benytte kun ett spørsmål ville studien ha vært mer i tråd med Glasers og Strauss (1967) måte å utføre en studie på. De snakker ikke om intervju, men om en åpen konversasjon.

De to spørsmålene som omhandlet hva de trodde det hadde betydd for pasientene og for personalet at Marte Meo metoden ble benyttet i avdelingen, var det mange som tidlig

kom inn på uten at spørsmålene ble stilt. Det undret intervjuer at de så raskt begynte å snakke om personalet og pasientene. Først tenkte intervjuer at de ikke ville snakke om seg selv. Men det stemte ikke, for når de fikk spørsmålet på nytt, hva har det betydning for deg, kom det svar på det praktiske, tankemessige og følelsesmessige planet. Så det måtte finnes en annen årsak. Det kan være koblet til den jobben de innehar, tre av informantene sitter i lederstillinger, to jobber i poliklinikk med veilederansvar og en har en 10% stilling til å jobbe med Marte Meo. I disse stillingene er deres ansvarsområde både pasienter og personalet. Så underlig var det kanskje ikke at de snakket om pasientene for de er jo årsaken til at de har denne jobben. Uansett var det gledelig at pasientene ble gitt så stor oppmerksomhet. Siden disse to spørsmålene ofte ble besvart uten at de ble stilt, anses de i ettertid unødvendig.

Det siste spørsmålet som handlet om hva som hadde vært det aller viktigst med å ha lært metoden førte til at de ofte ble stille, tenkte seg ekstra godt om og kom med et eller to svar. Informantene hadde snakket om temaet, reflektert rundt det underveis. Det at de fikk dette spørsmålet til slutt opplevde intervjuer som viktig. De hadde underveis i intervjuet fått tid til å tenke gjennom temaet, de hadde blitt trygge på situasjonen og på intervjuer, noe som gjorde at de kanskje nå tok den tiden de trengte til refleksjon før de svarte. Erfaring med å stille dette siste spørsmålet er noe intervjuer vil ta med til neste studie, det ble som å samle essensen av hva de hadde formidlet.

Kvale (2006) skriver at det å lage oppsummeringer og spørre: ”har jeg forstått deg rett”, er en måte å validere intervjuet på, noe som ble benyttet i alle intervjuene.

Det at intervjuer er Marte Meo terapeut har i møte med informantene hatt fordeler og ulemper. Fordelen har vært at begrepene som de benytter til å beskrive metoden, stammespråket, forstås. Videre så trenger ikke informantene å bruke tid på å forklare det praktiske rundt metoden, de kan gå mer rett på refleksjon om betydningen av å ha lært metoden. Det kan være et tveegget sverd for hadde intervjuer ikke hatt denne kunnskapen måtte informantene ha uttrykt seg annerledes og på noen områder måttet forklare seg grundigere for eksempel når grunnelementene ble nevnt. Ved ikke å kunne metoden vil det naturlig dukke opp andre spørsmål til det informantene formidler. Det er vanskelig å si om det ville ført til annen kunnskap, men det er mulig. En annen ulempe kan være intervjuers arbeidsplass, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. En av informantene trodde at intervjuer hadde innflytelse på bruk av prosjektmidler som de hadde fått avslag på. Det var viktig at dette ble oppklart før intervjuet startet så denne mistanken ikke fikk mulighet til å prege intervjuet.

Som en første studie av hva det har betydning for Marte Meo terapeuter i demensomsorgen å ha lært metoden, kan det ha vært fornuftig å utelukke de som i dag ikke benytter metoden for å få en mer ensartet gruppe. Et mer nyansert og et ikke så entydig positivt bilde ville muligens ha kommet fram dersom også de som ikke benytter metoden, fem personer, hadde blitt inkludert i studien. Det er mulig å tenke seg at de har sluttet å benytte metoden fordi de ikke har nytte av den. For å sikre at mulige negative funn kunne blitt oversett, gikk studenten igjen tilbake til rådata. Men fant ingen negative beskrivelser av bruk av metoden. Det eneste negative som informantene sier, handler

om de ytre rammefaktorene, det å innhente tillatelse fra pårørende som bor langt unna og det å samle en større gruppe av personalet til veiledning i et travelt avdelingsmiljø.

Det anbefales at transkribering gjøres av den som utfører studien. Men denne intervjuer skriver sakte på maskin, så det er tvilsomt om konsentrasjonen hadde strukket til både å skrive ordrett og til å reflektere over det som ble skrevet. Dersom det er en rask skriver så stiller saken seg annerledes. Studenten sikret imidlertid at transkriberingen var riktig ved å høre gjennom alle intervjuene og rette de få feil som hadde oppstått i overføring fra det hørte til det skrevne i transkriberingen.

Analysen startet med gjennomhøring av hvert intervju flere ganger og nedtegning av viktige utsagn og hva det hele handlet om, før neste intervju. Men det blir ikke det samme som å sitte med det transkriberte intervjuet og gå gjennom det avsnitt for avsnitt rett etter intervjuet, slik som det anbefales i grounded theory (Glaser and Strauss, 1967). Det å jobbe med et og et intervju uten å ha alle liggende ferdig transkribert kan muligens også skape en opplevelse av å ha bedre tid enn når alle de transkriberte intervjuene ligger i en ventende bunke. Det at alle informantene bodde en flyreise fra intervjuer gjorde at intervjuene ble foretatt i bolker på to og tre dager med et intervju hver dag på grunn av tid og økonomi. Studenten ser nytten av å kunne arbeide med et og et transkribert intervju og vil etterstrebe det i neste studie.

I denne studien var målet å finne ut hva noe betydde for en gruppe mennesker. Siden det ikke var forsket på dette temaet tidligere ville det være vanskelig å sette opp relevante spørsmål til en kvantitativ undersøkelse. Dessuten var det et lite antall aktuelle personer å spørre, bare 10. Andre kvalitative metoder enn grounded theory ble ikke vurdert siden denne metoden er spesielt godt egnet til å studere handlinger i en sosial kontekst og til å studere noe det er forsket lite på (Guvå et al., 2005). Metoden har vist seg egnet til denne studien og det har i prosessen ikke vært tanker eller ønske fra studenten om å benytte andre metoder. Slike refleksjoner kan imidlertid komme når studien kommer mer på avstand enn nå midt inne i skriveprosessen. Avstand i tid kan gjøre det lettere for studenten å se studien utenfra.

Et viktig spørsmål i forskning er om temaet og funn er relevante for samfunnet og til det svares det et ubetinget ja. Studien viser at Marte Meo metoden har hatt stor betydning for informantene og de mener at det har betydning for personale og pasienter i demensomsorgen der metoden har blitt benyttet. Marte Meo metoden beskrives i Glemsk, men ikke glemt (Sosial- og helsedirektoratet, 2007) som en av to metoder som benyttes i demensomsorgen og som det ønskes mer kunnskap om gjennom et miljøprosjekt i regi av Sosial- og helsedirektoratet.

Et annet viktig spørsmål er om det for leseren har vært en rød tråd gjennom beskrivelsen av studien (Malterud, 2003). Det er forsøkt så tydelige som mulig å omtale alle stegene i forskningsprosessen, men det må være opp til leseren å besvare det spørsmålet. For som Malterud (2003) skriver, så har vi alle blinde flekker.

## **Veien videre**

Resultat fra denne studien vil i foredrag og samtaler bli formidlet til Marte Meo terapeuter og til ansatte og pårørende i demensomsorgen i inn og utland. Videre forskning kan bli aktuelt, for å se om den substansielle modellen kan videreutvikles til en teori (Glaser and Strauss, 1967). Det som da er nødvendig er å undersøke om modellen er holdbar for en generell gruppe Marte Meo terapeuter. Det vil si Marte Meo terapeuter innen andre fagområder enn demens. Her vil det være mulig å plukke ut en representativ gruppe hvor informantene hentes fra ulike steder i Norge, fra land og by, flere fagfelt, menn og kvinner og personer med ulik alder. Det dreier seg om en stor gruppe og det kan da være aktuelt å benytte en kvantitativ metode for å teste ut modellens holdbarhet.

Enten sammen med en kvantitativ metode eller alene kan videre studier med bruk av grounded theory være aktuelt å gjennomføre hvor flere fagfelt inkluderes og informantene intervjues med det ene emneintroduserende spørsmålet inntil det oppnås metning.

## **KONKLUSJON**

Studien har vist at Marte Meo metoden har hatt positiv innvirkning både på arbeidsmiljøet og personalets opplevelse av å møte pasientenes individuelle behov.

Kjernekategoriene: ”å bli gitt kunnskap som kan omsettes i praksis”, summerer kategoriene og hva studien handler om. Mye av den undervisning som i dag tilbys foregår som forelesning på den enkelte avdeling, sykehjem eller eksternt og er ikke alltid overførbart til praksis. Det å få opplæring i en metode som kan omsettes i praksis bør være mål for enhver undervisning hvor hensikten er å forandre praksis.

## **TAKK**

Først stor takk til min arbeidsplass, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, som har gitt meg tid og økonomisk støtte til å gjennomføre dette studiet. Stor takk også til de åtte informantene for inspirerende samtaler. Hjertelig takk til Anne Lise Eriksen som på en glitrende måte har transkribert alle intervjuene. Det å ha en veileder som bare er der, er ingen selvfølge, men det har du vært Ulrika Hallberg, hjertelig takk for konkrete og forståelige spørsmål og innspill. Hjertelig takk til Marianne Munch som på sin entusiastiske måte har lært meg Marte Meo metoden. Rent privat har det å studere i Gøteborg betydd at jeg har vært lite hjemme. Takk kjære mann, barn og gode venner som har vist forståelse for at jeg ikke har hatt så stor sosial kapasitet denne tiden.

## REFERANSER

- ANDERSEN, A. E. & HOLTHE, T. (2005) *Fra sansing til handling*, Sem, Forl. aldring og helse.
- ANDERSEN, A. E. & HOLTHE, T. (2007) *Boligguiden boenheter for personer med demens : planlegging og fysisk utforming*, Tønsberg, Forl. aldring og helse.
- ANTONOVSKY, A. (2005) *Hälsans mysterium*, Stockholm, Natur och Kultur.
- AXBERG, U., HANSSON, K., BROBERG, A. G. & WIRTBERG, I. (2006) The development of a systemic school-based intervention: Marte Meo and coordination meetings. *Fam Process*, 45, 375-89.
- BEAGLEHOLE, R. (2003) *Global public health a new era*, Oxford, Oxford University Press.
- BJØRKE, G. (1996) *Problembasert læring ein praksisnær studiemodell*, [Oslo], Tano Aschehoug.
- BRINK, E. (2006) Constructing grounded theory. A practical guide through qualitative analysis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 1, 188 - 192.
- BRÅTEN, S. (2007) *Kommunikasjon og samspill fra fødsel til alderdom*, Oslo, Universitetsforl.
- COHEN, U. & WEISMAN, G. D. (1991) *Holding on to home designing environments for people with dementia*, London, The Johns Hopkins University Press.
- CORBIN, J. M. & STRAUSS, A. L. (2008) *Basics of qualitative research techniques and procedures for developing grounded theory*, Thousand Oaks, Calif., Sage.
- DEMENSOMSORG I NORDEN & ANFINNSEN, E. (2006) *Demensomsorg i Norden kortfattet rapport fra prosjektet : avsluttende konferanse 3. mai 2006*, Tønsberg, Aldring og helse.
- DYSTHE, O. (1996) *Ulike perspektiv på læring og læringsforskning*, [Oslo], Cappelen akademisk forl.
- EEK, A., ENGEDAL, K. & KRÜGER, R. E. (2006) *Evige utfordringer : helsetjenester og omsorg for eldre : et festskrift til Knut Engedal på 60-års dagen*, Tønsberg, Forl. aldring og helse.
- EEK, A. & NYGÅRD, A.-M. (2006) *Lysning i sikte? tilbud til personer med demens i norske kommuner : landsdekkende undersøkelse*, Tønsberg, Aldring og helse.
- ENGEDAL, K. & DEMENSOMSORG I NORDEN (2006) *Utredning av demens i Norden*, Tønsberg, Aldring og helse.
- ENGEDAL, K., HAUGEN, P. K. & NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR ALDERSDEMENS (2004) *Demens fakta og utfordringer : en lærebok*, Sem, Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.

- ENGEDAL, K., SOLHEIM, K. V. & NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR ALDERSDEMENS (2002) *Grunnmur basishefter*, Sem, Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.
- GLASER, B. G. & STRAUSS, A. L. (1967) *The discovery of grounded theory strategies for qualitative research*, Chicago, Aldine.
- GRENNESS, C. E. (1999) *Kommunikasjon i organisasjoner innføring i kommunikasjonsteori og kommunikasjonsteknikker*, Oslo, Abstrakt forl.
- GUVÅ, G., HYLANDER, I. & NELLEMAN, D. (2005) *Grounded theory et teorigenererende forskningsperspektiv*, København, Reitzel.
- HALLBERG, L. R. M. (2002) *Qualitative methods in public health research theoretical foundations and practical examples*, Lund, Studentlitteratur.
- HALLBERG, U. & KLINGBERG, G. (2008) *Oral ohälsa hos personer med kognitiva och/eller fysiska funktionsnedsättningar - ett dolt folkhälsoproblem? elektronisk ressur*, Göteborg, Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.
- HEAP, K. (1985) *Gruppethode for sosial- og helsearbeidere*, Oslo, Universitetsforlaget.
- HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET (2007) *Demensplan 2015 "den gode dagen" elektronisk ressur*, [Oslo], Helse- og omsorgsdepartementet.
- HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET (2009) *Samhandlingsreformen rett behandling - på rett sted - til rett tid*, [Oslo], Helse- og omsorgsdepartementet.
- ILLERIS, K. (2000) *Læring aktuel læringsteori i spændingsfeltet mellem Piaget, Freud og Marx*, Frederiksberg, Oslo, Roskilde Universitetsforl., Gyldendal akademisk.
- KILLÉN, K. (1979) *Faglig veiledning i sosionomutdanningen*, [Oslo], Universitetsforlaget.
- KOLB, D. A., RUBIN, I. M. & MCINTYRE, J. M. (1986) *Organisasjons- og ledelsespsykologi basert på erfaringslæring*, Oslo, Universitetsforlaget.
- KVALBEIN, A. (1999) *God kontakt praktisk kommunikasjonslære*, Kristiansand, IJ-forl.
- KVALE, S. (2006) *Det kvalitative forskningsintervju*, Oslo, Ad notam Gyldendal.
- MALTERUD, K. (2003) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning en innføring*, Oslo, Universitetsforl.
- NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR ALDERSDEMENS, NASJONALT KUNNSKAPSENTER FOR HELSETJENESTEN & SVERIGE STATENS BEREDNING FÖR MEDICINSK UTVÄRDERING (2006) *Demenssykdommer en systematisk litteraturoversikt*, Tønsberg, Aldring og helse.



- NIELSEN, K. & KVALE, S. (1999) *Mesterlære læring som sosial praksis*, Oslo, Ad Notam Gyldendal.
- NUH (2008) *Teknologi og demens i Norden : hvordan bruker personer med demens tekniske hjelpemidler : en intervjuundersøkelse i Danmark, Finland, Island, Norge og Sverige*, Tønsberg, Aldring og helse.
- NYGÅRD, A.-M., LILLESVEEN, B. & KRÜGER, R. E. (2007) *Det går an! muligheter i miljøterapi : et festskrift til Aase-Marit Nygård på 70-års dagen*, Tønsberg, Forl. Aldring og helse.
- POLANYI, M. (1983) *The tacit dimension*, Glouchester, Mass., Peter Smith.
- ROGERS, C. R. (1961) *On becoming a person a therapist's view of psychotherapy*, Boston, Houghton Mifflin.
- SATIR, V. (1997) *Om å skape kontakt*, Oslo, Grøndahl Dreyer.
- SKJERVHEIM, H. (1996) *Deltakar og tilskodar og andre essays*, Oslo, Aschehoug.
- SOCIALSTYRELSEN (2005) Demenssjukdomarnas samhällskostnader och antalet dementa i Sverige 2005. Stockholm.
- SOSIAL- OG HELSEDIREKTORATET (2007) *Glemsk, men ikke glemt! om dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens*, Oslo, Sosial- og helsedirektoratet.
- SÄLJÖ, R. (2008) *Læring i praksis et sosiokulturelt perspektiv elektronisk ressurs*, Oslo, Cappelen akademisk.
- TESLO, A. L. (2000) *Mangfold i faglig veiledning for helse og sosialarbeidere*, [Oslo], Universitetsforl.
- THAGAARD, T. (2003) *Systematikk og innlevelse en innføring i kvalitativ metode*, Bergen, Fagbokforl.
- TVEITEN, S. (1998) *Veiledning - mer enn ord ...* Bergen, Fagbokforlaget.
- UNITED NATIONS POPULATION DIVISION (2002) *World population ageing 1950-2050*, New York, United Nations.
- VIK, K. & BRATEN, S. (2009) Video interaction guidance inviting transcendence of postpartum depressed mothers' self-centered state and holding behavior *Infant Mental Health Journal*, 30, 287 - 300.
- VIK, K. & HAFTING, M. (2006) Video interaction guidance offered to mothers with postnatal depression: Experiences from a pilot study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60, 234 - 238.

WEIMERS, L., SVENSSON, K., DUMAS, L., NAVER, L. & WAHLBERG, V. (2006) Hands-on approach during breastfeeding support in a neonatal intensive care unit: a qualitative study of Swedish mothers' experiences. *Int Breastfeed J*, 1, 20.

WOGN-HENRIKSEN, K., INFO-BANKEN, NORSK ALDERSPSYKIATRI & SOSIAL- OG HELSEDEPARTEMENTETS UTVIKLINGSPROGRAM OM ALDERSDEMENS (1997) "*Siden blir det vel verre- ?*" nærbilder av mennesker med aldersdemens : en undersøkelse av aldersdemente menneskers opplevelse av seg selv og sin situasjon, Sem, INFO-banken.

AADLAND, E. (1997) "*Og eg ser på deg-*" vitenskapsteori og metode i helse- og sosialfag elektronisk ressurs, [Oslo], Tano Aschehoug.

AARTS, M. (2005) *Marte Meo grundbog*, Eindhoven, Aarts Productions.

# VEDLEGG

## Vedlegg 1

### Spørsmål om å delta i et forskningsintervju om Marte Meo metoden

#### Bakgrunn for studien

Det er i dag lite forskning på Marte Meo metoden og enda mindre på metoden benyttet til personer med demens. Danmark og Norge er de land som har lengst erfaring med bruk av metoden til personer med demens. I Demensplanen 2015 "Den gode dagen" er Marte Meo metoden nevnt som en av to metoder for å bedre miljøbehandlingen. Av den grunn er det viktig å få mer kunnskap om metoden fra de som i dag benytter den.

#### Framgangsmåte

Det vil bli foretatt intervjuer tre steder i Norge. Intervjuene vil vare i ca. en time, bli tatt opp på bånd, skrevet ut og analysert etter den kvalitative metoden, Grounded theory.

#### Taushetsplikt

I henhold til lovverket har jeg som helsepersonell taushetsplikt. Opplysningene som samles inn i denne studien og som senere vil bli publisert, skal ikke kunne relateres til deg som person. Lydbåndopptakene slettes etter at masteroppgaven er godkjent, sannsynligvis våren 2010.

#### Frivillighet

Det er selvsagt frivillig å delta. Selv om du sier ja kan du på et hvert tidspunkt trekke deg fra videre deltakelse. Dersom du ønsker å delta i undersøkelsen, vil du bli nærmere orientert om når intervjuet skal gjennomføres.

Resultatene fra prosjektet vil bli presentert i norske og utenlandske tidsskrifter.

Har du spørsmål ta kontakt på E- mail [astrid.andersen@aldringoghelse.no](mailto:astrid.andersen@aldringoghelse.no) eller ring 48305056 Min veileder er Ulrikka Hallberg , Senior lecturer, docent ved Nordiska Högskolan för Folkhälsovetenskap, E-mail: [ulrika.hallberg@nhv.se](mailto:ulrika.hallberg@nhv.se)

Med vennlig hilsen.

Astrid E. Andersen

MastergradsstudentMarte

Meo terapeutFagkonsulent

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse

## Vedlegg 2

### INFORMERT SAMTYKKE

- Jeg sier meg villig til å delta i et intervju om mine refleksjoner rundt det å ha lært Marte Meo metoden.
- Jeg har lest informasjonsbrevet og hatt anledning til å stille spørsmål til intervjuer.
- Jeg er informert om at deltakelsen er frivillig og at jeg når som helst og uten begrunnelse kan trekke meg fra prosjektet dersom jeg ønsker det.
- Jeg er informert om at min informasjon ikke skal kunne spores tilbake til meg i denne oppgaven og at båndopptaket vil bli slettet.
- Jeg samtykker i at det som kommer fram i intervjuet kan brukes i masteroppgaven.

Dato.....

Navn.....

.

Tlf. nr.....

Mailadresse.....

Jeg, Astrid E. Andersen, forsikrer at det bare er meg som får vite om informantens identitet. Persondata vil bli endret slik at ingen skal kunne gjenkjenne informantene. Lydbåndene vil bli oppbevart nedlåst og slettet så snart oppgaven er godkjent.

Fredrikstad 07.02.09  
Astrid E. Andersen

## Vedlegg 3

### INTERVJUGUIDE

Det dette intervjuet skal dreie seg om er hva det har betydd for deg å lære Marte Meo metoden. Det er dine refleksjoner og tanker som jeg ønsker at du formidler i denne timen.

Har du noen spørsmål før vi starter?

#### **Hovedspørsmål**

Hva har det betydd for deg å lære Marte Meo metoden?

#### **Evt. oppfølgingsspørsmål**

Kan du utdype det du sa om.....

Hva mer har det betydd for deg?

Kan du komme med et eksempel på hva det har betydd for deg?

Hva har det betydd for deg faglig?

Hva har det betydd for deg som person?

På hvilken måte har det hatt betydning for deg?

På dine tanker

På dine opplevelse?

På det du gjør?

Hvis du opplever en forandring med deg fra før du lærte metoden. Hva har den bestått i?

Hva tror du at det har betydd for de ansatte som du har veiledet?

Hva tror du at det har betydd for pasienten?

#### **Siste spørsmål**

Hvis du skal trekke fram det som har betydd mest for deg ved å lære Marte Meo metoden - hva har det vært?

## Vedlegg 4

### ETTER INTERVJUET

Da skrur jeg av båndspilleren.  
Til slutt ønsker jeg svar på noen fakta om:

1. Når ble du utdannet Marte Meo terapeut?
2. Hvor ofte benytter du metoden?
3. Hvordan benytter du metoden?
4. Hvor lenge har du arbeidet med personer med demens?
5. Hvilken erfaring har du med veiledning fra tidligere?

Kvinne

Alder

Utdannelse

Dersom det innen et par uker dukker opp flere tanker, refleksjoner om hva det har betydd for deg å lære Marte Meo metoden så tar jeg veldig gjerne imot en mail om det. Kan jeg få ringe deg dersom jeg får behov for det?  
Tusen takk for at du ville stille opp til dette intervjuet.

## Vedlegg 5

Svar fra REK:

Hei,

etter vurdering ser det ikke ut som om du behøver å søke REK om godkjenning. Om du har fått svar på denne henvendelsen tidligere beklager vi dobbelt svar.

Vennlig hilsen

Olaug Twedt Myhre

Førstekonsulent REK Sør-Øst

Tlf 22 85 06 63

On 09.01.2009 10:28, Astrid Andersen wrote:

Undertegnede er mastergradsstudent ved Nordiska Högskolan för Folkhälsovetenskap i Gøteborg og skal i gang med oppgaven:

Hva betyr Marte Meo for de som har lært metoden?

En grounded theory studie av Marte Meo terapeuter i demensomsorgen

Hensikten med studien er å utvide og få mer kunnskap om hva Marte Meo metoden har av betydning for Marte Meo terapeuter i demensomsorgen.

I denne studien vil det bli benyttet en kvalitativ metode med bruk av en intervjuguide i semistrukturerte intervjuer som analyseres med Grounded theory.

Det er Marte Meo terapeuter, helsepersonell, som skal intervjues. Ingen pasienter eller pårørende.

Mitt spørsmål er om det skal søkes REK om godkjenning.





