

# Marte Meo – en tillitsskapende metode

*Bruken av metoden fra et munnhelseperspektiv*

Kathrine Hauge



Masteroppgave ved Det odontologiske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

2019



# **Marte Meo – en tillitsskapende metode**

Bruken av metoden fra et munnhelseperspektiv

Masteroppgave ved Det odontologiske fakultet

2019

Kathrine Hauge

Copyright Forfatter

2019

Marte Meo – en tillitsskapende metode

Kathrine Hauge

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo



# Sammendrag

Som helsepersonell vil man møte utfordringer knyttet til hjelp og behandling av personer med kognitiv svikt. Pasient og brukerrettighetsloven sier at tillitsskapende metoder skal være brukt før man benytter tvangstiltak. Marte Meo metoden kan brukes som en slik metode.

Marte Meo er en tillitsskapende metode som kan brukes ved assistert hjelp og behandling av personer med kognitiv svikt. Målet med masteroppgaven er å beskrive metoden og opplyse tannpleiere og tannleger om hvordan denne metoden brukes i dag og potensielt kan brukes i munnstell og tannbehandlingssituasjoner. Et annet formål er å presisere viktigheten av assistert tann- og munnstell hos personer med kognitiv svikt og at metoden også kan brukes i utfordrende situasjoner relatert til dette.

Dette belyses ved å presentere kunnskap om Marte Meo metoden og personsentrert omsorg, samt lovbestemte årsaker til hvorfor man må benytte seg av tillitsskapende tiltak.

Masteroppgaven bygger på litteratursøk , en observasjon av en Marte Meo prosess på et sykehjem og en samtale med en Marte Meo veileder som også er tannpleier.

Det kan konkluderes med at det bør forskes mer på metoden, særlig i forbindelse med munn- og tannstell og tannbehandling. Forhåpentligvis vil denne masteroppgaven bidra til at flere vil bli nysgjerrige på metoden og undersøke hvordan den kan brukes videre, både i pleieinstitusjoner og i tannhelsetjenesten.



# Forord

I min masteroppgave har jeg valgt å skrive om Marte Meo metoden, og bruken av metoden rettet mot tannhelse. Marte Meo er en tillitsskapende metode som kan fungere som et verktøy i utfordrende kliniske situasjoner, for eksempel i situasjoner der personer med en demenssykdom motsetter seg hjelp til munn-og tannstell. Metoden baserer seg på personsentrert omsorg, der man forsøker å sette seg inn i personen med demens sitt perspektiv; hvordan det oppleves å ikke klare eller skulle få hjelp til noe du en gang mestret, men nå ikke forstår og heller ikke klarer å gjennomføre på grunn av sykdom.

Min mor er sykepleier med videreutdanning innenfor demenssykdommer. For 2-3 år siden tok hun også Marte Meo veilederutdanningen, og hun har siden fortalt meg mye om bruken av denne metoden. Jeg har selv jobbet på sykehjem i 6 år, der jeg har fått erfare hvor vanskelig og utfordrende det kan være å hjelpe personer med demens. Som odontologistudent var det særlig tannstellet jeg bet meg merke i. Det var mange som ikke ønsket hjelp i en tannstellsituasjon. Som pleiepersonell kunne jeg stadig bli møtt med at beboer viste motstand, og av og til sinne og aggresjon, når jeg forsøkte å hjelpe. Jeg erfarte at det i flere av disse situasjonene ble vurdert om det var nødvendig med tvangstiltak og medisiner. Odontologistudiet har fått meg til å forstå hvor viktig munn-og tannstell er for blant annet livskvalitet, helse, ernæring og sosial trivsel. Personer med en kognitiv svikt eller en annen form for funksjonssvikt, som trenger assistanse til dette, er nødt til å få hjelp til å ta vare på tennene på en omsorgsfull og verdig måte. Min mening er *at det må være mulig å få dette til uten bruk av medikamenter og tvang.*

Oppgaven min består av 3 deler; Del I er en fakta- og litteraturredel om kognitiv svikt, demenssykdommer og Marte Meo. I denne delen vil Marte Meo metoden belyses fra flere sider, som utdanning, ressursbruk og fremgangsmåte. Del II består av en observasjonsstudie av en Marte Meo prosess på et sykehjem og del III er en oppsummering av en samtale med tannpleier Lilian Nordahl, som også er Marte Meo veileder. Til slutt ønsker jeg blant annet å diskutere både positive effekter og utfordringer med metoden og hvordan den kan brukes, spesielt innenfor tannhelse og den offentlige tannhelsetjenesten.



Jeg vil rette en stor takk til mine veiledere Lene Hystad Hove og Katrine Gahre Fjeld for god hjelp og veiledning underveis. Jeg vil takke spesielt Lillian Nordahl som sa seg villig til å bli med i oppgaven. I tillegg vil jeg takke Marianne Munch, Wivian Teige, Solfrid Lyngroth og min mor, Turid Marie Sandberg Hauge, samt pårørende, personell og pasient ved sykehjemmet.



# Innholdsfortegnelse

<b><i>Innledning</i></b>	<b>1</b>
Alderdom	1
Alder og sykdom	1
Kognitiv svikt	2
<b><i>1.0 Demens sykdom</i></b>	<b>4</b>
1.1 Definisjoner	4
1.2 Overordnet om demenssykdommer	5
1.3 Vanlige kjennetegn og symptomer	6
1.4 Demens sykdom og oral helse	8
1.5 Oral helse i sykehjem	11
<b><i>2.0 Tidligere studier og litteratur</i></b>	<b>13</b>
<b><i>3.0 Personsentrert omsorg og Marte Meo</i></b>	<b>16</b>
3.1 Personsentrert omsorg	16
3.2 Marte Meo metoden	19
3.3 Video som verktøy	23
3.4 Kunnskap	24
3.5 Utdannelse og bruk i praksis	24
3.6 Å starte en Marte Meo prosess	25
<b><i>4.0 Observasjon av en Marte Meo prosess</i></b>	<b>27</b>
<b><i>5.0 Samtale med Marte Meo veileder: Tannpleier Lillian Nordahl</i></b>	<b>30</b>
<b><i>6.0 Diskusjon</i></b>	<b>33</b>
<b><i>Konklusjon</i></b>	<b>45</b>
<b><i>Litteraturliste</i></b>	<b>46</b>
<b><i>Appendix</i></b>	<b>50</b>
Vedlegg 1: Observasjon av en Marte Meo prosess	50
Vedlegg 2: Samtale med Marte Meo veileder; Tannpleier Lillian Nordahl	58





# Innledning

## Alderdom

Andelen eldre i befolkningen øker, og vi lever og lenger i Norge (1). I 2014 var 21,8% av befolkningen over 60 år (2). Forventet levealder i Norge på 1950-tallet var 72 år. I år 2020 er forventet levealder 83, og dette menes å øke ytterligere i fremtiden (2). Med alderdommen forandrer kroppen seg. Biologisk sett er aldring et samlet resultat av akkumulerte molekulære og cellulære skader over tid (3). Dette vil, med individuelle forskjeller, føre til generell organsvekkelse, nedgang i reservekapasitet og svekket regulering av viktige fysiologiske mekanismer slik som blodtrykk, væskebalanse og temperatur. I tillegg reduseres kroppens reparative evne, som igjen øker svekkelsen etter skade eller sykdom. Endel av disse aldersforandringene er normale og har ingen relasjon til sykdom. De fleste eldre vil oppleve svekkelse av sanser som syn, hørsel, smak og lukt. En reduksjon i psykomotorisk tempo og forandringer i søvnmønster er også vanlig. Normale aldersforandringer kan ikke stoppes, men kan påvirkes av livsstilsfaktorer som kosthold, trening, røyking og alkohol. En mer aktiv livsstil kombinert med et kosthold med mindre animalsk fett kan for eksempel minske risikoen for hjerte- og karsykdom. Større forbruk av alkohol og tobakk vil kunne påvirke dette i en mer negativ retning (4).

De aller fleste eldre lever godt med endringene som aldersforandringer utgjør. I en studie fra Newcastle, England i 2009 finner man at hele 78% av den eldre befolkning mener de har god helse, og et godt funksjonsnivå, til tross for aldersforandringene (5). En undersøkelse gjort av Folkehelseinstituttet i Norge viser at de fleste eldre er fornøyde med livet på tross av endringene som skjer (6). Ikke desto mindre øker sykdomsforekomsten med alderen, og sykdom kan gi alvorlige konsekvenser for helse og livskvalitet og dette gjør at eldre i større grad er avhengig av helsetjenester (4).

## Alder og sykdom

Når kroppen svekkes inntreffer etterhvert sykdommer, funksjonssvikt og død, og det rammer flere og flere eldre etter fylte 75 år (3). Sykdommene kan ofte deles inn i to hovedgrupper. Den ene gruppen er vanlige, somatiske sykdommer der viktige organer rammes, slik som hjerte-kar sykdommer, kreft og infeksjoner. Den andre gruppen omfatter spesielle alderssykdommer, som ulike former for kognitiv svikt, Parkinsons og benskjørhet (4).

Kognitive sykdommer rammer sentralnervesystemet, som er motoren til all tankevirksomhet, følelser, bevegelse, læring, kommunikasjon, sanser, og oppfattelse (7). Når en person rammes av somatisk sykdom, er det ofte mulig å behandle eller forebygge utviklingen med medisiner, operative inngrep eller andre tiltak. Kognitiv sykdom derimot, vil kunne endre personlighet og adferd. For personen selv og for pårørende rundt kan dette være en betydelig påkjenning. Forskning på kognitive sykdommer har fått større oppmerksomhet de siste årene. På tross av at man har kommet lenger, er det fortsatt ikke funnet optimal behandling for mange kognitive sykdommer.

### **Kognitiv svikt**

Kognisjon betyr erkjennelse, og vi bruker det til å tilegne oss og bruke kunnskap. Med kognitiv svikt menes blant annet at evnen til å huske, lære nye ting, være oppmerksom, planlegge, tenke logisk, forstå og til å utføre handlinger svekkes. Disse kognitive endringene kan oppstå både hos friske og syke eldre. Mange friske eldre opplever hukommelsessvikt som en naturlig årsak av aldring, selv om graden er svært individuell og avhenger av faktorer som fysisk aktivitet, utdanning, generell helse, sosial kontakt og personens tilnærming til alderdommen (8, 9). Som følge av fysiologisk aldring vil motorisk og psykomotorisk tempo avta og redusert hukommelse kan vanskeliggjøre ny læring (10). Man kan også få kognitiv svikt som en følge av sykdom eller skade. Demens er en fellesbetegnelse som brukes på flere hjernesykdommer som medfører kognitiv svikt og andre funksjonstap.

Det finnes ingen fullstendig oversikt over hvor mange mennesker i Norge i dag som har en form for kognitiv svikt eller en demenssykdom. Søker man dette opp, finner man tall fra 70 000 til 104 000 (11, 12). Ifølge regjeringens Demensplan 2015 er det tilnærmet 80% av sykehjemsbeboere som har en form for demenssykdom (13). Mer enn 45 000, altså over halvparten av personer med demens i Norge bor i eget hjem, og benytter hjemmetjeneste, samt offentlig tannhelsetjeneste (12).

Personer med en kognitiv svikt vil etterhvert få en redusert evne til å mestre daglige gjøremål. De aller fleste blir etterhvert avhengig av hjelp. Mange utvikler også en endret personlighet, atferd, hukommelse og selvkontroll. Personer med en kognitiv svikt eller en demenssykdom kan få en endret opplevelse av sin egen situasjon, som bærer preg av symptomene, men også av egen personlighet og tidligere vaner (11). Når man er avhengig av hjelp til grunnleggende behov, som for eksempel dusj eller tannstell, kan disse kognitive

endringene påvirke hvordan man reagerer på å motta denne hjelpen. Det er ofte utfordrende for pårørende og pleiepersonell å hjelpe til fordi man kan bli møtt med motstand og vegring. I disse situasjonene er grensen mellom frivillig hjelp og tvang smal og uklar (14).

Alderdom, somatisk sykdom og særlig kognitiv svikt vil bli en utfordring når man blir pleietrengende. Helsepersonell har et ansvar for at omsorgen og hjelpen blir tilrettelagt slik at personen blir møtt på best mulig måte. For å gi god omsorg må man tilegne seg kunnskap om sykdommen. Siden oppgaven min er rettet mot personer med demenssykdom og den hjelpen de får, vil jeg nå definere demens og ulike demenssykdommer.



# 1.0 Demens sykdom

## 1.1 Definisjoner

*«Demens er en ervervet kronisk (mer enn 1 år), ofte progredierende, hjerneorganisk sykdom eller skade som fører til svikt av intellektuelle, affektive og motoriske funksjoner.*

*Aldersdemens brukes dersom tilstanden debuterer i høy alder» (15).*

*«Demens er en fellesbetegnelse på en tilstand (syndrom) som kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer, og som er kjennetegnet med en kronisk og irreversibel kognitiv svikt, sviktende evner til å utføre dagliglivets aktiviteter på en tilfredsstillende måte sammenlignet med tidligere, og endret sosial atferd. Redusert hukommelse må alltid være tilstede for at begrepet demens kan brukes, og svikten i evnene til å klare dagliglivets aktiviteter må relateres til hukommelsesreduksjonen» (9).*

Demens er en klinisk diagnose og er en fellesbetegnelse for en kronisk funksjonssvikt som skyldes ulike hjernesykdommer eller skader. Diagnosen stilles ofte på bakgrunn av symptomer. Kort forklart vil en demenssykdom påvirke cellene i hjernen ved gradvis tap av hjerneceller. Det finnes mange teorier om hvordan dette skjer, men man vet at det skjer ved en atrofisk, degenerativ prosess som bryter ned nerveceller. Demenssykdommer rammer ulikt hos individer; det rammer ulike deler av hjernen, i ulik alvorlighetsgrad og med ulik progresjon. Følgene av sykdommen vil gradvis gjøre personen som er affisert, delvis eller helt avhengig av hjelp til å klare seg i hverdagen, da hukommelse, evne til å tenke abstrakt og til å forstå tid og rom, blir redusert.

Begrepet «Aldersdemens» brukes som en fellesbetegnelse om alle demenssykdommer dersom de debuterer i høy alder (9, 15). Det finnes allikevel mange årsaker til at en demenssykdom oppstår. Flere sykdommer og skader i hjernen kan gi demens, uansett alder. Det er vanlig å klassifisere sykdommene som fører til demens i 3 grupper:

1. Degenerative hjernesykdommer (Degenerativ demens)
2. Cerebrovaskulære sykdommer (Vaskulær demens)
3. Andre hjernesykdommer (Sekundær demens)

(8).

## **1.2 Overordnet om demenssykdommer**

### **Alzheimers sykdom (AD)**

55-60% av de som utvikler en demenssykdom får diagnosen Alzheimers sykdom(AD).

Alzheimers kalles gjerne en eksklusjonsdiagnose fordi man ofte setter denne diagnosen etter at alle andre årsaker og diagnoser er utelukket. Sykdomsutviklingen er ofte langsom, men jo tidligere AD diagnostiseres, jo mer aggressiv er den (9, 15). Genetiske faktorer spiller en stor rolle i utviklingen av sykdommen og forskning har vist at det er flere gener som assosieres med AD. Allikevel er det vist at det kun er noen sjeldne varianter som man med stor sannsynlighet kan si er koblet til et gen. Man sier ofte at det dannes «plakk», eller beta-amyloid mellom nervecellene ved Alzheimers sykdom. Beta-amyloid tar opp plass i hjernen og forstyrrer normal aktivitet. I tillegg dannes nevrofibrillære floker(10). Dette er et stort forskningsfelt der det stadig kommer ny informasjon (16).

### **Frontallappsdemens:**

Ca 5-10% av personer med demens rammes av denne demenssykdommen. Ved frontallappsdemens er det hjerneceller i panne- og tinningslappen som brytes ned. Sykdommen karakteriseres av atferdsendringer i tidlig fase, etterhvert en endret sosial atferd og en økning i aggresjon og seksuell oppførsel. Når sykdommen progredierer vil også hukommelse og språkevne bli påvirket (17).

### **Vaskulær demens**

Ca 10% av personene som får en demenssykdom har vaskulær demens. Denne typen demenssykdom rammer ofte personer som tidligere har hatt slag. 25% av slagpasienter utvikler demens innen ett år. Sykdommen varierer fra person til person fordi de vaskulære skadene som gir kognitive endringer ikke er logisk og jevnt fordelt i hjernen. Vaskulær demens karakteriseres ofte av endring i funksjon og økende fall-tendens. Man kan også få en forandret personlighet og mange opplever å få depresjon (18). Mange har en blandingsform av Alzheimers sykdom og vaskulær demens og det er derfor vanskelig å skille disse to typene av demenssykdom (19).

## **Demens med Lewy-legemer**

Lewy-legeme eller Lewy-body demens har man lenge trodd var en sjelden type demenssykdom, men i senere år har den blitt regnet som den nest vanligste typen etter AD(18) (18). Denne diagnosen er ofte forbundet med enten Parkinson eller Alzheimers sykdom. Ca 15% av personer med demenssykdom har demens med Lewy-Body legemer, en tilstand som kjennetegnes av Lewy-legemer i hjernestammekjerner og i hjernebark. Demens med Lewy-legemer og Alzheimers sykdom har mange likhetstrekk, men proteinene som er involvert i de to demenstypene er forskjellige og rammer på forskjellige steder i hjernen(20). Man kan også ha en blandingsdemens med de ulike typene.

Sykdommen karakteriseres av blant annet hallusinasjoner, fluktuerende kognisjon og bevissthet. Mange utvikler også parkinsonistiske symptomer, som for eksempel tremor og rigiditet (kroppsstivhet). Tilstanden har de siste årene fått mer oppmerksomhet, og personer med sykdommen representerer trolig en større gruppe enn man er klar over fordi symptomene er lite spesifikke og brer seg over flere medisinske felt (21).

De forskjellige demensdiagnosene vil gi ulike kommunikasjons- og atferdsendringer. Det er viktig å vite hvilken sykdom man har med å gjøre for å vite hva slags strategi man skal bruke når man skal sette inn tiltak. Da kan man jobbe med hvordan man kan møte personen med demens på en måte hvor personen opplever seg trygg og ivaretatt. Tillitsskapende tiltak eller miljøbehandlingsmetoder, slik som Marte Meo metoden, kan brukes.

*I tillegg til nevnte diagnoser er demens og kognitiv svikt ofte assosiert med forskjellige syndromer, Parkinsons og Huntingtons . En rekke sykdommer og tilstander kan gi demenssymptomer og det kan også oppstå sekundært til stort alkoholkonsum, vitaminmangler, tumores og traumer mot hodet (18). I denne masteroppgaven går jeg ikke dypere inn på dette.*

## **1.3 Vanlige kjennetegn og symptomer**

Ulike demenssykdommer kan ha like symptomer, selv om de har ulike årsaker. Symptomene deles ofte inn i to hovedgrupper:

- Primærsymptomer: Hovedsymptomene ved de ulike demenssykdommene.
- Sekundærsymptomer: Disse symptomene er mer diffuse, og kommer ofte fra primærsymptomene. Det kan være endringer i personlighet, emosjoner etc.

**Vanlige kjennetegn og symptomer ved kognitiv svikt eller demenssykdommer er:**

- Svikt i oppmerksomhet og konsentrasjon
- Redusert hukommelse. Dette varierer ut ifra hvor i hjernen sykdommen rammer.
- Redusert innlæringsevne
- Afasi -språkproblemer
- Apraksi - mangel på evne til å utføre praktiske handlinger til tross for full motorisk førlighet
- Agnosi - mangel på evne til å gjenkjenne og forstå det som sanses, til tross for et intakt sanseapparat
- Neglekt -nedsatt oppmerksomhet for stimuli fra den ene hjernehalvdelen, og dermed også den ene halvdelen av kroppen.
- Svikt av forståelse og handling i rom- redusert evne til orientering, gjenkjenning av samme gjenstand fra ulike vinklinger og utføring av praktiske oppgaver
- Intellektuell svikt - svikt i logisk eller abstrakt tenkning

(Om demens, hentet fra (9, 15))

Personer med en demenssykdom er ofte avhengig av å få hjelp til basale oppgaver som å kle på seg, gå på toalettet, spise og opprettholde en god personlig hygiene ved dusj og vask.

**Dette inkluderer oral hygiene.** For mange er disse handlingene, som man hele livet har gjort automatisk og som regnes som essensielle for god livskvalitet, ikke noe man klarer å ta stilling til lenger. I fremskreden form vil demenssykdommen også kunne påvirke motorikk og viljestyrte bevegelser, som også vanskeliggjør enkle oppgaver som å skru av korken på tannkremen, skylle med fluor eller bruke interdental børster mellom tennene.

Demenssykdommen kan også forekomme sammen med andre somatiske sykdommer eller fysiske tilstander som kan vanskeliggjøre vanlige hygienerutiner. Eksempler på dette er slag, leddgikt eller nedsatt syn.

Det kan oppfattes ukjent, skremmende og nedverdiggende å få hjelp av en fremmed person til å gjøre en handling man alltid har klart selv, men som nå fremstår som utfordrende. Stell-

situasjoner er ofte situasjoner der personen med demens føler seg mest sårbar og truet. Dette kan føre til aggressiv og utagerende atferd. Atferden er ofte grunnet i at personen ikke forstår hva som skjer og blir redd, eller at personen prøver å kommunisere følelser, som for eksempel smerte, som personen ikke klarer å kommunisere på andre måter (9). Evnen til å være i en dialog med et annet menneske er viktig for blant annet mestringfølelse og selvbilde. Når man evner å være i en dialog med andre, opplever man at man blir sett. Dette skaper gode følelser og det engasjerer (22).

Kognitiv svikt kan svekke egenskapen til å være i en dialog. Ulike demenssykdommer skaper forskjellige typer utfordringer som vanskeliggjør opprettholdelse av dialog og samspill. Personer med Alzheimers demens vil etterhvert få økende vansker med verbal kommunikasjon, og trekker seg ofte ut av sosiale sammenhenger. En person med en frontallappdemens vil bli preget av aggressiv atferd og tap av sosiale hemninger. Den verbale kommunikasjonen forandres og man kan få et svekket ordforråd med flere repeterende setninger. En vaskulær demens gir gjerne forandringer i personlighet og flere utvikler en form for depresjon, mens Lewy-Body demens ofte er karakterisert av blant annet hallusinasjoner. En fellesfaktor for alle typene er at det påvirker hukommelsen; korttidsminnet, langtidsminnet eller begge deler blir svekket (18). Dette vil skape utfordringer for pleier eller hjelper i en stell-situasjon. Dersom man har kunnskap om disse utfordringene er det mulig å tilpasse sin egen kommunikasjon etter symptomene, slik at man kan overkomme disse barrierene, og dermed skape den gode dialogen som er så viktig for samspillet mellom person og pleier.

## **1.4 Demens sykdom og oral helse**

Den eldre befolkningen har i dag, i større grad enn før, beholdt sine egne tenner. De har fortsatt endel restaureringer. Eksponerte rotoverflater, furkasjoner og tannkjøtt sykdom opptrer også hyppigere hos eldre (23-25). Med alderdommen kommer også sykdommer og bruk av medikamenter som blant annet gir munntørrethet (26). Dette kan igjen påvirke munnhelsen og man er mer disponert for plakk og infeksjoner i munnhulen (27). Karies, spesielt rotkaries, er assosiert med sykdom og funksjonstap. Dårlig oral helse kan påvirke hvordan man prater, tygger, smaker og oppfører seg (28-30). Det er også assosiert med utvikling av systemisk sykdom (31-33). En dental infeksjon kan initiere andre sykdomsprosesser i kroppen, siden en eldre kropp er skjørere og mer mottakelig for sykdom.

Det er ekstra viktig å ta vare på tennene til denne pasientgruppen. Ved å opprettholde god munnhygiene og dermed også god oral helse hos eldre mennesker, vil man kunne unngå smerter fra munnhule og tenner. Smerter kan føre til redusert livskvalitet, motorisk og verbal uro, og det kan lede til at personer isolerer seg. Ved å forebygge sykdom og smerter i munnhulen kan man redusere behovet for tannbehandling som både for personen selv og for behandler kan være utfordrende å få gjennomført på grunn av fysiske eller kognitive begrensninger ([47]).

Mange av symptomene ved en demenssykdom som kan påvirke oral helse:

- *Kognitiv svikt* vil i seg selv gjøre at personen vil ha en redusert evne til å vurdere hva som er viktig for å ta vare på egen helse. Hos mange oppstår også psykiske forandringer som påvirker personens evne til egenomsorg, slik som depresjon, likegyldighet og tap av selvkontroll. Dette kan medføre at personen glemmer å utføre tannpuss, da dette ikke lenger oppleves som viktig.
- *Redusert hukommelse og innlæring*: Repetert stimuli vil føre til læring hos en person som er frisk. Denne evnen kan svekkes hos en person med en demenssykdom. Redusert hukommelse kan gjøre det vanskelig å utføre de vaner og rutiner rundt tann- og munntell man kanskje har hatt tidligere i livet. Det er heller ikke sikkert personen husker hva en tannbørste er og hvorfor man må pusse tennene. En person som har bodd lenge på institusjon, og som trenger hjelp til dette, husker ikke nødvendigvis handlingen fra dag til dag, og kan finne det unødvendig, skremmende og vanskelig. Dessuten kan personen oppleve å ikke kjenne igjen hjelperen, og det kan godt være at personen ikke heller forstår eller husker hvor han/hun er, og hvorfor. Redusert hukommelse regnes som et av hovedsymptomene ved en demenssykdom, fordi det er så vesentlig og omfattende.
- *Redusert oppmerksomhet*: Personen kan la seg avlede av små lyder, som prat eller at en dør lukkes. Ved assistert tannstell kan derfor selv de små ting som skjer rundt i rommet, for eksempel at pleieren sier eller gjør noe annet samtidig som handlingen blir utført, føre til svikt i oppmerksomheten rundt munnstellet. Musikk eller lyd fra TV i bakgrunnen kan også virke støyende i en slik situasjon.
- *Neglekt*: Ulike deler av hjernen affiseres ved de forskjellige demenssykdommene. Neglekt kan ofte opptre etter slag og betegner en svikt i oppmerksomhet og bevisstgjøring av

stimuli i den motsatte delen av kroppen enn hjernehalvdelen som er affisert, fordi nervene krysser til motsatt side av kroppen på veien fra hjernen og ned i ryggmargen. Som regel oppstår neglekt ved skade på høyre hjernehemisfære. En person med en vaskulær demenssykdom kan ha utfordringer med å oppdage gjenstander, slik som tannbørsten, på den affiserte siden. Personen kan også overse å pusse tennene på den ene siden av munnen (34).

- *Apraksi*: Apraksi betyr handlingssvikt, og defineres som mangel på å utføre hensiktsmessige, motoriske handlinger. Dette kan medføre utfordringer med å pusse tenner og å utføre interdental hygiene med bruk av ID-børster. Det kan også gi vansker med å åpne munnen og med å svelge ned mat fullstendig. Dette kan føre til at mat blir liggende i munnen over lenger tid. Mangel på motorikk endrer også tungens og kinn-muskulaturens aktivitet, som bidrar til å retinere mat i munnhulen. Dette skaper kontinuerlig plakkdannelse og det øker risikoen for kariesutvikling. Utfordringer med å forstå hva man skal gjøre når noen ber en person om å «åpne opp munnen» vil også skape utfordringer for utførelse av en fullstendig undersøkelse og en eventuell tannbehandling, da det kan være vanskelig å komme til i munnhulen for undersøkende tannlege eller tannpleier. En høy kariesrisiko er en kontraindikasjon for endel av behandlingen man gjør, fordi det er så viktig med god hygiene for vedlikehold av arbeidet man har gjort.
- *Intellektuell svikt, svikt i logisk og abstrakt tenking*: En pleier som skal assistere munnstell hos en sykehjemsbeboer vil ofte spørre personen om han eller hun ønsker å pusse tennene. Spørsmål som dette kan være vanskelig å forstå fordi man kan ha manglende evne til å se for seg handlingen, og dermed forstå hva dette betyr. Det stiller krav til logisk og abstrakt tenkning, som ofte er vanskelig for personer med demens.
- *Afasi*: Evnen til å kommunisere med tale er svekket. Ulike typer afasi rammer evnen til å prate forståelig (motorisk), forstå hva andre sier (sensorisk) eller at man ikke klarer å si ting riktig (anomisk). Ved usikkerhet, redsel eller smerte kan derfor personen vise utagerende atferd fordi det er en enklere måte å kommunisere behovet sitt på.
- *Agnosi*: Visuell agnosi påvirker evnen til å gjenkjenne ting man bruker i dagliglivet, slik som tannbørsten. Personen kan ofte bruke gjenstander som tannbørsten i feil område, som for eksempel at man bruker tannbørsten som hårbørste eller tannkremen som hudkrem.

(Eksempler over er hentet fra Engedal, 2004 (9)).

## 1.5 Oral helse i sykehjem

Fokusområdet når en person på sykehjem skal motta hjelp er ofte på det som omhandler vask av underliv, skift av innlegg og kroppslig hygiene. De fleste pleiere vil nok også være enig i at munnstell er en viktig del av daglige hygienerutiner. I en undersøkelse gjort av Inger Wårdh kom det frem at pleierne som regel både har tid, kunnskap og motivasjon for å utføre tann- og munnstell som kreves. Et problem er at mange pleiere opplever at munnstell er noe av det vanskeligste å hjelpe til med. Studien til Wårdh viste at hele 60% av pleiepersonellet anså utførelsen av munnstell som ubehagelig, og 80% mente at den viktigste årsaken til at det ikke ble gjort var fordi de møtte motstand i forsøket på å hjelpe (35, 36). Manglende samarbeid med pasienten resulterer ofte i at man velger å droppe assistert munn- og tannstell, og man velger heller å fokusere på kroppshygiene og påkledning, da dette kanskje regnes som enda mer essensielt. Det er lett å droppe det som er vanskelig, spesielt fordi man ønsker å unngå bruk av tvang, men også fordi sykehjem og andre institusjoner kan være underbemannet og at tiden ikke strekker helt til. **Pasient og brukerrettighetsloven §2-5** sier at en pasient eller en bruker som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester skal få en individuelt tilpasset plan. Det er også krav om dokumentasjon i journalen om disse planene (37). En individuelt tilpasset plan skal være tilpasset den enkeltes behov, ønsker og utfordringer. Den skal inneholde konkrete tiltak for hvordan man skal gå frem i ulike situasjoner, slik at det blir en verdig og trygg omsorg for personen som skal hjelpes. Dette vil også lette arbeidsoppgavene og frigjøre tid for helsearbeiderne som skal hjelpe flere personer i løpet av en dag.

### Bruk av tillitsskapende tiltak

Pasient og brukerrettighetsloven §4A *Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen*, sier i hovedsak at:

- Man skal yte nødvendig helsehjelp, og samtidig forebygge og begrense bruk av tvang
- Før det kan ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg, **må tillitsskapende tiltak ha vært forsøkt og dokumentert.**



- Dersom pasienten opprettholder motstand, kan det treffes vedtak om helsehjelp, dersom unnlattelse av helsehjelpen kan føre til skade for pasient, den anses som nødvendig, og tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelpen (37).
- For at en bruker eller en pasient skal kunne vurdere tiltaket, må man informere om alle fordeler, ulemper og konsekvenser vedrørende tiltaket. Informasjonen skal gis på en måte som er konkret og forståelig, slik at det er mulig å ta et valg. Pasienter i Norge har derfor rett til å bestemme hva slags helsehjelp de ønsker, og man har rett til å nekte å motta helsehjelp (38).

Det er derfor, ifølge loven, helt nødvendig å benytte seg av andre tiltak før tvang og medisinerer, dersom en person motsetter seg hjelp. Videre i min oppgave vil jeg fokusere på bruken av tillitsskapende metoder. Jeg vil skrive om begrepet «Personsentrert Omsorg» og gå inn på en av metodene som dreier seg om dette; Marte Meo metoden. I forbindelse med dette ble det gjort et litteratursøk som beskrives under. Oppgaven inneholder videre en observasjon av en Marte Meo prosess på et sykehjem, og en samtale med en Marte Meo veileder. Til slutt blir viktige punkter i oppgaven diskutert og oppsummert.

## 2.0 Tidligere studier og litteratur

For å undersøke hva slags studier som tidligere har blitt gjort på bruk av Marte Meo metoden i forhold til personer med demens, ble det utført et søk i PubMed. Det ble først gjort ulike søk med generelle ord som «elderly», «Oral hygiene» and «dementia», uten å få finne noen artikler som var av relevans.

Ved søket «Marte Meo» (All Fields) kommer det opp 14 artikler, der 11 av artiklene omhandlet kommunikasjon mellom barn og foreldre. Artiklene er relevante i den grad at de viser at Marte Meo brukes som verktøy i andre kommunikasjonsutfordringer enn innenfor demensomsorgen. MM ble først utviklet, og har blitt brukt over lenger tid, som verktøy i familierapi og barnepsykologi, og det er derfor naturlig at det finnes flere artikler på dette per dags dato. De resterende 3 omhandlet eldre og demens, og var tilgjengelige og relevante for min oppgave. For å konkretisere søket mitt, søkte jeg på «Marte Meo» og «Dementia» (All fields). Da fikk jeg 3 artikler som resultat, de samme 3 artiklene som ble regnet som relevante i forrige søk. I tillegg til søk i PubMed har Google vært en nyttig søke-motor, og flere artikler innenfor blant annet «Sykepleien» har dukket opp. Disse er brukt som kilder i min oppgave. Jeg har allikevel valgt å beskrive de 3 artiklene fra søket i PubMed da disse artiklene utmerket seg særlig som gode kilder til min oppgave. Det er norske studier som er gjort innen de 10 siste årene. Studiene er omfattende og er gjort over lenger tid (>2 år).

De 3 relevante artiklene fra søket i PubMed

1. «*Insights gained through **Marte Meo** counselling: experiences of nurses in dementia specific care units*» (39)
2. «*The influence of the learning climate on learning outcomes from **Marte Meo** counselling in dementia care.*» (40)
3. «*'On one's own strength' Healthcare providers' experience with introducing **Marte Meo** Counselling in dementia care.*» (41)

Den første artikkelen er en deskriptiv kvalitativ studie og formålet med studien var å finne ut av hva sykepleiere hadde lært av en Marte Meo prosess. Data ble samlet inn fra 12 individuelle og fire fokusgruppeintervjuer. I tillegg ble data fra to filmopptak og en skrevet logg inkludert. Resultatene viste at sykepleierne tilegnet seg ny kunnskap om beboerne på

sykehjemmet. De fikk en økt forståelse for beboernes behov og måte å uttrykke seg på. I tillegg lærte de mye om hvordan de selv responderte i ulike situasjoner, og hvilke konsekvenser deres handlinger hadde i interaksjonen med beboerne. De så viktigheten av å bruke tid, beholde øyekontakt og beskrive handlingene de skulle utføre, steg for steg. Artikkelen konkluderte med at det er nødvendig med mer forskning rundt effekten av metoden (39).

I den andre artikkelen var formålet å identifisere faktorer som påvirket læringsutfallet fra ulike Marte Meo prosesser. Bakgrunnen for oppgaven var at selv om MM-prosesser hadde vist gode resultater, var læringsutfallene allikevel varierende hos ulike ansatte. I studien ble det gjort 12 individuelle intervjuer og 4 fokusgruppeintervjuer hos ansatte som hadde gått igjennom en prosess. Dette ble gjort på 4 ulike sykehjemsavdelinger. Fokuset var hovedsakelig på hva slags utbytte de ansatte på avdelingene fikk ut av Marte Meo prosessen. Disse intervjuene ble analysert. Resultatet viste at læringsutfallet i stor grad var avhengig av læringsklimaet på den enkelte avdeling. Dette var igjen avhengig av ledelsen på avdelingen sin evne til å lage en felles forståelse for prosessen, til å motivere og inspirere til deltakelse i prosessen og til å sette av tid i arbeidshverdagen slik at alle har lik mulighet til å delta (40).

I den tredje artikkelen ble MM-metoden introdusert til en gruppe helsearbeidere på en demens-spesifikk avdeling på en institusjon. Målet var å dokumentere helsearbeidernes erfaringer med bruken av metoden. Studien hadde 3 faser; en kartleggingsfase der målet var å observere interaksjonen mellom helsearbeiderne og beboerne på institusjonen. Deretter en intervensjonsfase der en Marte Meo veileder kom inn for å gi veiledning og råd i mer utfordrende situasjoner. Her ble Marte Meo metoden med bruk av film, individuelle veiledning og gruppegjennomganger gjennomført. Til slutt var det en evalueringsfase der det ble gjort en evaluering av helsearbeidernes endringer og implementeringer av den nye metoden. Til sammen gikk studiet over 2 år. Resultatet viste at de ansatte gikk igjennom mange endringer. Sammen fikk de et endret fokus på avdelingen, de fikk mer fellesskap, de så utfordringer i kommunikasjon i stedet for problemer med atferd, og de fikk et større fokus på relasjoner i helsehjelpen de utførte (41).

Søkene mine viser at det er gjort lite forskning på dette feltet. De fleste artiklene jeg fant ved søk på «Marte Meo» omhandlet bruken av metoden rettet mot barn og innen barnepsykologi. I søkene mine var det ingen studier som hadde et fokus på tann- og munnstell. Derfor

omhandler artiklene jeg har brukt mer «generelle» stell-situasjoner. Artiklene kan allikevel relateres til tann- og munnstellsituasjoner, fordi de fokuserer på læringsutfallet og pleiernes erfaringer etter bruk av prosessen. Siden det finnes så lite forskning på feltet, spesielt med fokus på utfordringer ved hjelp med tann- og munnhygieneprosedyrer, håper jeg at oppgaven min kan bidra til å sette et fokus på dette.

## 3.0 Personsentrert omsorg og Marte Meo

### 3.1 Personsentrert omsorg

I 2015 kom Helse- og Omsorgsdepartementet med «Demensplan 2015- Den gode dagen», som en delplan av Omsorgsplanen 2015. Regjeringen ønsket å sette fokus på situasjonen til personer med en demenssykdom og deres pårørende. Det var ønskelig å utarbeide en plan for en styrket demensomsorg og det ble tildelt flere ressurser til demensforskning. Planen inneholdt langsiktige strategier og tiltak innenfor blant annet forskning, kompetanseheving, og bedre samhandling og helsefaglig oppfølging (13). Gjennom en videreføring av «Utviklingsprogrammet for miljøbehandling» knyttet til dette, har Helsedirektoratets kurs og opplæring fremmet fire metoder for å bruke personsentrert omsorg i kommune- og spesialisthelsetjenesten.

- **VIPS Praksismodell (VPM)**
- **Dementia Care Mapping (DCM)**
- **Planverktøy for strukturert miljøbehandling**
- **Marte Meo**

Alle metodene vektlegger personsentrert omsorg. Personsentrert omsorg eller «Personhood» handler om å sette personen i sentrum. Konkret vil dette si at pleien og omsorgen som gis, skal være individuelt tilpasset. Selve begrepet og filosofien rundt dette ble utformet av Tom Kitwood, en engelsk sosialpsykolog. Han ønsket at man ikke skulle se en person med kognitiv svikt ut ifra symptomene og diagnosen personen har fått, men som et helt menneske med samme behov som alle andre (42).

*«Begrepet personhood handler om at det er i møte med andre at vi får bekreftet vår verdi som menneske. Det er fra menneskene vi møter at vi får oppmerksomhet og respons på oss selv, vi trenger å bli sett og hørt av andre og oppleve at vi har vår plass i fellesskapet og er regnet med. Om menneskene rundt deg bare fokuserer på at du glemmer, og snakker over hodet på deg fordi de tror at du ikke forstår og slutter å ta deg med på råd, kan du miste motet, bli deprimert og apatisk.» (42)*

De fire metodene er alle bygget rundt personsentrert omsorg, men har allikevel noen ulikheter.

- **VIPS-praksis modellen** bruker indikatorer fra VIPS-rammeverket til Tom Kitwood. Modellen dreier seg om at man sammen i en strukturert faggruppe analyserer en konkret pleier/pasient-situasjon på sin avdeling. Hver bokstav i VIPS representerer et element som beskriver ulike verdier som pleieren skal ta utgangspunkt i. *V; verdi, uavhengig av ressurser eller alder. I; individuelt tilrettelagt omsorg, P; tar hensyn til Perspektivet til personen med demens, S; et Sosialt miljø, der personen med demens er en del av fellesskapet.* Hvert element har noen underspørsmål som man tar utgangspunkt i for samtalen under møtet. De ansatte får ulike «roller» og funksjoner, for eksempel en veileder, en leder, en ressursperson og en primærkontakt etc. Perspektivet til personen med demens skal hele tiden være i fokus. Fagmøtet har en fast struktur og det er egne VIPS-manualer som kan følges. Målet er at personalet skal lære å bruke kunnskapen om personsentrert omsorg i det daglige arbeidet (42).

- **Dementia Care Mapping; DCM** er en standardisert metode som ønsker å bruke personsentrert omsorg i praksis. Metoden bruker motivasjon og empati for å sette seg inn i perspektivet til personen med demens. Det beskrives ofte som et verktøy og en prosess. Man kartlegger personens grad av velvære, atferd, aktivitet og engasjement over en periode på 4-6 timer. Ulike koder brukes for å registrere graden av de forskjellige punktene. Dette registreres hvert 5. minutt. I tillegg observeres og beskrives positive og negative eksempler på samhandlingen mellom personalet og pasientene. Metoden knyttes til 5 grunnleggende psykologiske behov; trøst, identitet, beskjeftigelse, tilknytning og inklusjon. Alle behovene skal bli møtt. Ved å gjøre disse observasjonene jevnlig, kan man utvikle og opprettholde den personsentrerte omsorgen. Observasjonene blir gjennomgått og diskutert i et møte sammen med en personalgruppe. Målet er å ende opp med personsentrerte tiltaksplaner. Tiltakene iverksettes, før det etterhvert gjennomføres en ny DCM-kartlegging (42).

- **Planverktøy i demensomsorgen** bygger på Gundersons grunnlag for miljøbehandling, og bruker systematisk tilrettelegging av miljøet som en behandling av personer med demens. Verktøyet består av fire skjemaer; en holdningsplan, en døgnrytmeplan, en plan for dag og kveld og en ukeplan. Disse skjemaene skal fungere som

redskap for personalet. Skjemaene har ulike fokus som til sammen skal det gjøre det lettere for personalet å ha en personsentrert omsorg på sin avdeling (42).

**Marte Meo metoden** er en personsentrert, tillitsskapende metode som fokuserer på å bedre kommunikasjonen mellom personen med kognitiv svikt og hjelper, slik at utfordrende situasjoner blir enklere. I tillegg har metoden dokumentert effekt på bedre rapporteringer rundt utfordringer på et sykehjem og det bedrer også samarbeid og trivsel for både beboere og personale (43).

Marte Meo metoden skiller seg fra de andre metodene fordi den har fokus på å få til enkelte, utfordrende situasjoner på en bedre måte. Metoden fokuserer på personen med en demenssykdom, men også på hva man kan endre på i kommunikasjonen og samspillet mellom hjelper og person. Den har enkle grunnelementer som er lette å følge. Metoden bruker også film som verktøy, noe ikke de andre metodene bruker. Bruken av film er noe omdiskutert, men det gir verdifull informasjon man ellers ikke ville ha fått. Ved å analysere en film kan man fange opp små øyeblikk - en liten bevegelse, et blikk, et tonefall, som kan være helt avgjørende for samspillet og tilliten som skapes mellom to personer. Metodens fokus, bruken av film og de enkle grunnelementene gjorde at metoden fanget min interesse. Jeg ønsker derfor å studere bruken av metoden i forhold til utfordringer i en konkret situasjon; tann-og munnstell, videre i oppgaven min.

## 3.2 Marte Meo metoden

Marte Meo er en kommunikasjonsstøttende veiledningsmetode, utviklet av Maria Aarts fra Nederland på 1970- tallet. Metoden oppstod da Aarts arbeidet med barn og unge i institusjon og barn med autisme. Hun var tidlig interessert i hvorfor barn og unge havnet på avveie, hva slags forhold de hadde til foreldrene sine og hvordan *kommunikasjonen* var. Ved å arbeide med ulike kasus, ble hun klar over at utfordringer i kommunikasjon var vesentlig. Foreldrene hadde ofte vansker med å forstå barna, og barna hadde vansker med å gjøre seg forstått. Hun så at hennes forsøk på å «lære opp» foreldre til å lettere kommunisere også var vanskelig, fordi de hadde ulike utgangspunkt og forstod derfor ting forskjellig. Ved å arbeide tett med foreldre og barn i ulike situasjoner, utviklet etterhvert Aarts metoden *Marte Meo*. Navnet stammer fra det latinske «mars martis» som betyr «ved egen kraft». Hun utviklet metoden for å oppmuntre mennesker til å, *ved egen kraft*, fremme og stimulere utviklingsprosesser hos barn, foreldre og pleiere, for å utnytte deres kapasitet så mye som mulig (44).

I senere år forstod hun at metoden hennes også kunne brukes i møte med eldre og personer med demenssykdom. Metoden har vært i bruk i Norge siden slutten av 80-tallet, og den har blitt brukt innenfor demensomsorgen siden rundt år 2000. Metoden er enkel og konkret, og handler om grunnleggende elementer i kommunikasjon. Den sammenfatter ulike teorier om hvordan man kan kommunisere med barn og eldre med kognitiv svikt. De grunnleggende elementene er «kopierte ifra naturen» ifølge Aarts selv. «*All informasjon man trenger for de ulike utviklingsprosessene finner man i hverdagslivet hvis man følger bedre med på initiativ som personen tar*» (44). Grunnelementene er oppført i **Tekstboks 1**.

Marte Meo metoden fremmer et syn på mennesket der alle har samme iboende kraft, styrke og rett til å delta i eget liv. Ikke alle mennesker klarer å bruke egen kraft og styrke, og trenger derfor støtte til dette, både til kommunikasjon og til gjøremål. Hvordan samspillet fungerer blir påvirket av flere faktorer. En person med en demenssykdom eller en form for kognitiv svikt har behov for en hjelper som leder på en positiv og tydelig måte.



Grunnelementer i Marte Meo metoden	
1.	Behov for å være i rytme
2.	Kontaktetablering; skape trygghet og tillit
3.	Personens oppmerksomhet og initiativ følges og blir satt ord på
4.	Trinnvis ledelse- Personen får vite hva som skal skje, <i>steg for steg</i>
5.	Personen anerkjennes med bekreftende ord.
6.	Personen får hjelp til å starte og avslutte handlinger.
7.	Støtte til å tåle ubehag
8.	Fysisk berøring

#### Tekstboks 1

Hentet fra "Arbeidsheftet Marte Meo" (45).

#### Faktorer som påvirker samspillet:

- Personen: Livshistorie, familie, grad av sykdom (både demens og andre tilstander), smerte, medisiner, sult/tørste osv. Det er derfor viktig å ha en god oversikt over pasientens anamnese, sykdomshistorie og medikament-liste.
- Personalet: Ressurser, antall personer på jobb, kompetanse, kultur og holdninger på jobb.
- Fysiske omgivelser: . Utforming av bolig/leilighet, farger, belysning, temperatur, lyder, støy, ulike hjelpemidler og merking av ting i rommet.
- Organisering og planlegging.

## Funksjonsstøttende elementer

#### Rytme i samspill og kommunikasjon

Behovet for samspill og å ha en *rytme* mellom initiativ og respons er noe man født med.

Spedbarn har også dette behovet. Før man lærer å snakke og kommunisere med språk, er

dette særlig viktig. Det er derfor også viktig dersom man mister denne evnen, slik man kan

gjøre med en demenssykdom. En hjelper skal gi personen med demens **tid** til å ta initiativ og til å reagere. *Pauser og gjentakelser* og et rolig tempo vil hjelpe personen til å forbli i rytmen. Kontaktetableringen må gjøres gjentatte ganger gjennom en situasjon, fordi en person med demens har en dårligere korttidshukommelse.

### **Kontaktetablering: Skape trygghet og tillit**

En veileder/hjelper må skape en trygg atmosfære og opparbeide seg tillit til personen. En person med en kognitiv svikt eller en demenssykdom kan ha mistet evnen til å forstå at en trenger hjelp til å utføre dagligdagse ting. For at situasjonen ikke skal føles påtrengende og skremmende er trygghet viktig. Hjelperen må være vennligsinnet, mild og kontaktskapende. Før man skal i gang med for eksempel tannstell, kan «relasjonell oppvarming» gjøre situasjonen lettere; Før man setter i gang med handlingen, bruker man litt tid på å gi oppmerksomhet, prate, få øyekontakt og trygge personen om at dette skal gå bra og at det ikke skal gjøres noe som skader eller føles utrygt. Ordbruk og kroppsspråk må være vennlig og rolig. Man kan for eksempel konsekvent **bruke navnet** til personen og være i «lik høyde» slik at man får øyekontakt.

### **Oppmerksomhet og initiativ**

Hjelper skal ha oppmerksomheten rettet mot personen med kognitiv svikt, for å legge merke til initiativ personen tar. En kognitiv svikt kan endre evnen til å formidle følelser og behov. Hjelperen skal forsøke å tolke det personen forsøker å formidle, både verbalt og non-verbalt. Ofte vil personen gi uttrykk for sine behov annerledes enn hva en frisk person vil gjøre. Jo mer langtkommen sykdommen er, jo vanskeligere er det å tyde personens initiativ. Jo travlere hverdag hjelperen, for eksempel pleieren på sykehjemmet, har, jo lettere er det å overse små signaler om hvordan personen har det og hva personen ønsker. Det er derfor viktig å være ekstra oppmerksom på disse initiativene. Overser man svakere signaler over tid, vil personen kanskje slutte å ta initiativet. De kan oppleve at det de tenker, føler og vil, ikke er viktig eller riktig. Initiativene kan også settes ord på av hjelperen, slik at man bekrefter følelser, tanker og behov personen har. Personen føler seg sett og bekreftet.

### **Trinnvis ledelse**

En person med kognitiv svikt har redusert evne til å forstå det som skjer, det som har skjedd og det som skal skje. Følelsen av å ha kontroll over dette kan gi trygghet. En hjelper skal gi konkret informasjon trinnvis, rett i forkant av det som skal skje.

Det kan hende det ikke nytter å si «nå kan du pusse tennene dine». Setningen er for abstrakt. Det kan være lettere å vise tannbørsten, forklare at «dette er tannbørsten», kanskje la personen få kjenne litt på den og finne frem noen forbindelser til den først. Deretter kan det være hjelperen må hånd-lede personen videre i det som skal skje, for eksempel vise hvordan man bruker tannbørsten eller hjelpe til med å pusse tennene. Dette ligner «Tell-show-do» metoden som blant annet er utviklet for å enklere hjelpe barn til å ta ansvar for eget tannstell(46). På grunn av den reduserte evnen til å tenke abstrakt, kan det også være lurt å verbalt knytte objektene til handlingen man gjør, så personen slipper å tenke rundt dette selv. Personen kan ha utfordringer med å forstå, og sette ord og handling sammen, for eksempel å knytte en tannbørste til selve handlingen - tannpuss.

For mange pleiere vil det være helt naturlig å stille spørsmålet «Vil du pusse tennene dine?» før man setter i gang med handlingen. Spørsmål som dette er for mange abstrakt, og det vil bare virke forvirrende. Det kan være personen ikke skjønner spørsmålet, de blir frustrerte og man bryter den gode rytmen man allerede har bygget opp. Det er bedre å lede personen trygt, men bestemt inn i handlingen; forklare at «nå kan du få pusse tennene dine», vise personen tannbørsten og bruke god tid. Det er viktig å være i situasjonen, og ikke begynne å snakke om det neste man skal gjøre eller avlede for å prøve å finne en form for motivasjon o.l., som for eksempel «Nå er det snart frokost! Det skal bli deilig med en kopp kaffe nå, ikke sant?» En avledning som denne kan virke fornuftig, fordi personen kanskje har en relasjon til dette. Men i de fleste tilfeller vil dette være for mye informasjon, for abstrakt informasjon, og det vil kun virke forvirrende. Dette kan skape motstand og vegring hos personen.

Underveis i handlingen kan det også fungere å repetere små ord og setninger som sies, dersom personen ikke ønsker å samarbeide. Dette virker som påminnelser underveis. Samtidig må man passe på at man er «her og nå»; all informasjon som gis skal handle om det som skjer akkurat i øyeblikket, eller hva som er det neste. Handlingen skal foregå i små steg.

### **Anerkjennende ord og mestringsfølelse**

En person med kognitiv svikt kan også glemme hva som skal gjøres, midt i handlingen. Opplevelsen av mestring underveis vil gi personen positiv giv, og kan bidra til at det er lettere å gå videre i handlingen, fordi man har følelsen av å være på rett vei. Anerkjennende ord underveis er lurt; «bra», «flott», «takk» eller ”kom igjen, dette klarer du fint!”. Et smil, en berøring og andre anerkjennende, non-verbale signaler fungerer også bra.

### **Støtte til å tåle ubehag**

Flere handlinger som skal utføres kan føles ubehagelige og smertefulle. Personen trenger å føle seg trygg også i slike situasjoner. Pasientens smerte må bli sett og bekreftet. En opplevelse av å bli oversett i smertefulle situasjoner kan skape redsel og aggresjon hos personen. En hjelper kan prøve å gi en opplevelse av at smerten blir sett og tatt på alvor, for eksempel ved å bruke empatiske hjelpeord, som «uff», «bare litt til», «jeg ser du ikke liker dette», «snart ferdig», «jeg er her for deg».

### **Fysisk berøring**

Alle mennesker er skapt med et behov for fysisk kontakt, men det er allikevel ulikt i forskjellige kulturer og land og individer, hvor grensen går. Det er en hårfin balanse mellom hva som er greit og akseptert, og det som føles nærgående, krenkende og ubehagelig. Den fysiske berøringen må være rettet mot handlingsforløpet, for å berolige og skape trygghet. Det kan skape en felles oppmerksomhet mot noe, ved å for eksempel lede hånden til personen med demens, inn i ulike handlinger. Fysisk kontakt, som en klem eller et vennlig stryk på hånden, kan også gi anerkjennelse og trøst.

## **3.3 Video som verktøy**

Videokameraet blir brukt som et verktøy for å analysere interaksjonen mellom person og hjelper, i samarbeid med en Marte Meo veileder. Poenget er å vektlegge det positive som hjelperen gjør, og finne ut hva man kan gjøre mer av. Poenget er ikke å finne feil hos hjelperen. Ved å filme kan man analysere og justere, steg for steg, i flere seanser, før man forhåpentligvis finner en «rett kommunikasjonsvei» justert inn mot det enkeltmennesket man prøver å kommunisere og samhandle med. Studier kan bekrefte at metoden fører til et bedre samarbeid og til redusert motstand i dagligdagse situasjoner (39, 41).

Video er benyttet i flere andre undervisnings – og veiledningsformer. Eksempler på dette er undervisning i Barnevernspedagogikk (47) og **videreutdanning i fysioterapi for barn** (48). Det blir ofte brukt for å analysere egen atferd eller kroppsspråk i en samhandlingssituasjon eller en behandlingssituasjon. Video har også blitt brukt som verktøy i undervisningen i atferdsfagundervisningen i odontologistudiet ved Det Odontologiske Fakultet i Oslo.

### **3.4 Kunnskap**

Aarts beskriver at enkeltindividets kunnskap har mye å si for hvor vellykket det er å bruke Marte Meo metoden. Kunnskap innenfor faget, for eksempel munn- og tannhelse, har alt å si for om man klarer å gjennomføre hjelpen på en god måte. I ”Marte Meo Grundbog” skriver Aarts at hun ved flere anledninger har sett at der metoden ble brukt innenfor profesjoner der pleiere hadde den kunnskapen som trengtes, for eksempel innenfor rusomsorgen, var prosjektene vellykket. Kunnskapen ble da supplert med MM- metoden som hjelp, ikke omvendt (44).

### **3.5 Utdannelse og bruk i praksis**

I dag finnes det ca 120 utdannede Marte Meo veiledere rettet mot demensomsorgen i Norge. I Oslo er det per i dag 9-10 veiledere som kan delta i prosesser på sykehjem, hjemmetjenester, helsehus og omsorgssentre.

Selve MM- prosessen foregår mellom en pleier og en veileder. Utgangspunktet er ofte en situasjon der en person med kognitiv svikt motsetter seg å ta imot helsehjelp som han/hun får tilbud om. MM- veiledningen er et hjelpemiddel man kan bruke for å kunne møte personen med den hjelpen som personen faktisk trenger.

Veilederen er gjerne utdannet helsepersonell med en videreutdanning som Marte Meo-veileder. For å bli veileder må ha en høgskoleutdanning eller tilsvarende (45). En MM-veilederutdanning gjøres sammen med en gruppe på 4-5 personer. Gruppen møtes ca 1 gang i måneden i en periode på 1,5 til 2 år (49). Underveis i veiledningsutdannelsen veiledes gruppen av en Marte Meo supervisor.

Ved starten av utdannelsen blir man først filmet i en situasjon med en beboer. Dette er viktig for at man selv skal få en større forståelse av pleier sin opplevelse av å bli filmet. Deretter skal man veilede minst fire film-prosesser, der annet pleiepersonell på for eksempel et sykehjem filmes i ulike samhandlingssituasjoner med beboere. Personen som er under utdanning veileder da i disse prosessene underveis. Møtene mellom pleier og veileder vil også bli filmet. Disse filmene blir så vurdert sammen med Supervisor. Veilederen får altså innspill på egen veiledningsteknikk underveis, som man kan ta med og utvikle videre i møte

med pleieren på sykehjemmet. Til hvert veiledningsforløp skal en skriftlig rapport leveres. Mot slutten av de ulike prosessene vil de viktigste elementene fra samhandlingssituasjonene bli belyst ved å vise korte filmklipp på en fellessamling i avdelingen hvor prosessen er gjort. Dette er viktig for at personalgruppen skal ta del i prosessen og lære av den, slik at alle møter personen på lik måte.

Den siste prosessen man har fungerer som en eksamen. Selve eksamen går ut på at kandidaten har en time til rådighet for å vise den siste prosessen og belyse de ulike funksjonsstøttende elementene i kommunikasjon. Etter endt utdanning er det et krav om at man deltar på MM- samlinger 1-2 ganger i året for å vedlikeholde sin kompetanse.

Ønsker man å bli en Marte Meo Supervisor utdanner man seg videre over nye 2 år. I tillegg til egen utdanning, skal man da også lede en gruppe i veileder utdannelsen. Man kan også bli en lisensiert supervisor, som godkjennes av Maria Aarts personlig. De lisensierte supervisorene er de som utdanner supervisorene (45, 49).

Helsepersonell som ønsker å bli veileder kan enten selv ønske å ta utdannelsen eller blir oppfordret til det av ledere på arbeidsplassen. Per i dag koster det rundt 25 000 NOK for selve utdannelsen. Dette regnes som en verdifull kompetanseutvikling og kan derfor bli støttet av arbeidsplassen. Arbeidsgivere kjøper inn filmkamera og stativ, og alt av studiemateriale. Utdannelsen krever tid og forberedelse; Veiledningen som gjøres skal begrunnes ut ifra metodens grunnelementer og de ulike videoklippene som skal analyseres.

### **3.6 Å starte en Marte Meo prosess**

Dersom man har en utfordrende situasjon knyttet til kommunikasjon eller samhandling i møte med en person med kognitiv svikt eller en demenssykdom, som for eksempel bor på en sykehjemsavdeling der det ikke er en MM-veileder tilgjengelig, kan man ta kontakt med bydelen eller utviklingscenteret i fylket, for å høre om det er en veileder som kan komme inn for å hjelpe til med denne utfordringen. Utfordringene er ofte knyttet til å kunne gi grunnleggende helsehjelp, som for eksempel at man ikke får hjulpet personen opp av sengen,

ikke får hjulpet til med morgenstell og tannpuss, utfordringer knyttet til å hjelpe personen i en matsituasjon, eller forebygging av tvangsvedtak.

Når sykehjemsavdelingen har fått kontakt med en veileder, vil veilederen settes i kontakt med en pleier på sykehjemsavdelingen. Dette er gjerne en pleier som kjenner personen med kognitiv svikt godt fra før av. Sammen legger de en plan for videre forløp av prosessen. Deretter utføres filmingen av en situasjon. Veilederen velger seg ut noen korte sekvenser fra filmen som de skal fokusere på i veiledningen. Sekvensene skal være på 15-30 sekunder. I en veiledningstime analyserer veileder og pleier gjerne 2-3 sekvenser. Underveis i veiledningen skal fokuset rettes mot personen og det positive som skjer i samhandlingen mellom dem.

Før en MM-prosess begynner må man vurdere om personen med kognitiv svikt eller demenssykdom har evnen til å forstå situasjonen, særlig med tanke på filmingen. Man må vurdere om personen har evne til å gi et informert samtykke. Dette gjøres ofte i samarbeid med personalet på avdelingen der personen bor. Dersom personen ikke regnes som samtykkekompetent, må dette dokumenteres i personens journal (45). Fordi dette ofte tas i bruk når helsehjelpen som skal gis er helt nødvendig, er det ikke nødvendig å be om tillatelse fra pårørende for å få lov til å hjelpe. Pårørende eller vergers synspunkter skal allikevel dokumenteres i personens journal (45). Dersom personen med kognitiv svikt er samtykkekompetent, vil denne personen skrive under på et samtykkeskjema før prosessens start.

## 4.0 Observasjon av en Marte Meo prosess

For å lære mer om metoden ble jeg invitert til å være observatør i en MM- prosess. Tjenesten (sykehjemmet) innhentet skriftlig samtykke fra pårørende for at jeg/masterstudenten kunne være med under deler av prosessen. Dette samtykket ble lagret i personens journal. Formålet med observasjonen var å observere selve prosessen og var et kvalitetssikringsprosjekt i tjenesten.

I denne MM-prosessen ønsket man å finne ut av hvordan man på best mulig måte kunne hjelpe en person med kognitiv svikt som motsetter seg helsehjelp og da spesielt ved med munn -og tannstell. En detaljert beskrivelse av observasjonen er lagt med som vedlegg i oppgaven (*Vedlegg 1*).

Den aktuelle personen hadde en påvist kognitiv svikt som følge av et akutt traume. Personen ble valgt ut fordi personalet daglig møtte utfordring og motstand når munnstellet skulle utføres. Personen klarte ikke selv å utføre et adekvat munnstell. I tillegg hadde personen problemer med at andre mennesker nærmet seg ansikt og munnregion, og personen motsatte seg hjelp. På grunn av personens alder, forventet levetid og at personen hadde et fullverdig tannsett, var det viktig å ta den orale helsen på alvor. Pårørende ønsket også at personen skulle få assistanse med munnstell som en del av grunnleggende pleie på sykehjemmet, da personen tidligere hadde vært svært opptatt av å ivareta god oral helse. For å unngå bruk av tvangstiltak, var det ønskelig å se på mulige løsninger for å etablere tillit til personen, slik at vedkommende ville ta imot hjelpen knyttet til munn- og tannstell.

Observasjonen min gikk ut på at jeg fikk ta del i veiledningsmøtene mellom pleier og MM-veileder. Veiledningen ble organisert av sykehjemmet og foregikk på avdelingen der pleier jobbet. Jeg satt i bakgrunnen og tok ikke del i selve samtalen. I løpet av en periode på 4 måneder fikk jeg delta på 2 veiledninger. Det var ønskelig for oppgaven min å delta på flere, men grunnet uforutsette hendelser var det vanskelig for pleier og veileder å ha flere møter. Jeg fikk derfor ikke med meg avslutningen av MM-prosessen.

Før første veiledning hadde pleier og veileder hatt et møte for å gjennomgå hvordan prosessen skulle gjøres og for å planlegge formelle ting. Pleier fikk utdelt et filmkamera og et



stativ som skulle brukes som hjelpemiddel. Pleier har så filmet en situasjon der personen med kognitiv svikt får hjelp i en tann- og munnstellsituasjon. Dette ble gitt til MM-veilederen, som før neste veiledning analyserte videoen. Veilederen valgte ut 2-3 sekvenser som skulle diskuteres og analyseres ved neste møte. Disse sekvensene viste i hvilke situasjoner personen som mottok hjelp reagerte på handling og stimuli. Disse reaksjonene er ofte vanskelig å legge merke til når man er fysisk tilstede i situasjonen.

I første veiledning trakk pleieren frem at personen med kognitiv svikt kanskje har vanskeligheter med å skille ut ulike lyder, og at det kan være hensiktsmessig å ikke ha på musikk i bakgrunnen. Veileder brukte deretter de ulike grunnelementene fra MM metoden til å begrunne ting som pleieren gjør bra og ting som hun så at pleieren kan gjøre mer av. Det var blant annet *trinnvis ledelse, bruk av motiverende og anerkjennende ord og støtte til å tåle det ubehagelige*. Dette ble igjen relatert til de symptomene på kognitiv svikt som personen hadde. I tillegg fokuserte veilederen på at pleieren kunne redusere tempoet i handlingene som ble gjort for å få personen med, da personer med kognitiv svikt bruker lenger tid på å bearbeide og forstå informasjon som blir gitt.

Neste filming ble utført noen dager etter den første veiledningen. Andre veiledning fant sted omtrent fire måneder senere. Pleier og veileder gikk først igjennom elementene som de skulle fokusere på fra forrige veiledningsmøte. For å rette fokuset mot personen som trenger hjelp gikk de også igjennom fakta om personen og situasjonen de står i, og om det var noen endringer i personens status og helse. Deretter gikk de igjennom to nye situasjoner som veilederen hadde valgt ut. Disse var relatert til grunnelementene; støtte til å tåle ubehag og trinnvis ledelse. Den siste situasjonen viste at det var tydelig fremgang med tanke på den trinnvise ledelsen; personen fikk vite om det som skulle skje, rett i forkant av at det skjedde. Tempoet til pleieren var også roligere, noe som gjorde at personen tålte ubehaget bedre og ga pleieren lov til å hjelpe til noe lengre.

Avdelingen hadde en positiv erfaring med MM-prosessen, og sykehjemmet ønsker å sende flere på MM kurs. Sykehjemmet ønsker også å alltid ha en ansatt med veileder-utdannelsen. Det vil da være enklere å få veiledning i utfordrende situasjoner.



## 5.0 Samtale med Marte Meo veileder: Tannpleier Lillian Nordahl

Lillian Nordahl jobber som tannpleier i den offentlige tannhelsetjenesten (DOT). I forbindelse med sitt arbeid i DOT tok hun først MM-praktikerutdanning og deretter MM veilederutdanningen, som hun var ferdig med sommeren 2017. Hovedpoengene fra samtalen er oppsummert under. Et lengre referat finnes som vedlegg i slutten av oppgaven. (Vedlegg 2).

- Nordahl hadde erfart fra de få Marte Meo prosessene hun hadde hatt at det ikke var så mange som tok kontakt for å få til prosesser. Hun måtte selv være pågående for å starte opp prosesser. Når hun først kom innenfor en sykehjemsavdeling så både hun og de ansatte et stort behov for veiledning.
- Prosessene har vært tidskrevende, både for personen som hjelpes, men også for pleieren og resten av personalet på avdelingen. Det har vært uforutsigbart; ofte har man sett seg nødt til å avslutte prosessen fordi personen som hjelpes blir syk og blir hindret fra å gjennomføre. Det har også vært utfordringer knyttet til turnover på sykehjemmet; hvis en pleier har sluttet på avdelingen og ansvarsoppgaver omfordeles.
- Det har vært vanskelig å finne riktig tidspunkt for filmingen, da det skal koordineres med personens ordinære stell, dagsform, måltidsrytme og den daglige rutinen på avdelingen. Pleierne på avdelingen må kunne sette av tid til dette i løpet av en ellers hektisk dag.
- For å få gjennomført en MM-prosess må avdelingen ha penger og ressurser nok til å ta ut en pleier fra sine ordinære arbeidsoppgaver. Det kan også være nødvendig å finne en erstatter for denne pleieren de timene prosessen tar.
- Nordahl opplever at pleierne kan motsette seg å bli filmet, og at det er noe de er veldig opptatt av til å begynne med, men at tilbakemeldinger har vist at det ofte får mindre fokus underveis i prosessen. Etterhvert ser de heller nytten av å bli filmet og mange får en «aha-opplevelse» når de ser filmen i ettertid.

Nordahl mener at læren om MM og grunnelementene kan implementeres i undervisningen for tannlege- og tannpleiestudenter, da dette er grunnprinsipper man kan ta med seg videre i

all kommunikasjon med pasienter. Hun problematiserer samtidig bruken av film, og mener at dette kan bli en utfordring i undervisning. Dersom man kun bruker grunnelementene og ikke filmelementet, kan man miste denne «oppdagelsen» man opplever ved å bruke film. Nordahl poengterte også at det kan være utfordrende å bruke metoden i DOT da det er restriksjoner mot å filme personer med kognitiv svikt utenfor eget hjem. Det vil da være uklart hvem som har ansvaret for personen, særlig hvis det er mangel på samtykkekompetanse.

På tross av disse utfordringene syns Nordahl det var spennende og gøy å ta MM-veilederutdannelsen. Filmingen skiller metoden fra andre tillitsskapende metoder. Nordahl fremhever spesielt det positive med «aha-opplevelsen» man får ved å bruke film, fordi man i større grad forstår den pleietrengende personens perspektiv. Metoden bruker et språk som alle kan forstå uavhengig av utdanning, og filmen gjør at alle involverte på avdelingen har mulighet til å se og høre det samme. Nordahl har opplevd at pleierne som har vært med på Marte Meo prosesser har benyttet det de har lært i andre samhandlingssituasjoner, og erfart at det bidrar til et bedre samarbeid på avdelingen. Det har også kommet frem i tilbakemeldinger fra sykehjemmene at fokuset på tannhelse har økt i takt med dette ”nye verktøyet”.

Samtalen med Nordahl ga meg mer innsikt i hvordan de ulike utdannelsene foregår og hvilke utfordringer man kan støte på i forbindelse med en Marte Meo prosess relatert til tann- og munnstell.

Det er gitt tillatelse fra Nordahl til at samtalen som vi hadde blir gjengitt i denne masteroppgaven.



## 6.0 Diskusjon

Vi må kun noen ti-talls år tilbake i Norge for å finne en dårligere levestandard, fattige kår og lavere levealder. Endringene i levestandarden i Norge har skjedd over en relativt kort tid. Vi vet at andelen eldre i Norge stadig øker (1) og at man i større grad enn før beholder sine egne tenner. Vi vet også at alderdommen bringer med seg kognitive og somatiske sykdommer som kan påvirke den orale helsen, og den orale helsen kan igjen påvirke somatisk og kognitiv sykdom (31-33).

Forskningsmidler har i stor grad vært rettet mer mot somatiske sykdommer som kreft og hjerte-kar sykdommer. Resultater av forskning har bidratt til at antall som dør av hjerte-kar sykdommer nå er betraktelig lavere enn tidligere (50). Kognitive lidelser vet vi mindre om. Demens har blitt den store «alders-sykdommen». I følge statistikk fra Folkehelseinstituttet har dødsfall knyttet til demenssykdommer blitt mer enn tredoblet på 20 år. Dette er både fordi befolkningen blir eldre og flere utvikler derfor demenssykdom, men også fordi det er svært begrensede muligheter for behandling av sykdommen. Det kan også skyldes en økt oppmerksomhet rundt demenssykdommer, både for helsepersonell og pårørende (50). På grunn av en økt oppmerksomhet rundt demens blir det stadig gjort mer forskning på feltet. May-Britt Moser og Edvard I. Moser vant Nobelprisen i medisin i 2014, for sin forskning innenfor feltet. Selv om det er en økt oppmerksomhet rundt demenssykdommer, er det fremdeles behov for mer forskning, både når det kommer til forebygging og behandling, men også på hvordan man vi møter konsekvenser og symptomer av sykdommen. Forskning knyttet til tillitsskapende metoder, slik som Marte Meo metoden, vil kanskje kunne avdekke viktig kunnskap som man vil ha nytte av i fremtiden. Det er også behov for mer forskning knyttet til hvordan både somatiske og kognitive sykdommer påvirker den orale helsen i denne befolkningsgruppen, fordi man vet at den orale helsen hos eldre personer ser annerledes ut i dag enn for bare 30-40 år siden. De eldre beholder egne tenner lenger (51), og det er derfor viktig å tilegne seg kunnskap om hvordan sykdommer kan påvirke den orale helsen.

Mange eldre kan bo lenge hjemme med funksjonssvikt, men det er fortsatt en stor andel som er pleietrengende og vil være avhengig av kontinuerlig pleie. Derfor flytter mange til sykehjem eller institusjoner med avansert pleie. En stor andel av disse har en demenssykdom (52). Kognitive svekkelser kan føre til at personer ikke lenger regnes som samtykkekompetente, som vil si at de ikke har innsikt i sin egen helsesituasjon og at de

kanskje ikke er i stand til å ta valg rundt eget liv og egen behandling (53). Om man ønsker å forske mer på dette feltet, må dette tas i betraktning. Det er også en utfordring at de syke, eldre er mer sårbare og har en mer begrenset levetid. Det er likevel viktig at denne pasientgruppen inkluderes i forskning slik at man finner gode behandlinger og metoder for å håndtere symptomer. Det kan diskuteres om det er etisk forsvarlig å gjøre forskning i en så sårbar gruppe. Det er en utfordring å gjøre god forskning samtidig som man ivaretar personvern og personens egeninteresse når personen kanskje ikke lenger har samtykkekompetanse.

De ulike demenssykdommene har forskjellige kjennetegn og symptomer. Mange av symptomene kompliserer en vanlig hverdag for personen som får sykdommen, slik som redusert hukommelse, innlæringsevne, orienteringsevne og logisk tenkning. Symptomene på sykdommen kan dessuten variere i uttrykk fra dag til dag. Personen «er» ikke dement, men har en sykdom som kan skape mange utfordringer. Selv om symptomene skaper disse utfordringene, vil personen allikevel være i stand til å utføre mange hverdagslige handlinger, slik som påkledning og tannpuss, med litt hjelp og støtte. En god og trygg hjelp kan bidra til å skape mestringfølelse fordi personen selv tar del i samspillet. Flere av grunnelementene i Marte Meo metoden kan benyttes, for eksempel kontaktetablering, trinnvis ledelse og hjelp til å starte og avslutte handlinger.

De fleste sykepleiere og andre ansatte på sykehjem regner god oral helse som en viktig del av arbeidet de gjør, og har en positiv tilnærming til dette. Allikevel viser studier at under halvparten mener de har god nok utdanning og kompetanse innenfor området (35). Bruken av MM metoden rettet mot tann- og munnstell eller ved tannbehandling blir kanskje ikke optimal dersom personalet ikke har grunnleggende kunnskap om hvordan et godt munnstell skal gjøres, og hvorfor de ulike rutinene er viktige. Derfor er det viktig at personalet får muligheten til opplæring innenfor dette feltet, og at tannpleiere involverer seg mer på sykehjemmene (35). Maria Aarts beskriver i sin «Marte Meo Grundbog» at kunnskap innenfor faget er essensielt for å få lov til å hjelpe på en god måte (44). I observasjonen jeg gjorde av en MM-prosess var det tydelig at hjelperen hadde noe kunnskap om hvordan et godt munnstell skal utføres. Hjelperen forsøkte blant annet å assistere i bruken av interdental børster mellom tennene til personen, som viser både at hjelperen visste at dette var et godt verktøy og at personen hadde behov for å bruke dette. Fordi jeg kun observerte prosessen fikk jeg ikke spurt om hva slags kunnskaper hjelperen hadde. Ideelt sett bør personalet få

opplæring i grunnkunnskaper om hvordan et godt tann- og munnstell gjøres og hvorfor dette er viktig. Det kan bidra til at motivasjonen for å hjelpe til med dette øker. I tillegg er det viktig at kunnskapen er individuelt tilpasset til personen som skal hjelpes, slik at riktige hjelpemidler benyttes. Som tannpleier er Lilian Nordahl opptatt av at personalet får undervisning i hvordan et godt munnstell skal gjøres, og opplæring av pleiepersonell er en del av arbeidsoppgavene i jobben hennes. Nordahl ser nytten av at flere innen tannhelsetjenesten tar MM praktiker- eller veilederutdanning for å komplementere atferdskompetanse og kompetanse innenfor oral helse.

I en studie av Inger Wårdh i 2011 kom det frem at mange pleiere opplevde at munnstellet var vanskelig å hjelpe til med. Den viktigste årsaken til at munnstellet ikke ble gjort var fordi de opplevde motstand i forsøket på å hjelpe (54). Når man møter motstand i en stell-situasjon der man ønsker å hjelpe en person med demens, står man i en situasjon der man må vurdere om hjelpen som skal utføres er absolutt nødvendig eller ikke. I tillegg må det gjøres vurderinger rundt personens samtykkekompetanse. Alle helsemessige tiltak i Norge gjøres på frivillig basis, og det er lovbestemt at det må foreligge et samtykke fra brukerens side på forhånd. Personer med demens kan mangle, delvis eller helt, evnen til å motta, bearbeide og vurdere informasjon som gis angående egen helse og behandling. *Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A* er laget for å sikre helsehjelp til personer uten samtykkekompetanse. Helsepersonell må vurdere om helsehjelpen er nødvendig. Om helsehjelpen er det, kan det være nødvendig å bruke tvangstiltak. Kriteriene for å sette i gang et tvangstiltak er at tillitsskapende tiltak skal være forsøkt og dokumentert (37). Marte Meo metoden er et eksempel på et tillitsskapende tiltak man benytte for å unngå bruk av tvangstiltak.

Motstand er en av de største barrierene man møter i forsøket på å gi helsehjelp (55). Dette gjelder spesielt i assistert munn- og tannstell, fordi man nærmer seg en urørlighetssone, eller en intimsone hos personen. En frisk person ville reagert dersom en fremmed nærmet seg dette området. Det ligger instinktivt i oss mennesker at dette er et område ingen andre skal bevege seg inn mot, særlig fremmede, uten tillatelse. I observasjonen jeg gjorde ønsket ikke personen med kognitiv svikt at noen skulle nærme seg ansiktet. Personalet opplevde vegring da de nærmet seg denne urørlighetssonen. Dette var årsaken til at de ønsket å bruke Marte Meo metoden.



Det er ikke ønskelig å utøve tvang. Derfor vil manglende samarbeid med personen kunne resultere i at man gir opp i forsøket på å hjelpe til med munn- og tannstellet. Det kan være man tenker at noen andre gjør det senere den dagen eller at man mener det er greit om personen går flere dager uten å pusse tennene sine. I følge Pasient og Brukerrettighetsloven (37) er man pliktig til å utføre den helsehjelpen som er nødvendig. Det er derfor lovpålagt å gjøre vurderinger rundt pasientens behov for hjelp i denne situasjonen. Man vet at om det går for lang tid kan infeksjoner i munnhulen oppstå, som igjen kan spre seg til kroppen. Da kan tann- og munnstell være nødvendig helsehjelp for personens liv og helse (31-33). Det er et dilemma at man vet ikke hvor lang tid en kan gå uten tann- og munnstell, før det faktisk er fare for liv og helse. Dersom man benytter tvangstiltak til dette daglig vil det gå utover personens integritet og iboende verdighet. Dette vil være etisk uriktig og kan være mer belastende for en person enn ved å ha dårlig munnhygiene. Derfor er tillitsskapende tiltak viktig å bruke.

Bruken av film i en situasjon med pleier og pasient kan stride mot etiske prinsipper når pasienten ikke har samtykkekompetanse. I observasjonen jeg gjorde var personen med kognitiv svikt vurdert som ikke samtykkekompetent. Det er forståelig at mange mener at bruken av film er problematisk fordi personen ikke kan gi sitt samtykke til dette. Dersom ikke personen kan bestemme selv hva som er nødvendig helsehjelp for seg selv, er det opp til behandlende pleier å bestemme om behandlingen eller hjelpen er så nødvendig at det må utføres uansett. Pårørende/verge kan påvirke dette med å fortelle hva personen tidligere har ønsket, men det er opp til behandler å bestemme til slutt. I observasjonen jeg gjorde var pårørende opptatt av at personens orale helse skulle bli tatt vare på. Personen med kognitiv svikt hadde tidligere også vært svært opptatt av tann- og munnstell selv. Etersom metoden var benyttet tidligere på avdelingen, og hadde gitt gode resultater, var dette en trygghet for pårørende på at beboer blir ivaretatt. I denne situasjonen må man veie fordelene ved bruken av metoden opp mot den etiske utfordringen med bruken av film. Metoden har i flere tilfeller vist seg å gi gode resultater, først og fremst for personen som har behov for hjelp, men også for personalet. Veiledning med bruk av film har vist at personale har fått et mer personsentrert fokus og at de forstår bedre hvorfor og hvordan man må møte personen for å få til et godt samspill (40, 41). Dette vil kanskje bidra til mindre bruk av tvangstiltak, som igjen bidrar til en mer verdig behandling, på tross av bruken av film.

Det er vanskelig å vite ha som definerer en verdig og god hjelp eller behandling i en slik situasjon. Verdighet kan defineres som «*en subjektiv opplevelse av verdsetting, en bekreftelse på egenverd, respektfull anerkjennelse av hvem vi er og hensikten med våre liv*» (56). For å ivareta personens verdighet bør man derfor tilstrebe å hjelpe på en respektfull måte som tilsvarende hva personen hadde ønsket selv og som bevarer personens egenverd. Det er utfordrende å vite nøyaktig hva som er personens beste, fordi personen kanskje ikke har evnen til å kommunisere dette selv. Samtaler med pårørende eller verger kan gi et inntrykk av hvordan personen var tidligere, og de kan bidra inn med viktig kunnskap om hva som er viktig slik at valget man skal ta for personen, kan gjenspeile hva personen ville ha gjort dersom han/hun var kognitivt frisk. Bruken av Marte Meo metoden kan også bidra til at man får en større forståelse for hvordan personen kommuniserer og samhandler.

Underveis i min studie fikk jeg beskjed om at pleieren som var involvert i Marte Meo prosessen skulle slutte på sykehjemmet. Det ble en utfordring å gjøre prosessen ferdig, noe som var uheldig for min oppgave. Situasjonen skapte flere punkter til diskusjon, da dette er noe som skjer på enhver sykehjemsavdeling. På en avdeling jobber det både faste heltidsansatte, deltidsansatte og ekstravakter. Det er en tverrfaglig, sammensatt gruppe med både faglærte sykepleiere og hjelpepleiere, og ufaglærte. I hjemmesykepleien er det også et stort antall ansatte som arbeider med de samme brukerne. Dette påvirker kontinuiteten, både for bruker og personell. En litteraturstudie av Edith Roth Gjevjon fra 2015, viser at om ikke kontinuiteten i hjemmesykepleien kan opprettholdes, må man prøve å sikre at informasjonskontinuiteten er tilstrekkelig. Studien viser også at personkontinuitet gir en stor helsegevinst for den enkelte bruker, og at det bør tilstrebes i så stor grad som mulig (54). I samtalen jeg hadde med Lilian Nordahl trakk hun frem at en av utfordringene hun selv hadde møtt på var kontinuitet av personale på sykehjemsavdelinger. Det kunne oppstå situasjoner der pleieren som var med i prosessen enten var syk, eller at pleieren skulle slutte ved avdelingen. Dette kan være en utfordring ved bruk av metoden i helse og tannhelsetjenesten, men også dersom man ønsker å gjøre forskning innenfor disse rammene, hvor kontinuiteten vil være avgjørende. Turnover av både pleiepersonell og pasientgruppe gjør det vanskelig å forske over tid, som ofte gir de beste resultatene. For å få til god forskning på fagfeltet må man derfor finne konkrete metoder som kan benyttes, som tilnærmer seg personer med kognitiv svikt samtidig som det har overføringsverdi og kan dokumenteres. Marte Meo kan være en slik metode fordi bruken av film gir en god dokumentasjon som igjen kan vises til andre.

Erfaringen fra observasjonen viser at det var en utfordring å samkjøre veiledningstimene. Dette viser hvor vanskelig det kan være når flere aktører involveres. For å sikre god behandling og pleie hos de syke eldre, er det nødvendig med et tverrfaglig samarbeid. Dersom det er ønskelig å gjennomføre en prosess hos en person med utfordringer knyttet til tann og munnstell, kan det for eksempel være aktuelt å involvere en tannlege eller tannpleier før man starter prosessen. Når en MM-prosess skal gjennomføres er det viktig med god planlegging før oppstart og at alle som er involvert bør dedikere seg til å fullføre prosessen og ta ansvar for tiltakene man setter i gang etterpå.

Det er viktig å rapportere om utfordringer knyttet til munn- og tannstell. Om det ikke rapporteres at det er utfordrende å få til tannpuss, fjerning av matrester og plakk, skylle med fluor eller lignende, er det vanskelig å fange opp at det ikke blir gjort. I følge person- og brukerrettighetsloven §2-5 I har alle personer med behov for en langvarige og koordinerte helsetjenester, rett på en individuelt tilpasset plan. Helsepersonelloven (57) sier at helsepersonell er pliktig til å melde ifra og dokumentere avvik. Alle på avdelingen er derfor pliktig til, og har et ansvar for at tann- og munnstellet blir utført etter prosedyre. Dette gjelder både ledelsen, sykepleiere, hjelpepleiere og pleieassistenter. Dersom helsepersonell møter på utfordringer er det dessverre altfor lett å gi opp. Det er lett å tenke at det er umulig å hjelpe et menneske med tannpuss, fordi han eller hun får en endret atferd når man forsøker og man er redd for å bryte med pasientens iboende autonomi og verdighet. I stedet for å gi opp, må man ta dette på alvor. Det **må journalføres** at det er en utfordring å hjelpe til med akkurat munn- og tannstell, det **må dokumenteres hvordan personen reagerer** og **hvordan man gikk frem** i forsøket på å hjelpe. Det må også rapporteres til ledelsen på avdelingen. Ledelsen skal deretter ta tak i problemet, og lage en **tiltaksplan** på hvordan personalet på avdelingen skal jobbe videre. Tillitsskapende tiltak skal benyttes som et hjelpemiddel for å lage denne individuelt tilpassede tiltaksplanen. MM metoden er et verktøy som kan benyttes i situasjonene der man møter motstand. Filmene viser hvordan personen reagerer i samhandlingene og hva personen har behov for, for å bli trygg på sin hjelper. Kanskje oppdager man ting som personen trenger fra sin hjelper for å kunne samhandle. Dette kan være små ting som en håndbevegelse eller et blikk.

Det er viktig å finne gode løsninger på hvordan man kan inkludere flere i kunnskapen man oppnår. Man opparbeider seg ikke bare informasjon om hva personen trenger for at vi skal

kunne tilby assistanse med munn- og tannstell, men også nyttig informasjon om hvordan personen kommuniserer. Dette er informasjon man kan få bruk for i alle instanser som har med personen å gjøre; lege, fysioterapeut, tannlege, tannpleier, ergoterapeut, i tillegg til pårørende og andre pleiere. Det er derfor viktig at hjelperen som er med i MM-prosessen deler den informasjonen som han eller hun får, med de andre på avdelingen eller på arbeidsplassen. Dette belyser også hvorfor det er viktig å jobbe for felles journalsystemer og gode kommunikasjons- og overføringsrutiner på tvers av ulike fagdisipliner. En studie fra 2014 viser at Marte Meo metoden ga pleiepersonellet en større forståelse for personen med demens sitt perspektiv. Der de tidligere hadde møtt på utfordrende og vanskelig atferd, så de heller utfordringer knyttet til kommunikasjon og samspill (41). Nordahl hadde erfart at kompetansen man fikk fra en prosess var lett overførbart til situasjoner med andre beboere/pasienter. Man vil derfor dra større nytte av en prosess fordi man får tilgang på et ”nytt verktøy” som kan brukes i alle utfordrende situasjoner.

I en studie av Alnes fra 2013 kom det frem at pleierne som hadde tatt del i en MM-prosess ønsket en større deltakelse og engasjement fra ledelsen på avdelingen. De ønsket at ledelsen var med og tok del i veiledningen for å få kunnskap om dette selv. Studien viste at de ansatte på avdelinger der ledelsen var positive, tydelige og støttende ga en positiv effekt, i motsetning til avdelinger der ledelsen ikke involverte seg like mye (40). Ledelsen på en avdeling må også ta ansvar for at all informasjon som kommer gjennom en MM-prosess blir gjennomgått og at resten av de ansatte på avdelingen får tilgang til kunnskapen. Informasjonen som kommer frem må journalføres godt. Veileder skal skrive et notat som de går igjennom med den som har vært med som hjelper på avdelingen. Denne hjelperen fører dette inn i Gericca eller andre journalsystemer. Ledelsen har et viktig ansvar for engasjementet og oppfølgingen på avdelingen i forhold til dette. Det er behov for tid til gjennomgåelse av informasjonen, motivasjon for videre bruk og oppfølging av personalet (43). Det er viktig at det blir ivare tatt over tid; at det repeteres for «gammelt» personale og instrueres for «nytt» personale. Det må settes av tid til videreutvikling av metoden på avdelingen, slik at det holdes ved like (43). Det er viktig at det ikke kun er den lille gruppen som fikk være med i veiledningen som får glede av informasjonen, men at alle som møter personen får lære og prøve seg. I studien av Lykkeslet fra 2014 ga personalet tilbakemelding på at en MM-prosess skapte et bedre læringsmiljø, og at det lå stor verdi i å sette av tid på avdelingen til å diskutere ulike kasus sammen i etterkant av prosessen. Personalet følte seg mer som et ’team’ og det var lettere å finne løsninger sammen når utfordrende situasjoner oppstod (41).

En god og tydelig ledelse på avdelingen eller på sykehjemmet, vil være derfor være avgjørende for om kunnskapen når fram til nytt personale. Samtale om erfaringene man har gjort seg må settes opp på dagsorden igjen og igjen, som all annen kunnskap man tilegner seg. Det er helt normalt å havne ut av gode rutiner på grunn av tidsmangel, stress, dårlige dager og andre ting som opptar tid og oppmerksomhet. Derfor må personalet regelmessig bli påminnet om viktigheten av å bruke den informasjonen som de har fått fra MM-prosessen. Studier har vist at bruken av MM kan redusere stress, og at tiden man bruker på filming, diskusjon og organisering, tas igjen ved at arbeidet er mindre stressende og tar mindre tid (43, 58). Dersom bruken av metoden frigjør tid på avdelingen, vil man kunne bruke mer tid og ressurser på å opparbeide seg enda mer kunnskap, og man vil kanskje ha mulighet til å gjøre flere prosesser.

De fleste sykehjem i Norge har ingen tannlege eller tannpleier stasjonert på sykehjemmet. Det er utfordrende å skape god kommunikasjon og et godt samarbeid mellom pleiere på sykehjemmet og kommunalt tannhelsepersonell når tannhelsepersonellet kun er på sykehjemmene innimellom. Det er heller ikke felles journalsystemer mellom sykehjem og den offentlige tannhelsetjenesten. Det vil være viktig for tannlegen eller tannpleieren, som kanskje møter personen 1-2 ganger i året, å raskt kunne opparbeide seg tillit og skape trygghet for personen, slik at man får undersøkt tannsettet, restaureringer og slimhinner, og samtidig få gjort det som trengs for at personen kan ha en god og smertefri tilstand i munn, til tross for situasjonen personen er i. Dette må ofte gjøres så raskt og effektivt som mulig. Hvis tannlegen hadde fått tilgang til en god journal fra en gjennomført MM-prosess, eller om tannlegen hadde fått noe veiledning i forhold til dette, hadde muligens en slik situasjon fungert bedre, for både personen og for tannlegen.

Når en tannpleier kommer til en avdeling for å gjennomføre en tannundersøkelse, er det viktig at avdelingen legger forholdene godt til rette for at dette skal gjennomføres på en god og verdig måte, der både personen som skal undersøkes og tannhelsepersonellet føler seg trygge og ivaretatt. Det er viktig at personen har med en pleier som vedkommende er trygg på. Tannhelsepersonellet kan da lettere sette seg inn i personens sykdomshistorie og opparbeide seg et tillitsforhold slik at det blir en trygg og god opplevelse for begge parter. Etter en slik undersøkelse bør personalet igjen informeres godt om informasjonen som ble innhentet, både om tannhelsen men også om andre ting tannhelsepersonellet eventuelt plukker opp. Dette bør igjen dokumenteres i journalen.

Det tar tid å bli en MM veileder. Det mest ideelle for ethvert sykehjem vil kanskje være om det er en med MM veilederutdanning på hvert sykehjem eller at det er en veileder lett tilgjengelig dersom en utfordrende situasjon oppstår og man ønsker å bruke metoden. Dette vil kreve at flere tar utdannelsen, som igjen setter et krav til at selve utdannelsen har mulighet til å ta imot fler. Studier har vist at personalet på en avdeling som har vært med på en MM-prosess, opplever større samhold i etterkant av prosessen. Alle får tilgang til mer kunnskap, som igjen danner grunnlag for diskusjon blant pleierne. I en studie gjort i Danmark i 2008 kom det frem at nesten 90% av personalet hadde en høyere trivsel og høyere prestasjon etter en slik prosess. Færre følte også på følelsesmessig utmattelse og depersonalisering (43). En studie gjort i Norge i 2011 kom det frem at en slik prosess førte til økt samarbeid blant personalet og økt mestringsfølelse i arbeidet de gjorde fordi grunnlaget for mestringsfølelse ble endret. På grunn av at pleierne fikk en større trygghet og ro i stell-situasjonen, ble tid frigjort og stress redusert. Personen med en demenssykdom ble roligere og samspillet ble lettere (58). Kanskje man kan spare både tid og ressurser ved bruken av tillitsskapende metoder, fordi personalet får et enkelt verktøy man kan benytte seg av i utfordrende situasjoner (49). Det kan derfor være verdt det å bruke både tid og ressurser på å utdanne nye veiledere.

Dersom man kunne brukt det teoretiske i metoden, uten bruk av filming med en veileder, vil det være mindre ressurskrevende. Et økt fokus på metoden i utdannelsen av sykepleiere, helsefagarbeidere, tannpleiere, tannleger og leger vil gjøre at flere får tilgang på kunnskapen. Samtidig er det flere som mener at filmingen er det viktigste i metoden, da det er dette hjelpemiddelet som gjør det mulig for en pleier å få innsikt i personen med kognitiv svikt sitt perspektiv. Nordahl mente at «aha-opplevelsen» man fikk av å se samhandlingen på film var helt avgjørende for utbyttet man fikk fra prosessen. Hun var allikevel positiv til tanken om å få inn metoden i undervisning, slik at man kan bruke grunnelementene videre i yrket sitt. Bruk av film kan være en årsak til at man velger å ikke forsøke Marte Meo metoden. For mange kan det være ubehagelig å se seg selv på film. Det kan også være at man er redd for at filmen skal brukes til andre formål og sees av andre. På slutten av veiledningen blir filmen vist til en gruppe på en fellesveiledning for alle ansatte på avdelingen. Dette kan føles skummelt fordi man er redd for å bli utlevert eller uthengt. Når man vet at man blir filmet i en stell-situasjon, kan det også påvirke måten man oppfører seg. Det er en mulighet for at man ikke klarer å handle eller oppføre seg helt likt som man ellers ville gjort i en lignende situasjon, uten et kamera til stede. I studien gjort på et pleiehjem i Herning i 2008, ga

personalet tilbakemelding på at 1/5 syns det var helt greit å bli filmet. 4/5 syns det var helt eller delvis ubehagelig. Det ble også rapportert at dette ubehaget ble mindre med tiden. Personalet var generelt glade for at de fikk tilbakemeldinger. Mye av grunnen til dette var at veilederne kun fremmet det som var positivt. De kom med støttende ord og motivasjon, i stedet for å pirke på feil i det pleierne gjorde. Fler av personalet sa også at de hadde oppnådd en høyere faglighet ved å drøfte filmklippene sammen med de andre på avdelingen (43). En annen studie viser at pleierne lærte mer om seg selv av å se seg selv på film. De lærte mer om hvordan de arbeidet, kommuniserte med kropp, tonefall og språk, og hvordan dette påvirket hvordan personen responderte og oppførte seg. De så også hvor avhengig personen var av hjelpen, som igjen ga motivasjon for videre arbeid (39). Studier viser derfor at bruken av film er mer lærerikt og mindre skummelt enn man kan anta. Det er viktig å ufarliggjøre bruken av film, og fremheve hvor viktig det er for selve metoden. Man kan selvfølgelig bruke de ulike elementene utenom en slik prosess, men studier har vist at pleierne som deltar ofte glemmer at de blir filmet, og at de lærer verdifull kunnskap om personen med kognitiv svikt, og om seg selv (39, 43, 58).

Når jeg vurderer prosessen jeg fikk være med å observere, ser jeg at det er flere positive ting ved bruken av metoden. Hjelperen(pleieren) som er med i prosessen får tett oppfølging og veiledning slik at det faktisk blir mulig å se personen, hva vedkommende trenger og hva vedkommende har behov for av hjelp. Hjelperen vil etterhvert bli god på å forstå personen med kognitiv svikt, og han eller hun vil opparbeide seg en kompetanse få andre på sykehjemmet har. I tillegg ser man at de enkle tingene hjelperen gjør for å skape et godt samspill med personen, faktisk er med på å skape ro og trygghet i situasjonen. Personen blir møtt og sett. Veilederen brukte grunnelementene for å begrunne positive og mindre positive ting i hver situasjon. Det var ikke fokus på det som var dårlig eller feil, men heller et fokus på ting som ble gjort bra og som det kunne gjøres enda mer av. Veilederen og hjelperen hadde en god dialog der begge kom med innspill, selv om veilederen var den som ledet og lagde rammene for samtalen.

Observasjonen gav meg en dypere forståelse av Marte Meo metoden. Før jeg fikk se hvordan veiledningen foregikk og video-opptakene som var gjort, virket metoden enkel og «selvfølgelig». Jeg tror mange tenker at evnen til god kommunikasjon er noe man er født med, og mange syns nok de gjør mye riktig. Når man kommer i situasjoner der man opplever at man ikke klarer å møte personen man ønsker å hjelpe, er det vanskelig å se selv hva man

gjør riktig eller galt. Bruken av film får frem små øyeblikk i samhandlingen; reaksjoner, tonefall, blikk og små bevegelser. Dette får man ikke med seg i den daglige samhandlingen. Jeg tror at noe av det viktigste man oppnår med bruken av metoden er selve bevisstgjøringen. Som hjelper blir man mer bevisst på egne handlinger. Fokuset rettes mot hva som er viktig for *denne personen*. Underveis i prosessen ser man hva som er viktig for personen og hva personen trenger. Da vil man merke om rytmen i samspillet fungerer eller ikke. Grunnelementene i MM metoden er enkle og konkrete. Disse mener jeg vil være lette å bruke for helsepersonell, både med og uten videokamera til stede. Dersom man velger å ikke bruke film vil det være mange etiske dilemmaer man slipper å ta hensyn til, men det vil også mangle en vesentlig del av selve metoden. Det er en god tillitsskapende metode som bør kunne tas i bruk dersom man møter på motstand i tann- og munnstell eller i andre situasjoner.

En feilkilde for min oppgave var at veileder og hjelper kjente hverandre fra før av, og hjelper hadde vært med på en lignende prosess tidligere. Den omhandlet ikke tann- og munnstell, men hjelper var fra før godt kjent med grunnelementene og gangen i prosessen fra før. Hjelper var også godt kjent med personen med kognitiv svikt. Allikevel ser jeg på dette som noe positivt. Det viser at det er gunstig for samspillet at hjelper og person kjenner hverandre, og at det er opparbeidet tillitt og trygghet, som er noe av det mest grunnleggende i MM metoden. Det viser også at metoden fungerer bedre jo mer man bruker den. Man får mer eierskap til elementene og lærer seg selv, som hjelper, bedre å kjenne.

Det var uheldig at prosessen ikke ble gjort ferdig slik at resultatet fikk være med i oppgaven min. Det er en utfordring når flere aktører skal samarbeide om et slikt prosjekt. Det hadde også vært ønskelig å observere flere prosesser for å få et mer pålitelig resultat. Jeg mener at oppgaven min allikevel viser at metoden fungerer, men at det krever kunnskap, tid, ressurser og en god ledelse. Det kommer frem at det er viktig å journalføre viktig kunnskap og at det må viderefremmes til andre som skal inn i samhandlingssituasjoner med personen.

Samtalen med Lillian Nordahl gjorde at jeg fikk mer innsikt i hvordan man går frem for å ta en MM utdanning. Prosessene hun har hatt i løpet av sine år som veileder har vist at selv om det finnes tilgjengelig informasjon om MM veiledning, bør man jobbe enda mer med å markedsføre at det er veiledere tilgjengelig dersom det er behov for det. Nordahl belyste flere utfordringer ved bruk av metoden; tidsbruk, uforutsigbarhet, ressursbruk og motstand fra helsepersonellet for å bli filmet var de som stod frem som de største utfordringene. På tross



av utfordringene mener Nordahl at Marte Meo metoden er et godt verktøy, og at bruken av film i veiledning gjør det mulig å forstå personen med kognitiv svikt sitt perspektiv. Hennes prosesser har vist at dette blant annet kan føre til økt fokus på tannhelse på sykehjemsavdelingen.

# Konklusjon

Befolkningen i Norge blir stadig eldre, og man vil i fremtiden, særlig i Den Offentlige Tannhelsetjenesten, møte på flere utfordringer knyttet til hvordan man møter personer med kognitiv svikt som skal motta tannbehandling. Pasient -og brukerrettighetsloven presiserer at tillitsskapende metoder skal være brukt og journalført før man vurderer bruk av tvang. Min erfaring gjennom observasjon og samtale med Lillian Nordahl understøtter at Marte Meo metoden er viktig, også for personer som mottar tannhelsetjeneste.

Det er få studier gjort på dette området, særlig rettet mot bruken av metoden i forbindelse med munn- og tannstell. Metoden vil kunne være et viktig hjelpemiddel i fremtiden, også i DOT. Derfor er det behov for mer forskning på feltet innenfor tannhelsetjenesten. Jeg ønsker at oppgaven min skal bidra til at flere får høre om Marte Meo metoden, både pleiere på sykehjem, men også tannpleiere og tannleger. Forhåpentligvis vil flere bli nysgjerrige på Marte Meo metoden og forske på hvordan den kan brukes videre, både i pleieinstitusjoner og i tannhelsetjenesten.

# Litteraturliste

1. Folkehelseinstituttet. Folkehelse rapporten Folkehelseinstituttet 2018 [cited 2019 20.1]. Available from: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/helsetilstanden-i-norge-20182.pdf>.
2. data U. Norge - Forventet levealder UN data 2017 [Available from: <https://www.fn.no/Land/Norge?indicator=Forventet%20levealder&id=496>.
3. Organization WH. Ageing and health World Health Organization 2018 [cited 2019 20.1 ]. Available from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
4. Legeforening DN. Når du blir gammel - og ingen vil ha deg: Kap 2 Kunnskap om eldre og Eldres sykdommer Den norske legeforening; 2001 [Available from: <https://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Publikasjoner/Statusrapporter/statusrapport-om-situasjonen-i-helsetjenesten-nar-du-blir-gammel-og-ingen-vil-ha-deg/kapittel-2-kunnskap-om-eldre-og-eldres-sykdommer/>.
5. Collerton J, Davies K, Jagger C, Kingston A, Bond J, Eccles MP, et al. Health and disease in 85 year olds: baseline findings from the Newcastle 85+ cohort study. *Bmj*. 2009;339:b4904.
6. Folkehelseinstituttet. Psykisk helse i Norge: Tilstandsrapport med internasjonal sammenligninger: Folkehelseinstituttet 2011 [cited 2019 20.1]. Available from: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport-20112-psykisk-helse-i-norge.-tilstandsrapport-med-internasjonale-sammenligninger..pdf>.
7. Leksikon SN. Kognitive funksjoner Store Norske Leksikon 2017 [updated 3.2.17. Available from: [https://snl.no/kognitive\\_funksjoner](https://snl.no/kognitive_funksjoner).
8. Engedal K. Aldersdemens: Store Medisinske Leksikon 2018 [Available from: <https://sml.snl.no/aldersdemens>.
9. Engedal K, Haugen PK. Demens: fakta og utfordringer Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens 2004.
10. Sparr S. Demens - hva er det?: En liten oppdatering Hurtigrutekurset 2014.
11. helse Ao. Demenssykdommer Nasjonal kompetansetjeneste [cited 2019 20.1]. Available from: <https://www.aldringoghelse.no/demens/demenssykdommer/>.
12. Folkehelsen Nf. Hva er demens? 2019 [updated 28.1.2019; cited 2019 3.2 ]. Available from: <https://nasjonalforeningen.no/demens/hva-er-demens/>.
13. omsorgsdepartementet Ho. Demensplan 2015 In: omsorgsdepartementet H-o, editor. Norge 2007
14. Hem MH, Gjerberg E, Pedersen R, Første R. Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang. *Forskning* 2010;4.
15. Solheim K. Demensguiden: Holdninger og handlinger i demensomsorgen Universitetsforlaget 2015
16. folkehelsen Nf. Alzheimers sykdom Nasjonalforeningen for folkehelsen 2018 [cited 2019 20.1]. Available from: <https://nasjonalforeningen.no/demens/ulike-typer-demens/alzheimers-sykdom/>.
17. Engedal K. Frontallappdemens: Store medisinske leksikon 2018 [updated 1.11.2018; cited 2019 20.1]. Available from: <https://sml.snl.no/frontallappdemens>.

18. Kamer AR, de Leon MJ, Sadowski MJ. Textbook of Geriatric Dentistry, chapter 9; Psychiatric disorders in old age - implications for the dental practitioner. Holm-Pedersen P, Walls AWG, Ship JA, editors: Wiley Blackwell 2015.
19. Folkehelsen Nf. Vaskulær demens 2017 [updated 29.04.2017. Available from: <https://nasjonalforeningen.no/demens/ulike-typer-demens/vaskular-demens/>.
20. Folkehelsen Nf. Demens med Lewy-legemer nasjonalforeningen.no: Nasjonalforeningen for folkehelsen 2002 [updated 13.3.2018 Available from: <https://nasjonalforeningen.no/demens/ulike-typer-demens/demens-med-lewy-legemer/>.
21. Årsland D. Demens med Lewy- legemer Tidsskrift Norske Lægeforening 2002.
22. Hofstad R. Funksjonsstøttende kommunikasjon med eldre som har svake og vanskelig tolkbare signaler Institutt for Familie og Relasjonsutvikling 2002.
23. Matri KL, Willumsen T, Fjeld KG. Nye evidensbaserte tiltak for å bedre oral helse hos eldre siste 10 år Norske Tannlaegeforenings Tidende. 2015.
24. Samson H, Strand GV, Haugejorden O. Change in oral health status among the institutionalized Norwegian elderly over a period of 16 years. Acta Odontol Scand. 2008;66(6):368-73.
25. Henriksen BM. Oral health among the elderly in Norway. A descriptive epidemiological study. Swed Dent J Suppl. 2003(162):1-56.
26. Løkken P, Birkeland JM. Medikamenter og munntørrhet Tidsskrift for den Norske Laegeforening. 2005 6.
27. Gueiros LA, Soares MS, Leao JC. Impact of ageing and drug consumption on oral health. Gerodontology. 2009;26(4):297-301.
28. Fjeld KG. Oral health and outcome of preventive efforts in nursing homes [Dissertation for the degree of PhD]. Faculty of Dentistry : University of Oslo 2016.
29. Locker D. Oral health and quality of life. Oral Health Prev Dent. 2004;2 Suppl 1:247-53.
30. Solemdal K. Oral health, taste and nutrition in hospitalized older people Den Norske Tannlegeforenings Tidene 2013 123(9).
31. Abe S, Ishihara K, Adachi M, Okuda K. Oral hygiene evaluation for effective oral care in preventing pneumonia in dentate elderly. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2006;43(1):53-64.
32. Müller F. Oral hygiene reduces the mortality from aspiration pneumonia in frail elders. J Dent Res. 2015;94(3 Suppl):14s-6s.
33. Quagliariello V, Ginter S, Han L, Van Ness P, Allore H, Tinetti M. Modifiable risk factors for nursing home-acquired pneumonia. Clin Infect Dis. 2005;40(1):1-6.
34. Sveen U. Neglekt Store medisinske leksikon Store medisinske leksikon 2018 [updated 1.11.2018. Available from: <https://sml.snl.no/neglekt>.
35. Wardh I, Jonsson M, Wikstrom M. Attitudes to and knowledge about oral health care among nursing home personnel--an area in need of improvement. Gerodontology. 2012;29(2):e787-92.
36. Forsell M, Sjögren P, Kullberg E, Johansson O, Wedel P, Herbst B, et al. Attitudens and perceptions towards oral hygiene task among geriatric nursing home staff International journal of Dental Hygiene 2011.
37. Lov om pasient- og brukerrettigheter (2001).
38. Strand GV, Lygre GB, Hede B. Informert samtykke Norske Tannlaegeforenings Tidende. 2013 (123 ):106-10

39. Einang Alnes R, Kirkevold M, Skovdahl K. Insights gained through Marte Meo counselling: experiences of nurses in dementia specific care units. *Int J Older People Nurs.* 2011;6(2):123-32.
40. Alnes RE, Kirkevold M, Skovdahl K. The influence of the learning climate on learning outcomes from Marte Meo counselling in dementia care. *J Nurs Manag.* 2013;21(1):130-40.
41. Lykkeslet E, Gjengedal E, Skrondal T, Storjord MB. 'On one's own strength' Healthcare providers' experience with introducing Marte Meo Counselling in dementia care. *Int J Older People Nurs.* 2016;11(1):24-31.
42. Røsvik J, Mjørud M, Rokstad AMM, Munch M, Røen I. Implementering av personsentrert omsorg helse Ao, editor. Tønsberg Forlaget Aldring og helse 2016.
43. Gudex C, Horsted C, Bakke L. Marte Meo anvendt på plejehjem. *Sygeplejersken.* 2008;2008(18):52-7.
44. Aarts M. Marte Meo grundbog Aarts Productions 2000.
45. Munch M, Storjord M-B, Andersen AE. Marte Meo Arbeidshefte. Aldring og helse: Nasjonalkompetansetjeneste Forlaget aldring og helse 2015.
46. Amdahl T, Kristiansen ÅIL. Psykologiske metoder for behandling av angst og vegring for tannbehandling hos barn [Master Thesis ]. Det odontologiske fakultet: Universitetet i Oslo 2012.
47. Broman Å. Bruk av video i undervisning av veiledere – en samtenkende og personorientert læringsform. *Uniped.* 2014;37(01):82-90.
48. Sætrang T, Øien I, Fallang B, Beck R. Modell for videoveiledning i gruppe Oslo Universitetssykehus, Høgskolen i Oslo og Akershus 2013.
49. Andersen AE. Metoden som kan forandre praksis – grounded theory studie av Marte Meo terapeuter i demensomsorgen [Grounded theory ]: Nordiska Högskolan för folkhälsovetenskap 2009.
50. Folkehelseinstituttet. Kreft er nå hyppigste dødsårsak i Norge Folkehelseinstituttet 2018 [updated 20.12.2018; cited 2019 20.1]. Available from: <https://www.fhi.no/nyheter/2018/dodsarsakene-2017/>.
51. Åstrøm AN, Kløvning ME. Sosial fordeling av tannstatus og opplevd tannhelse blant eldre i Norge og Sverige Norske Tannlaegeforenings Tidende. 2010.
52. Folkehelseinstituttet. Demens. 1: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge FHI.no Folkehelseinstituttet 2017 [Available from: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>]
53. Fjeld KG, Abrahamsen S, Bargbidi M, Heggstad AT, Hove LH. Eldre som ikke koopererer. *Aktuel Nordisk Odontologi.* 2019;44(01):20-33.
54. Gjevjon ER. Kontinuitet i hjemmesykepleien *Tidsskrift for Omsorgsforskning* 2015.
55. Willumsen T, Karlsen L, Naess R, Bjorntvedt S. Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients? *Gerodontology.* 2012;29(2):e748-55.
56. Aakre M. Ja til verdighet Sykepleien. 2011.
57. Lov om helsepersonell (2001).
58. Hansen A, Ytrehus R. Hvordan påvirker Marte meo-veiledning personalets opplevelse av egen mestring i demensomsorgen? *Forskning* 2011;1(6):36-43



# Appendix

## Vedlegg 1: Observasjon av en Marte Meo prosess

I min studie har jeg fulgt en Marte Meo prosess der man ønsket å finne ut av hvordan man på best mulig måte kunne hjelpe en person, med kognitiv svikt og som motsatte seg helsehjelp, med munn -og tannstell. Dette avsnittet vil beskrive denne prosessen.

Den aktuelle Personen er valgt ut fordi personalet daglig møtte utfordring og motstand når tannstellet skulle utføres. Personen klarer ikke lenger å utføre et adekvat målrettet munnstell. Personen har tydelig problemer med at andre mennesker nærmer seg ansikt og munnregion, og motsetter seg hjelp. Personen som ble valgt ut er yngre enn gjennomsnittsalderen for sykehjemsbeboere, og det er påvist kognitiv svikt som følge av et akutt traume.

Innlæringsevnen er fremdeles noe intakt, men personen har ikke innsikt i egen sykdomstilstand. Personen kommuniserer og prater godt, men er preget av varierende grad av korttidshukommelse. Det er vanskelig å vurdere hva personen får ut av en samtale, og man har ikke nådd frem med tannstell ved å snakke og forklare. Som miljøtiltak var det musikk og lydbok som ofte skapte tilfredshet og ro.

Personen hadde fremdeles motoriske ferdigheter. Ofte kunne personen starte å pusse tennene, men stoppet fort opp i handlingen. Deretter var det behov for å sette handlingen i gang igjen. På grunn av alder, forventet levetid og at personen har et fullverdig tannsett var det viktig å ta oral helse på alvor, og se på det i et lengre helseperspektiv. Pårørende ønsket også at personen skulle få tilbud om hjelp til tannstell som en del av grunnleggende pleie på sykehjemmet da personen tidligere har vært svært opptatt å ivareta oral helse. For å unngå bruk av tvangstiltak, var det ønskelig for personalet på avdelingen å se på mulige løsninger for å etablere tillit mellom personen og personalet, slik at personen ikke motsatte seg helsehjelpen når personalet tilbød hjelp til munn- og tannstell.

### **Første veiledning**

Før første veiledning har pleier og Marte Meo veileder hatt et møte for å gå igjennom hvordan prosessen skal gjøres og for å planlegge formelle ting. I tillegg får pleier et

filmkamera og et stativ som brukes som hjelpemiddel. *Videre i beskrivelsen av den første veiledningen, vil jeg nå kalle pleieren for en «hjelper» og personen som hjelpes for P.*

Personen, P ble filmet en situasjon der personen får hjelp i en tann- og munnstell-situasjon. Dette sender hjelperen til Marte Meo veilederen som før neste møte analyserer videoen. Veileder velger ut 2-3 sekvenser som skal diskuteres og analyseres ved neste møte med hjelper. Disse sekvensene viser personen som mottar hjelp sin reaksjon i møte med handlingen som skal gjøres, eller andre stimuli rundt, som man ikke legger merke til i selve situasjonen. Det kan være at personen viser et blikk, en liten bevegelse eller en kanskje en lyd.

Selve veiledningen foregår på sykehjemsavdelingen der personen bor og hjelper arbeider. Veileder har med en datamaskin der de ulike sekvensene som er valgt ut vises.

#### ***Første situasjon:***

Hjelperen forteller hva hun ser i starten av frekvensen. Filmen er stoppet, og viser et stillbilde av P. Veiledningen starter ofte med et stillbilde av personen, fordi at hjelperen skal se personen som et helt menneske som har behov for hjelp, ikke som et objekt. Personen blir beskrevet av hjelper. I filmen sitter P foran vasken på badet. Hjelper står på høyre side. Hjelper legger merke til ansiktsuttrykket til P. Øynene er flyttet mot pleier, og munnen er lukket. Det ser ut som om personen er på vei til å gjøre en handling. Det ser ikke ut som om P gir tegn til anstrengelse av noe slag. Hjelper forteller at de alltid har på radioen når de hjelper P, da det virker som om dette er det eneste miljøtiltaket som virker for å skape trygghet og ro i ulike samhandlingssituasjoner. Hjelperen sier også at hvis musikken dempes eller skruses av, vil P mest sannsynlig avbryte det de holder på med, og gå av gårde.

Veileder trekker dette frem og ønsker å diskutere dette med musikk. Det at det er musikk i bakgrunnen samtidig som hjelper prater med P kan bidra til for mange stimuli, og det kan virke forvirrende for personen. Det kan være vanskelig for P å forstå de ulike lydene, og de kan skape utrygghet i situasjonen, som igjen fører til uro og eventuelt utfordrende atferd. Ved neste filming skal personen få hjelp i samhandlingen uten bruk av musikk, for å se om P kan få økt oppmerksomhet i samhandlingen. Det er interessant å teste om det kan fungere uten musikk, da det er tydelig er musikk tidligere har fungert bra slik at P har vært trygg.



Filmsekvensen spilles så av. I filmklippet får personen med demens hjelp med tannbørsten. P hører at hjelper bruker navnet til P, og vi ser at P snur seg mot der lyden eller navnet kommer fra. P søker med blikket sitt etter hjelperen, og ser ut til å respondere bra på å høre navnet sitt.

«*Jeg skal hjelpe deg å pusse på andre siden*». Hjelperen leder personen og forteller hva som skal gjøres i neste steg. Når P hører dette, åpner P opp munnen. Det virker som om P forstår hva som skjer og godtar handlingen. Hjelper forteller at P ofte åpner munnen dersom man nærmer seg ansiktet. Personens syn er noe dårlig, så det kan virke som personen kan oppleve at noen nærmer seg ansiktet sitt. P følger tannbørsten med øynene, selv om synet er dårlig. Når tannbørsten nærmer seg, bøyer P hodet bakover og løfter haken. Hodet er rettet mot hjelperen og øynene er lukket.

P tar imot assistanse fra sin hjelper uten motstand i noen sekunder, før P trekker seg litt unna. Dette kan tyde på at han tåler å bli hjulpet. P trekker seg litt, muligens fordi P trenger pauser. Det kan også være at P trekker seg fordi hjelperen plutselig begynte å bevege seg til et annet område av munnen.

Veileder forteller at det er smart å stoppe opp litt, ta en liten pause, for så å si tydelig ifra om at man går over til en ny del av munnen. Her trekkes et av Marte Meo- metodens punkter inn; **Trinnvis ledelse**. Trinnvis ledelse dreier seg om å fortelle det som skal skje, rett før det skjer. Det må være forankret i en situasjon som skjer her og nå, og man må ikke hoppe frem i tid. Eksempelvis nytter det ikke å si «Først skal jeg hjelpe deg med å pusse tennene, og deretter skal vi bruker små børster for å rense bort matrester mellom tennene dine». Dette blir for mye informasjon på samme tid for personen, og det kan bli vanskelig å forholde seg til. En person med kognitiv svikt eller demens vil ha problemer med å tenke abstrakt, og det er ofte svikt i korttidshukommelsen.

Etter en pause der tannbørsten skylles med vann fra springen, får personen igjen kontakt med hjelper. Det skjer en reaksjon når tannbørsten igjen nærmer seg munnen. «Prøv å pusse litt selv» sier hjelperen, og gir P tannbørsten. P tar imot og begynner å pusse selv. Dette er et eksempel på trinnvis ledelse, der man forteller det neste trinnet som skal skje, og deretter gjør det. Dette viser at det fungerer.

Både hjelper og veileder legger merke til at P tygger litt på tannbørsten før P begynner å pusse. Dette er muligens en måte å forsøke å gjenkjenne hva som er i munn. Selve pussingen

av tenner går på ren refleks, men det er tydelig at det er nødvendig med veiledning underveis. P tåler å pusse selv, så lenge P blir ledet trygt igjennom hele situasjonen.

Et punkt i sekvensen sier hjelperen «Kjempebra!». Dette er et godt eksempel på et **motiverende og anerkjennende ord**, som er med på å øke personens mestringsfølelse, som igjen kan gjøre det lettere å gå videre i handlingen. Ordene skaper gode følelser. Personer med demens husker med følelsene sine, og det kan være at personen da får gode følelser rundt tannpuss neste gang han hjelpes med dette.

### ***Andre situasjon:***

P har tannbørsten i munn. Hjelperen har nå begynt å hjelpe til igjen. Hendene til hjelperen er godt plassert rundt personens munn, og noen fingre er plassert inn i munnviken for å holde oppe munnen. P lukker et øye, og viser tegn til at situasjonen er ubehagelig. P trekker seg ganske så raskt unna. Enhver kan kjenne seg igjen i at det er ubehagelig dersom noen dytter noe inn i ens munn. Andre, friske personer kan tåle dette fordi man vet at det vil gå over, og man klarer å tenke rundt situasjonen. Det er tydelig at denne personen trenger støtte til å tåle dette ubehaget. Øynene er igjen og ansiktet er bøyd ned mot bakken, samtidig som P prøver å vri seg unna.

Etter dette sier hjelperen «og litt oppe» - hjelperen ønsker å få til å pusse litt til i overkjeven.

Veilederen legger her vekt på at personen trenger **støtte til å tåle det ubehagelige**. Dette er et nytt element i Marte Meo metoden. Personen trenger å bli «båret» igjennom en ugrei situasjon for å føle seg trygg, sett og bekreftet. Dersom personen ikke opplever støtte til å tåle noe som er ubehagelig, kan det være en risiko for at det utvikles sinne og aggresjon. Det kan også føre til at man ikke kommer videre i gjennomføringen av handlingen. Personer med demens har en tendens til å stoppe opp i en handling. Som hjelper må man være med i det som skjer, og hele tiden være oppmerksom på personens fokus. Kanskje vil det hjelpe å høre at det er ubehagelig? «Jeg ser at dette er ubehagelig for deg».

Til slutt legger veilederen til at hjelperen kan redusere tempoet i måten handlingene blir utført. Personen som hjelpes må klare å være med i handlingen. Personer med demens har lenger latenstid, som vil si at det tar lenger tid fra man hører informasjon, til man bearbeider og forstår det som blir sagt. Dette må man ta hensyn til når man ønsker å hjelpe. Det er allikevel viktig at det er effektivt, da det er begrenset hvor lenge man klarer å få lov til å

hjelpen til uten at personen viser tegn til ubehag. Det er viktig at personen hele tiden sees og ivaretas.

Hjelper og veileder ble så enige om at det skulle filmes en ny situasjon, der hjelperen prøver ut noen av metodene de har gått igjennom; **trinnvis ledelse, støtte til å tåle ubehag og et rolig tempo.**

Disse punktene vil være fokusområder som hjelperen skal jobbe videre med. Kanskje vil det oppstå et enda bedre samarbeid mellom de to.

### **Andre veiledning**

I andre veiledningstime møtes veileder og hjelper på samme rom som sist. Hjelperen har siden forrige veiledning sluttet som pleier på sykehjemmet, og det har derfor vært vanskelig å få tid til veiledningstimer. Filmen som analyseres denne dagen er tatt rett etter forrige veiledning. Dette er ca 4 måneder siden når veiledningen finner sted.

Veileder begynner med å spørre hjelperen om å gjenta hva det var de hadde fokus på ved forrige veiledning. Elementene hjelperen skulle fokusere på i en ny tannstell-situasjon var:

- Støtte til å tåle ubehag
- Trinnvis ledelse
- Etablere kontakt.

I tillegg skulle de ikke ha på radio eller musikk, for å se om dette kan gi mer ro i situasjonen, og hjelperen skulle forsøke å roe tempoet i handlingene.

Veilederen presiserer at det å etablere en kontakt i starten er det aller viktigste, og at det ikke går an å gå videre før dette er gjort. Det må også gjentas underveis i forløpet.

For å rette fokuset mot personen går de igjennom hvem personen er, hvilke utfordringer de vanligvis møter på i samhandling, og eventuelle endringer siden forrige veiledning. Det kommer frem at personen har trappet opp doseringen på noen medikamenter, som blant annet gjør det vanskeligere å gå og bevege seg. Personen har begynt å bruke mer rullestol. Det har derfor vært en endring i personens fysiske situasjon siden forrige veiledningsmøte.

### *Første situasjon:*

Som forrige gang starter veilederen med et stillbilde i starten av sekvensen. «Hva ser du her?»

Hjelperen forteller at personen sitter foran vasken og speilet på badet. Personen ser ned på en tannbørste. Munnen er knepet igjen, og muskulaturen rundt munnen er stram. Personen virker anstrengt. Kanskje er P konsentrert? Er fokuset på tannbørsten? Hjelperen forteller at P vanligvis blir konsentrert når P hører lyder, kanskje for å høre hvor lyden kommer fra. Personens hørsel er god, og er muligens forsterket fordi synet er nedsatt.

Første filmsekvens er på 18 sekunder. Veileder viser først hele sekvensen, deretter går de igjennom noen av øyeblikkene, ved å stoppe og starte filmen om hverandre.

P hører at hjelper sier «Skal jeg hjelpe til litt?». P svarer «Ja, ok» og følger blikket med tannbørsten. P er fremdeles litt anspent og sitter rett i ryggen. P dytter hjelperen bort når tannbørsten nærmer seg ansiktet. Det kan også være at P ønsker å ta tannbørsten selv. P hører at hjelper sier «Nå tar jeg tannbørsten din inn i munnen din.» Navnet til personen brukes. «Vil du gape?» P er med på dette og følger tannbørstens bevegelser. Tannpussen har begynt, og P viser ikke motstand.

Veileder kommenterer deretter at P er litt anspent i pannen. Kan dette være fordi det P opplever smerter? Er noe ubehagelig? Veileder kommenterer også at P kjenner en fast hånd mot kinnet samtidig som tannpussen foregår. Kan det være at P opplever dette som ubehagelig?

P vrir seg vekk etter noen sekunder. Hjelperen fjerner hånden sin. P snur seg mot siden hjelperen er på, og sier «au». Hånden til P kommer opp, og det virker som P har behov for å dytte noe vekk. Hjelper forteller veileder at personen ofte sier au, og at det kan godt være det er smerter i området som ble pusset. Pleier fortsetter med å pusse. P sier «au, vær forsiktig». Det kan virke som om noe er ubehagelig eller smertefullt helt bakerst i munnen.

Veileder ønsker å snakke om tempoet i situasjonen. Kanskje det går litt for fort? Hjelperen mener at det går an å prøve, men at P ofte blir utålmodig og begynner å reise seg etter kort tid. Ofte kan det føles som at man klarer å hjelpe personen dersom man er litt rask. Veileder mener allikevel at tempoet kan roes noe mer ned. I tillegg ønsker veileder at hjelperen jobber

enda mer med å gi støtte til å tåle ubehag. Personen får ikke respons på sitt ubehag og sine lyder.

Veileder forteller at grunnen til at personer med demens har behov for støtte til å tåle ubehag, er fordi de ikke alltid klarer å uttrykke seg selv helt. De har ofte heller ikke kognitiv kapasitet til å trøste seg selv. Dersom en person med demens gir uttrykk for smerte uten å få tilbakemelding på dette, kan personen føle seg avvist. Når personen opplever seg avvist kan forsøket på å kommunisere disse følelsene oppleves som sinne og aggresjon.

#### *Andre situasjon:*

I denne situasjonen forsøker hjelperen å bruke interdentalbørster for å rengjøre mellom tennene på personen. P har øyekontakt med børsten, og virker mer avslappet enn i forrige situasjon, både i ansiktet og muskulaturen rundt munn. Oppmerksomheten er rettet mot det som skjer. P ser børsten, og hjelper forteller at «de nå skal bruke en liten børste». Hjelperen bruker konsekvent navnet på personen, og holder en hånd på skulderen.

Når P ser børsten komme mot munnen, åpner P opp munnen og strekker ut tungen. Hjelper sier «Jeg skal bare ta litt inn i munnen din». Plutselig viser P tegn til ubehag, vrir hodet vekk og sier «æsj». Etter et par sekunder gir P litt opp, og lar hjelperen komme til. Hjelperen sier «nå tar jeg fingeren litt inn her for å se». Fingeren plasserer samtidig som dette blir sagt. Personen samarbeider. Hjelper bruker oppmuntrende ord, slik som «bra!». Dette kan virke som *støtte til å tåle ubehaget*. Hjelperen får holde på med dette lenger enn med bruken av tannbørsten.

Veileder roser situasjonen, da dette viser et godt eksempel på trinnvis ledelse, et av elementene i Marte Meo. Personen fikk vite hva som skulle skje, rett i forkant av at det skjer. Tempoet er også roligere. Personen tålte ubehaget noe lenger og ga hjelperen lov til å hjelpe til litt lenger. Den siste situasjonen viser at det er tydelig fremgang. Veileder ønsker at hjelperen skal fokusere på mange av de samme tingene til neste gang;

- Trinnvis ledelse.
- Støtte til å tåle ubehag
- Respons underveis
- Tempo



## **Vedlegg 2: Samtale med Marte Meo veileder; Tannpleier Lillian Nordahl**

Lillian Nordahl jobber som tannpleier i den offentlige tannhelsetjenesten. Som tannpleier har hun mye undervisning og opplæring av ansatte på sykehjem. Hun har alltid likt tannpleie for eldre og har tidligere tatt kurs innenfor helsefremmende arbeid og eldretannpleie. I jobben hennes ser hun at det er store utfordringer vedrørende tannhelsen hos eldre, særlig på sykehjem. Marte Meo metoden ble presentert for henne på et seminar av Marianne Munch. Munch er MM- supervisor i Norge. Nordahl fattet en interesse for metoden, og var nysgjerrig på å lære mer. Etter en prat med Munch fikk hun informasjon om ulike utdannelsesforløp og hjelp til hvordan man kunne få dette til kombinert med jobben hun allerede hadde som tannpleier.

### **Utdannelse:**

Nordahl tok først en praktikerutdanning, som vil si at man går et kurs der man får kjennskap til metoden og lærer å bruke de ulike elementene. Som praktiker får man ikke veilede andre i metoden. I løpet av kurset blir man filmet i situasjoner som pleier og man får en forståelse av metoden. I tillegg er det fellessamlinger, der man analyserer og vurderer filmene sammen med andre. Nordahl tok deretter veileder-utdannelsen. Dette tok hun over 2 år, i tillegg til å arbeide som tannpleier. For å ta praktikerutdannelsen måtte Nordahl søke om kursmidler via arbeidsplassen sin. Kurset går over 7 dager i løpet av en lengre periode. Arbeidsgiveren var også involvert i utdannelsen til å bli veileder, men her måtte Nordahl også søke til fylkestannlegen for å få innvilget tid og ressurser. Nordahl var eneste tannpleier ved utdannelsen, i selskap med mange sykepleiere eller andre helsearbeidere. Disse kunne mer om for eksempel demenssykdom enn det hun selv kunne. Hun så at de ulike helsearbeiderne kunne lære mye av hverandre i denne læringssituasjonen, og at samarbeidet mellom ulike yrker kun var positivt og interessant. Marte Meo metoden bruker i tillegg et språk alle kan forstå uavhengig av utdanning. Filmen gjør at alle har mulighet til å se og høre det samme. Flere kom med situasjoner som handlet om utfordringer i forhold til tannhelse og munnstell. Allikevel forteller Nordahl at fokuset i veiledningen da ikke var på tenner og tannhelse, men på å forstå personens perspektiv.

### **Erfaringer fra veiledningsprosesser:**

Nordahl var ferdig med sin veileder-utdannelse sommeren 2017. Siden den tid har hun hatt 2-3 MM-prosesser. Disse har blitt gjort på sykehjem der hun allerede er kjent og har hatt undervisning om tannhelse. Nordahl forteller at det er hun selv som har vært pågående for å få til prosessene hun har hatt, og at det har vært få som har tatt kontakt fordi de ønsker hjelp. Hun ser allikevel at det er et stort behov når hun først får komme inn på ulike avdelinger for å veilede. Før prosessen starter er det viktig å vite om personen som skal hjelpes har *samtykkekompetanse*. Dersom personen ikke har det, må samtykke innhentes fra personens pårørende eller verge. Samtykke må også innhentes fra pleieren som skal delta i prosessen. Det er strenge regler i forhold til filmene som tas underveis. Disse benyttes kun på avdelingen som en del av veiledningen av personalet, og slettes etter prosessen er over. Pårørende blir ofte invitert til å være med på fellesveiledninger og til å se på filmene som blir tatt i prosessen. Nordahl har opplevd å ikke få respons på dette. Ved hennes prosesser er det veileder som har hatt kontakt med pårørende, både før og underveis i prosessen. Om pårørende får informasjon om utfallet av prosessen etterpå vet Nordahl lite om, da det er opp til sykehjems-ledelsen å journalføre og bruke informasjonen man sitter igjen med etter prosessen.

### **Utfordringer i forbindelse med Marte-Meo prosesser:**

Nordahl møter flere utfordringer i forbindelse med Marte Meo veiledningen. Den aller største utfordringen er at det er *tidskrevende*, både for veileder, pleier og sykehjemsavdeling. Fordi det er mennesker involvert, er det også svært *uforutsigbart*. Ofte må man avslutte en prosess fordi personen som hjelpes ikke er der lenger, av ulike grunner. Det kan også oppstå situasjoner der pleieren eller personen som hjelpes plutselig er syk. I noen situasjoner kan også pleieren som deltar i prosessen, plutselig slutte på avdelingen.

Det kan være en utfordring å finne et riktig tidspunkt for filmingen; Tannstellet kan være vanskelig å kombinere med ordinært stell, eller det gjøres til andre og mer ugunstige tidspunkt enn vanlig, for eksempel hvis det er nattevakten som vanligvis gjør tannstellet. Det kan være vanskelig å plassere i forhold til måltider, det må hele tiden tilpasses personen som hjelpes sin dagsform og tilstand. I tillegg må det tilpasses den daglige rytmen til resten av avdelingen, slik at pleierne kan sette av tid til dette i løpet av en ellers hektisk dag.

Nordahl har også sett at det er satt av lite tid og ressurser til å gjøre arbeid som dette. For avdelinger kan det være vanskelig å ta ut en pleier fra jobb til en prosess, fordi det krever



ressurser å finne en erstatting for pleieren de timene det tar. Alle steg i prosessen bruker tid og ressurser som en sykehjemsavdeling kanskje ikke har.

Pleiere kan også vegre seg for å bli filmet i en slik prosess. Nordahl opplever at mange er opptatt av dette til å begynne med, og at det kan føles vanskelig å være seg selv i for eksempel en still-situasjon når man vet at man blir filmet. Tilbakemeldinger fra ulike prosesser har vist at pleierne glemmer dette underveis i prosessen, og at de heller ser nytten av å bli filmet når de analyserer filmen i ettertid. Nordahl forteller at mange opplever hele prosessen som en slags oppdagelsesreise, der man blir godt kjent med personen man hjelper, men også seg selv og måten man opptrer i situasjonen. Mange får en «aha-opplevelse» underveis i prosessen.

I etterkant av en slik prosess er det ledelsen på avdelingen som har ansvar for å holde i det man har lært. Tiltakene de blir enige om blir journalført til minste detalj og legges inn i tiltaksplanen til personen som hjelpes, slik at personen blir møtt på samme måte av sine hjelpere. Tiltakene skal informeres om til nye ansatte og holdes varmt for personalet. Som veileder vet man lite om hvordan dette brukes etter at en prosess er avsluttet, men av de tilbakemeldingene som Nordahl har fått har det kun vært positivitet. Pleiere og ledelse har uttrykt at det de lærer fra en prosess lett kan overføres til andre situasjoner, og at de blir mer bevisstgjort på hva personen de hjelper uttrykker. I tillegg har Nordahl fått tilbakemeldinger på at fokuset på tannhelse har økt i takt med dette ”nye verktøyet”.

### **Bruk av MM i undervisning**

Jeg spurte Nordahl om hun hadde noen tanker rundt det å få Marte Meo mer inn i undervisning på studier innenfor helse. Nordahl mente at man godt kan lære om elementene og hvordan disse brukes, da dette er grunnprinsipper man kan ta med i all kommunikasjon med pasienter. Hun problematiserte at kan bli en utfordring å ha med filmingen i undervisningen. Spørsmålet er da om dette gjør noe med selve «oppdagelsen» av personens perspektiv, som man gjerne opplever av å se samspillet på film. Hun trakk frem at det kanskje kan gjøres med skuespill eller rollespill. Noe av det viktigste med Marte Meo metoden for Nordahl er denne oppdagelsen eller «aha-opplevelsen», fordi detaljene i løsningene for de utfordrende situasjonene ikke ligger i teorien men i løsningsklipp fra filmen.

### **Bruk av MM i Den Offentlige Tannhelsetjenesten**

Nordahl mente at det kan være utfordrende å bruke Marte Meo metoden i en situasjon på et tannlegekontor. Det er restriksjoner mot å filme personen utenfor eget hjem, da det er uklart hvem som har ansvaret for personen da, særlig hvis personen selv ikke har samtykkekompetanse. I tillegg er stedet nytt og behandlerne ofte ukjente, som uansett kan skape en utrygg situasjon for personen.