

10014 & 10012

# En kvalitativ studie om brukeres opplevelser og erfaringer i rehabiliteringsprosessen

A qualitative study on hearing aid users'  
understandings of and experiences in the  
audiological rehabilitation process

Bacheloroppgave i Audiologi  
Veileder: Kristian Haugen Kjørstad  
Mai 2023



10014 & 10012

# **En kvalitativ studie om brukeres opplevelser og erfaringer i rehabiliteringsprosessen**

A qualitative study on hearing aid users'  
understandings of and experiences in the  
audiological rehabilitation process

Bacheloroppgave i Audiologi  
Veileder: Kristian Haugen Kjørstad  
Mai 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap



Kunnskap for en bedre verden





Norwegian University of  
Science and Technology

## **En kvalitativ studie om brukeres opplevelser og erfaringer i rehabiliteringsprosessen**

**A qualitative study on hearing aid users' understandings of and experiences in  
the audiological rehabilitation process**

### **Bacheloroppgave i audiologi**

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)

Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH)

Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap (INB)

Studieprogram for audiologi (AUD)

BAU2020

**Kandidatnummer: 10014 og 10012**



## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** Det anslås at antallet hørselshemmede vil øke i fremtiden med bakgrunn i befolkningsvekst i verden og den kommende eldrebølgen. Det fører med seg et økt antall brukere i hørselsomsorgen, flere vil dermed gjennomgå en audiologisk rehabiliteringsprosess. Tidligere forskning viser at majoriteten av brukerne i hørselsomsorgen peker på en rekke mangler og forbedringspotensialer i dagens hørselsomsorg. Dette gir grunn til bekymring for et økende antall hørselshemmede med behov for audiologisk rehabilitering med så god kvalitet som mulig.

**Formål:** Studiets formål er å undersøke brukernes opplevelser og erfaringer i møte med helsevesen og audiograf i den tidlige og sene fasen av den audiologiske rehabiliteringsprosessen.

**Metode og informanter:** For å undersøke dette temaet ble det brukt kvalitativ forskningsmetode med semistrukturerte intervju. 5 informanter ble innhentet via Hørselshemmedes Landsforbund (HLF). Med bakgrunn i fenomenologisk tilnærming ble det brukt systematisk tekstkondensering i analysen.

**Resultat:** Resultater fra intervjuene viser at informantenes opplevelser og erfaringer i den audiologiske rehabiliteringsprosessen er ulike. I hovedsak er informantene fornøyde med sin rehabiliteringsprosess. Samtlige peker i hovedsak på informasjon og tidsbruk som forbedringspotensial. Flere ytret at det skulle vært bedre informasjon blant befolkningen om hørselsnedsettelse. Selv skulle de også hatt grundigere informasjon i rehabiliteringsprosessen når det gjelder det teknisk-medisinske og det psykososiale rundt brukeren selv. Informantene ønsket gjentakelse av informasjon og bedre oppfølging i etterkant av rehabiliteringsprosessen.

**Konklusjon:** Studien konkluderer med at det er variasjon i informantenes opplevelser og erfaringer i hørselsomsorgen. Kvaliteten på den audiologiske rehabiliteringen oppleves som ulik, men i hovedsak har både audiografer og brukere et teknisk-medisinsk perspektiv. Resultatene viser at brukerne savner bedre informasjon, bedre tid i rehabiliteringen og bedre oppfølging. Dermed er dette viktige punkter når det gjelder forbedringspotensialer i fagfeltet til det beste for brukerne.

## **Abstract**

**Background:** It is estimated that the number of hearing-impaired people will increase in the future due to the growing population in the world and the aging population. This leads to a greater number of users in audiological care, more will thus undergo an audiological rehabilitation process. Previous research shows that the majority of hearing-aid users point to a number of shortcomings and potential for improvement in current audiological care. This causes concern for an increasing number of hearing-impaired people in need of audiological rehabilitation of the best possible quality.

**Purpose:** The purpose of this study is to investigate hearing aid users' understandings of and experiences within the healthcare system and audiological care in both the early and late phases of the audiological rehabilitation process.

**Methods and participants:** To investigate this topic, a qualitative case study with semi-structured interviews was conducted. 5 informants were selected through the Norwegian National Association of the Hearing Impaired (HLF). Based on a phenomenological approach, systematic text condensation was used in the analysis.

**Results:** The results from the interviews show that the informants' experiences in the audiological rehabilitation process are different. Overall, the informants are satisfied with their rehabilitation process, nevertheless the majority thinks information and time use has potential for improvement. Several individuals said that there should have been better information among the population about hearing loss. They should also have had more thorough information in the rehabilitation process regarding the technical-medical and psychosocial aspects. The informants wanted repetition of information and better follow-up afterwards.

**Conclusions:** The study concludes that there is a variation in the informants' experiences of audiological care. The quality of audiological rehabilitation is experienced differently, but mainly both audiologists and users have a technical-medical perspective. The results show that users want better information, more time in rehabilitation and better follow-up afterwards. These are therefore important focus areas when it comes to the potential for improvement in the field for the benefit of the users.



## **Forord**

Tusen takk til veilederen vår, Kristian Haugen Kjørstad (og Kai Menear), som har gitt oss god veiledning, gode innspill og inspirasjon gjennom hele prosessen.

Vi ønsker å takke samtlige informanter som deltok i studien vår og delte sine personlige opplevelser og erfaringer med oss, denne studien hadde ikke vært mulig uten dere. Vi ønsker også å takke alle andre som har vært til hjelp underveis i prosjektet, både når det gjelder rekruttering av informanter og korrektur.

Tusen takk!

# Innholdsfortegnelse

<b>1. Introduksjon</b> .....	<b>1</b>
1.1 Audiologisk rehabilitering i Norge .....	2
1.2 Rehabiliteringens definisjon.....	3
1.3 Audiologisk rehabilitering.....	4
1.4 Biopsykososialt og biomedisinsk perspektiv .....	5
1.5 Informasjon og tidsbruk .....	6
1.6 Motivasjon, forventninger og mottakelse.....	7
1.7 Lovverk.....	8
1.8 Begrunnelse for valg av tema.....	8
<b>2. Problemstilling</b> .....	<b>9</b>
<b>3. Metode</b> .....	<b>10</b>
3.1 Intervjuguide.....	10
3.2 Rekruttering av informanter .....	11
3.3 Gjennomføring av intervju.....	12
3.4 Transkribering .....	13
3.5 Analysemetode .....	13
3.6 Reliabilitet og validitet .....	14
<b>4. Etske forhold</b> .....	<b>16</b>
<b>5. Resultater</b> .....	<b>18</b>
5.1 Audiologisk rehabilitering.....	18
5.2 Informasjon, ventetid og tidsbruk .....	19
5.3 Veiledning i hørselsomsorgen .....	21
5.4 Brukermedvirkning .....	22
5.5 Motivasjon, forventninger og mottakelse.....	23

<b>6. Diskusjon</b> .....	24
6.1 Audiologisk rehabilitering .....	24
6.2 Informasjon, ventetid og tidsbruk .....	25
6.3 Veiledning i hørselsomsorgen .....	26
6.4 Brukermedvirkning .....	27
6.5 Motivasjon, forventninger og mottakelse.....	27
<b>7. Metodekritikk</b> .....	29
7.1 Forforståelse .....	29
7.2 Rekruttering av informanter .....	30
7.3 Reliabilitet og validitet .....	30
<b>8. Konklusjon</b> .....	32
<b>Referanseliste</b> .....	<b>33</b>
<b>Vedlegg</b> .....	<b>I</b>
Vedlegg A - Svarbrev NSD .....	I
Vedlegg B - Informasjonsskriv .....	III
Vedlegg C - Samtykkeskjema.....	VI
Vedlegg D - Intervjuguide .....	X

# 1. Introduksjon

Flere studier og forskningsrapporter anslår at antallet hørselshemmede vil øke i fremtiden, dette med bakgrunn i blant annet befolkningsvekst, migrasjon, høyere gjennomsnittlig levealder og lydforurensing som for eksempel støy (World Health Organization, u.å.a; Engdahl et al., 2021, s.49). Den økende levealderen kan sees i sammenheng med eldrebølgen. Ifølge Statistisk sentralbyrå (2020) vil prosentandelen av befolkningen over 67 år øke fra 8% i 1950 til å være anslått 24% i 2050. Alderen fører med seg en forverring av hørselen, dette som konsekvens av eksponering av støy, slitasje på hørselssystemet og andre personlige faktorer. En langsom forverring av hørselen er en vanlig årsak til nedsatt hørsel. Ifølge tall fra helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT 4), kan det anslås at det per i dag er i overkant av 1 million nordmenn med hørselsnedsettelse, altså 1 av 5 nordmenn (Engdahl et al., 2021, s.49). Eldrebølgen vil med andre ord være en sentral påvirkende faktor på et økende antall hørselshemmede, både på grunn av befolkningsveksten og naturlig forverring av hørsel over tid. World Health Organization (WHO) anslår at hørselsnedsettelse har en prevalens på 1,5 milliarder mennesker på verdensbasis (World Health Organization, u.å.a). Med bakgrunn i de anslåtte tallene fra Statistisk sentralbyrå, WHO og dagens tall fra HUNT 4, vil det med tiden føre med seg et enda høyere antall hørselshemmede i Norge og i verden.

Befolkningsvekst og eldrebølgen fører til at antallet som har behov for audiologisk rehabilitering vil være økende i tiden fremover (World Health Organization, u.å.a; Helsedirektoratet, 2020b). Audiologisk rehabilitering blir omtalt som en personsentrert tilnærming for evaluering og håndtering av hørselstap. Kvaliteten på den audiologiske rehabiliteringen vil være avgjørende for å få godt utbytte av tiltak og bedre livskvalitet for personer med hørselsnedsettelse (Helsedirektoratet, 2020b). Kvaliteten på den audiologiske rehabiliteringsprosessen avhenger av om det blir tatt høyde for de mange faktorene som påvirker brukeren, både personlige, miljø- og samfunnsmessige faktorer. Personlige faktorer omhandler brukerens forutsetninger som alder, livsstil, holdninger, selvtillit og helsemessige forhold (Tye-Murray, 2020, s.6). Miljøfaktorer vil være sammensetningene av ulike miljø rundt brukeren (Tye-Murray, 2020, s.6). Sosiale faktorer omhandler synspunktene og faktorene i samfunnet, som for eksempel dekning av helsekostnader (Tye-Murray, 2020, s.6).

Brukerne er avhengige av at hørselsomsorgen legger til rette for at det blir tatt høyde for forholdene rundt brukeren i deres audiologiske rehabiliteringsprosess. Med bakgrunn i økende antall brukere i hørselsomsorgen, finnes det flere risikofaktorer som påvirker kvaliteten på rehabiliteringen for brukerens videre utbytte og livskvalitet.

Flere rapporter har sett på tilbudet for hørselshemmede i Norge, samtlige rapporter peker på de samme utfordringene. Utfordringene er ventetid, informasjon/veiledning, etterkontroller, mangel på kompetanse i kommunene og lov- og forskriftsregulering (Helsedirektoratet, 2020c; Sosial- og helsedirektoratet, 2007, s.18; Helse- og sosialdepartementet, 2002, s.13). Utfordringene fører til at brukerne ikke opplever den helsehjelpen de forventer, og hørselsomsorgen oppleves ikke tilfredsstillende for verken helsepersonell, brukere eller pårørende. Tiltak som rapportene peker på, er å styrke informasjonsmateriale, benytte flere verktøy som fører til egenmestring og etterkontroller med psykososialt utgangspunkt (Helsedirektoratet, 2020d; Sosial- og Helsedirektoratet, 2007, s.18; Helse- og sosialdepartementet, 2002, s.13). Dette vil føre med seg at brukerne føler på eierskap og deltakelse i rehabiliteringen.

Brukerne rapporterte i hovedsak om teknisk-medisinsk rehabilitering, det viser at brukerne savner rådgivning med utgangspunkt i det biopsykososiale perspektivet og hvordan mestre livet med høreapparater og tilvenningen til disse (Helsedirektoratet, 2020a; Sosial- og helsedirektoratet, 2007, s.18). Flere savnet også tilbud om etterkontroller, med bakgrunn i kvalitetssikring og veiledning av deres hørselssituasjon (Helsedirektoratet, 2020a; Sosial- og helsedirektoratet, 2007, s.53). I Høreapparatformidlerundersøkelsen viser resultatene at kun 53% av audiografene fulgte opp brukerne til brukeren følte seg tilfreds og hadde fått den hjelpen som var forventet i forkant (Hørselshemmedes Landsforbund, 2014). Brukerne savner et mer helhetlig perspektiv samt bedre oppfølging og informasjon i rehabiliteringen.

## **1.1 Audiologisk rehabilitering i Norge**

Rehabilitering i Norge omhandler et tverrfaglig samarbeid mellom ulike tjenesteytere og brukere, sammen med pårørende. Formålet er å begrense utfordringer som oppleves i hverdagen som konsekvens av kronisk sykdom eller skade (Nersund & Myrli, 2021, s.8). For at et slikt samarbeid skal bidra til god og effektiv rehabilitering,

består Norges helsetjeneste av flere lovverk som helsepersonell må følge. I henhold til norsk lovverk, står kommunene og spesialisthelsetjenesten med et ansvar om å sørge for nødvendig helse- og omsorgstjenester. Kommunene og spesialisthelsetjenesten må sikre et differensiert tilbud som omfatter sosiale, psykososiale og medisinske behov som kommunens innbyggere og den norske befolkningen har (Helsedirektoratet, 2015a; Helsedirektoratet, 2015b). Selv med spesifikke ansvarsrammer kan det være vanskelig å skille kommunens og spesialisthelsetjenestens oppgaver (Helsedirektoratet, 2015a). Avklaring av ansvar og oppgavefordeling seg imellom blir essensielt og høyst nødvendig for å sikre gode pasientforløp gjennom rehabiliteringsprosessen.

## **1.2 Rehabiliteringens definisjon**

Begrepet rehabilitering omhandler tilstander som er ervervet senere i livet, der brukeren jobber med å gjenvinne tapte ferdigheter (Helsedirektoratet, 2015d). Sosial, psykososial og medisinsk rehabilitering defineres og beskrives i forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator (Helsedirektoratet, 2015c). §3 definerer rehabilitering og dens formål som muligheten til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse for brukere med sine begrensninger (Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator, 2011, §3). Ut ifra egne forutsetninger, ønsker og mål skal rehabilitering fremme brukerens evne til å mestre eget liv (Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator, 2011, §3). Begrepet rehabilitering legger mye av verdigrunnet på respekten for menneskeverdet, og det skal gis et likeverdig tilbud til alle (Helsedirektoratet, 2015e). Mennesker skal få samme sjanse til å nå realistiske mål uavhengig av etnisitet, kjønn, bosted og forutsetninger. Brukermedvirkning blir et viktig begrep i rehabiliteringsprosessen.

I henhold til rehabiliteringens betydning kjennetegnes målgruppen av ulike individer som har stått eller står i fare for å få utfordringer med egen funksjonsevne (Helsedirektoratet, 2015d). Rehabiliteringsprosessen preges av store deler re-læring, der brukere lærer å mestre livet med utgangspunkt i deres nåværende situasjon. Samtidig omhandler prosessen forebyggende tiltak for å bevare brukernes eksisterende funksjoner. Rehabiliteringens mål omhandler brukernes behov for eksempelvis medisinsk oppfølging og behandling, lærings- og mestringstiltak,

opptrening av ulike kroppslige funksjoner og tilrettelegging av eksterne hjelpemidler (Helsedirektoratet, 2015d). Somatiske og psykiske utfordringer påvirker som regel hverandre og det finnes derfor store variasjoner når det gjelder rehabiliteringsbehov. På grunn av dette omfatter målgruppen alle, uavhengig av alder, diagnose og funksjonsproblem (Helsedirektoratet, 2015d).

### **1.3 Audiologisk rehabilitering**

Definisjonen på begrepet audiologisk rehabilitering er i stadig utvikling, og har de siste årene gått fra å være behandlings- og teknologi-sentrert til å bli et pasientsentrert konsept (Montano & Spitzer, 2014, s.24; Clark & English, 2019, s.2-3). I dag blir derfor audiologisk rehabilitering omtalt som en personsentrert tilnærming for evaluering og håndtering av hørselstap. Grunnlaget for personsentrert rehabilitering er å ha rådgivning som kjernen i prosessen, og vektlegge et samarbeidende pasientforhold (Montano & Spitzer, 2014, s.27). Det er brukeren selv som sitter på informasjon om egne følelser, motivasjon og andre psykososiale faktorer, og det blir viktig å sette søkelys på deres deltakelse i rehabiliteringen. Rådgivning og veiledning er per i dag fundamentet i rehabiliteringsprosessen, og teknologiens betydning blir ikke lenger ansett som eneste formål med profesjonell interaksjon (Montano & Spitzer, 2014, s.27-28; Clark & English, 2019, s. 5). Bruk av teknologi beregnes som et verktøy til videre selvstendig rehabilitering, og anses som enkeltdeler i en større og helhetlig behandling.

Helsepersonell, derav audiografer, skal ifølge Helsepersonelloven (2000) §4 utføre arbeid i samsvar med kravene om forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som er forventet av yrkets kvalifikasjoner og situasjon. I henhold til §4 skal audiografer være profesjonelle, omsorgsfulle og forståelsesfulle. En skal være effektiv, men grundig. Audiografen har en viktig rolle i hørselsomsorgen, og har ansvar for utredning og rehabilitering av hørselsutfordringer. Med en god kartlegging av brukerens behov og ønsker, bedres kvaliteten og effektiviteten på rehabiliteringsprosessen. I en audiologisk rehabilitering skal audiografen bruke egen kompetanse til veiledning og rådgivning av blant annet bruk av hørselstekniske hjelpemidler, tilvenning, psykososiale konsekvenser, mestringsstrategier og brukerens rettigheter.

## 1.4 Biopsykososialt og biomedisinsk perspektiv

I den audiologiske rehabiliteringen tas det ofte utgangspunkt i én av to perspektiver, det biomedisinske eller det biopsykososiale perspektivet. Det biomedisinske perspektivet tar utgangspunkt i det syke organet. Målet er å eliminere hørselstapet ved hjelp av medisin, operasjon eller andre hjelpemidler slik som høreapparater (World Health Organization, u.å.c). Det biopsykososiale perspektivet ble utarbeidet med bakgrunn i begrensningene til det biomedisinske perspektivet (World Health Organization, u.å.b). Begrensningene omhandlet i stor grad helhetstenkningen rundt mennesket, dette innebærer de atferdsmessige, sosiale og psykologiske faktorene (Sosial- og Helsedirektoratet, 2007, s.18; World Health Organization, u.å.b). Det biopsykososiale perspektivet tar i hovedsak for seg brukerens aktivitets- og deltakelsesrestriksjoner samt påvirkende miljøfaktorer, dette innebærer både brukerens kroppsfunksjon, kroppsstruktur, kroppsutfordringer, aktivitet og deltakelse (Montano & Spitzer, 2014, s.42). Hovedvekten i det biopsykososiale perspektivet «legges ikke på sykdom og diagnose, men på den enkeltes funksjonsevne i samspill med omgivelsene» (Helsedirektoratet, 2018). Det biopsykososiale perspektivet tar hensyn til brukerens opplevelser, ønsker og utgangspunkt i rehabiliteringsprosessen.

Det biopsykososiale perspektivet vil dermed egne seg bedre for rehabilitering av kronisk sykdom eller skade, for eksempel hørselstap. Dette med bakgrunn i at målet ved et biopsykososialt perspektiv er å gi brukeren en helhetlig rehabilitering. Med utgangspunkt i behandling av hørselsnedsettelsen, som en livslang kronisk tilstand med hovedvekt på brukeren ønsker (Tye-Murray, 2020, s.5). Det finnes flere metoder som inkluderer brukeren i den audiologiske rehabiliteringsprosessen i høyere grad. Verktøy som kan være nyttige for at brukeren skal ta mer eierskap til prosessen er ulike spørreskjemaer. Eksempelvis skjemaet Client Oriented Scale of Improvement (COSI), et skjema for å kartlegge brukerens ønsker, som fører med seg høyere grad av individuell kartlegging (Tye-Murray, 2020, s.82). I en audiologisk rehabiliteringsprosess vil det være avgjørende for resultatet å inkludere pasientens opplevelser og behov via for eksempel pasientintervju (Tye-Murray, 2020, s.190).

Helsedirektoratet utførte en utredning i 2020 som omhandlet tilbudet til hørselshemmede. Her kommer det tydelig frem at det er lite rådgivning, men stor vekt på den tekniske utredningen/behandlingen i rehabiliteringen (Helsedirektoratet,



2020a). Rehabilitering med bakgrunn i det biopsykososiale perspektivet vil ha positive innvirkninger på audiograf, bruker og andre aspekter ved hørselstapet (Hickson & Scarinci, 2007, s.289). Rehabilitering med utgangspunkt i det biopsykososiale perspektivet vil også gi større forståelse og innflytelse for brukerens nærpåersoner (Scarinci et al., 2009, s.2092-2093). Det vil være avgjørende at brukeren selv får være deltakende i rehabiliteringsprosessen gjennom brukermedvirkning og empowerment (Helsedirektoratet, 2017). Brukermedvirkning defineres slik: «Brukermedvirkning handler om at brukere av helse- og omsorgstjenesten skal ha innflytelse på innretningen av tjenestetilbudet. Målet er å bidra til bedre helse- og omsorgstjenester.» (Helsedirektoratet, 2017). Empowerment omhandler prosessen der brukerne oppnår større grad av kontroll i handlinger og beslutninger som videre vil påvirke deres liv (World Health Organization, u.å.a).

## **1.5 Informasjon og tidsbruk**

I Norge er det lovfestet at informasjon skal gi tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og at brukeren skal kunne ivareta sine rettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). En audiologisk konsultasjon er tidsbegrenset, informasjon må gis på en strukturert måte. Samtidig er det viktig å begrense informasjonen med bakgrunn i brukerens kapasitet til å oppfatte og forstå. Voksne opplever normalt nedsatt kognitiv funksjon som følge av aldring, og evnen til å huske detaljert informasjon minker (Clark & English, 2019, s. 227). I Helsedirektoratets utredning (2020a) blir det bekreftet at et stort antall brukere opplever utfordringer når det gjelder tidsbruk og informasjon. En studie fra 2003 viser at 40-80% av informasjonen blir glemt etter konsultasjon, og bare 14% av muntlig informasjon blir husket (Kessels, 2003). I motsetning blir 80% av informasjonen husket dersom visuelle hjelpemidler blir benyttet (Kessels, 2003). Dette underbygger viktigheten med å tilby brukere skriftlig og muntlig informasjon, god veiledning om hvor de kan oppsøke informasjon om eksempelvis rettigheter, tilbud og mestring, og regelmessig repetisjon.

Det finnes flere måter å søke hørselsrelatert hjelp i Norge på. En mulighet er å få utredning og rehabilitering hos private hørselsklinikker, da betaler du selv de økonomiske utgiftene. Fordelen med dette alternativet er at ventetiden ofte blir redusert. En annen mulighet er å få henvisning fra fastlege til offentlig høresentral.

Ventetiden varierer, og avhenger av sted og grad av hørselsutfordringer. Prioriteringsveilederen for øre-nese-halssykdommer oppgir veiledende maksimumsfrister for start av utredning: 52 uker for hørselstap utenfor talefrekvensområdet, 26 uker for moderate hørselstap og 12 uker for mer alvorlige hørselstap (Helsedirektoratet, 2015f). Tall fra Norsk pasientregister viser at den gjennomsnittlige ventetiden for tilpasning av høreapparat i Norge varierte fra 20-30 uker i perioden 2020-2022 (Helsedirektoratet, 2019). Det finnes ingen samlet oversikt over ventetid hos spesialisthelsetjenestene.

## **1.6 Motivasjon, forventninger og mottakelse**

Hickson et al. (2014) bekrefter at brukerens motivasjon har en signifikant betydning for rehabiliteringen, og fremhever viktigheten med å ta hensyn til ikke-audiologiske faktorer. Motivasjonsverktøy som The Line, The Circle og The Box er betydningsfulle for å avklare hvor i akseptprosessen brukeren befinner seg, og deres endringsvilje (Ida Institute, u.å.). En brukers ståsted gjenspeiler deres evne til å jobbe med anbefalinger gitt av profesjonelt helsepersonell, og kan videre avdekke behovet for ytterligere informasjon, råd og veiledning (Montano & Spitzer, 2014, s. 208). Motivasjonsverktøyene omhandler personliggjøring, og å få brukeren til å forstå nåværende situasjon og å identifisere den ønskede fremtidige situasjonen.

Emosjoner er kraftige påvirkningsfaktorer for vår atferd og former vårt syn på tidligere hendelser, nåværende kontekst og fremtidige muligheter (Clark & English, 2019, s. 25). Emosjonell påvirkning av hørselstap har en innvirkning på motivasjon, og kan kjennetegnes av ulike livsstadier (Clark & English, 2019, s. 29). Sosiale, psykososiale, kommunikasjonsmessige og miljømessige behov vil som regel være situasjonsbestemt, men det vil også være bestemt av hvilken livsfase brukeren er i. Livsstadier legger hovedvekt på brukerens sosiale behov og hvem de omgås mest (sosial funksjon), deres identitet og selvfølelse (psykososial funksjon), språk, tanker og problemløsning (kognitiv funksjon), og lyttemiljø rundt brukeren (fysiske miljø) (Tye Murray, 2020, s.266-267). Kunnskap om livsfasene vil øke vår forståelse for brukerens situasjon og reaksjon, i tillegg til at de påvirker rehabiliteringsbehovet.

## 1.7 Lovverk

Som helsepersonell er det en rekke lovverk å forholde seg til. Lovverkene omhandler blant annet yrkesutøvelse, brukernes rettigheter/krav og innhold i behandlingsforløp. Audiografer og helsepersonell, som for eksempel fastleger må handle etter blant annet Helsepersonelloven og Spesialisthelsetjenesteloven (Helsepersonelloven, 2000, §3; Spesialisthelsetjenesteloven, 2001, §1-1). I audiologisk rehabilitering er målet at brukeren skal oppnå så god funksjon og deltakelse i samfunnet som mulig (Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator, 2011, §3). For å nå dette målet skal brukeren kunne medvirke i egen rehabiliteringsprosess, gjennom brukermedvirkning og empowerment. Denne medvirkningen vil være i form av brukerens egne opplevelser, ønsker og tanker rundt egen helse (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1; Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator, 2011, §3).

For at brukeren skal kunne medvirke i egen rehabiliteringsprosess er de avhengige av å få tilstrekkelig informasjon. Graden av informasjon er lovpålagt slik at brukeren skal få innsikt i egen helsetilstand og hva helsehjelpen innebærer (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Informasjonen som brukeren får, vil være påvirkende til deres evne til å samtykke helsehjelp. Helsehjelp kan kun gis ved brukerens samtykke dersom det ikke foreligger spesielle grunnlag (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4-1). Med bakgrunn i dette har brukeren krav på nødvendig informasjon om helsetilstand og helsehjelp for at samtykke til helsehjelp skal være gyldig (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, §4-1).

## 1.8 Begrunnelse for valg av tema

Med bakgrunn i et økende antall hørselshemmede i tiden fremover, vil det føre til at flere vil gjennomgå en audiologisk rehabiliteringsprosess. Kvaliteten på rehabiliteringsprosessen vil være avgjørende for brukernes livskvalitet og utbytte av tiltak (Helsedirektoratet, 2017). Rapportene som ser på hørselshemmedes tilbud i Norge, peker på de samme utfordringene når det gjelder brukernes opplevelser og erfaringer (Helsedirektoratet, 2020d; Sosial- og helsedirektoratet, 2007; Helse- og sosialdepartementet, 2002). For å kunne oppnå god kvalitet i den audiologiske rehabiliteringsprosessen er det viktig å se nærmere på hva som er påvirkende

faktorer. En måte å oppnå slik kunnskap på er å intervju høreapparatbrukere, som har gjennomgått en audiologisk rehabiliteringsprosess om deres opplevelser og erfaringer. Disse samtalen vil kunne gi oss som audiografer et innblikk i hva som kan gjøres annerledes og hva som bør være slik det er.

Det har også blitt gjennomført studier som omhandler rådgivning og brukermedvirkning i den audiologiske rehabiliteringsprosessen (Meyer et al, 2016; Grenness et al, 2016). Tatt i betraktning at det finnes studier som ser på den audiologiske rehabiliteringsprosessen, er det fortsatt lite forskning på hvordan brukerne opplever og erfarer den audiologiske rehabiliteringsprosessen i Norge i den tidlige og sene fasen. Med dette menes første møte med helsevesen (fastlege) og audiograf, samt perioden i etterkant av utredning og tilpasning av høreapparater. Med grunnlag i dette er det viktig å undersøke brukernes opplevelser og erfaringer i den audiologiske rehabiliteringsprosessen i Norge, slik at eventuelle utfordringer blir belyst. Dette kan være med på å heve kvaliteten på den audiologiske rehabiliteringsprosessen i nær fremtid til fordel for både brukerne, aktuelt helsepersonell og samfunnets påvirkninger i form av for eksempel kostnader.

## **2. Problemstilling**

I denne studien er formålet å oppnå kunnskap om brukernes egne opplevelser og erfaringer ved å belyse brukernes egne refleksjoner. Problemstillingen er som følger *“Hvilke opplevelser og erfaringer har brukere i møte med audiograf og helsevesen i den tidlige og sene fasen av den audiologiske rehabiliteringsprosessen?”*. Med helsepersonell menes i denne sammenhengen helsepersonell som brukeren møter når de oppsøker hjelp for videre utredning og rehabilitering av hørsel, for eksempel fastlege, helsesekretær eller audiograf.

### **3. Metode**

Begrepet metode defineres som en fremgangsmåte for å løse problemer og komme frem til ny kunnskap (Dalland, 2021, s.53). Metoden stiller ulike krav til oss som forskere, og hjelper oss med å samle inn forskningsdata. Valg av type forskningsmetode gjøres i henhold til problemstillingens formulering (Dalland, 2021, s.53). Metoden avhenger altså av hva vi ønsker å få svar på. Vitenskapelige forskningsmetoder deles hovedsakelig inn i kvantitativ og kvalitativ metode. En kvantitativ orientert forskningsmetode innhenter og forklarer data i form av målbare enheter som tall, og ser fenomenet utenfra (Dalland, 2021, s.54). I motsetning undersøker kvalitative forskningsmetoder i større grad dybden, og setter søkelys på menneskelige egenskaper som opplevelser, erfaringer, forventninger og holdninger (Malterud, 2017, s.31). I denne studien settes søkelyset på høreapparatbrukeres opplevelser og erfaringer i møte med audiograf og helsevesen i deres audiologiske rehabiliteringsprosess. Målet er å innhente datamateriale som øker forståelsen for deres valg, meninger og synspunkter ved intervju. Med bakgrunn i dette ble det konkludert med at kvalitativ forskningsmetode egner seg best for dette studiet.

I denne studien blir det benyttet fenomenologisk analysetilnærming, som omhandler læren om fenomenene (Dalland, 2021, s.48). Fenomenologi vektlegger forståelsen av menneskets subjektive erfaringer og bevissthet, dette vil si at forskeren er et av de viktigste elementene med bakgrunn i intervjusituasjonen og forskerens forståelse for temaet og informanten (Malterud, 2017, s.28). Ved bruk av denne analysetilnærmingen rettes oppmerksomheten mot individer som har opplevd samme fenomen, eksempelvis hørselsnedsettelse og høreapparatbruk, og undersøker opplevelser og erfaringer fra deres perspektiv (Dalland, 2021, s. 48). Vi mennesker opplever verden ulikt, og en fenomenologisk analysetilnærming oppnår en helhetlig og presis beskrivelse av det aktuelle fenomenet. Med utgangspunkt i vår problemstilling vil en fenomenologisk analysetilnærming være hensiktsmessig.

#### **3.1 Intervjuguide**

I studier hvor intervju er brukt som metode er det hensiktsmessig å benytte intervjuguide (Dalland, 2020, s.83). I denne studien har vi valgt å ta utgangspunkt i å utarbeide en semistrukturert intervjuguide, som gir oss høyere grad av frihet

underveis i intervjuet. Kjennetegn ved semistrukturerte intervju er at spørsmålene er formulert på forhånd i en intervjuguide. Tross dette vil det være rom for å komme med oppfølgingsspørsmål (Malterud, 2017, s.133). Man kan også benytte strukturerte intervju, dette gir derimot mindre mulighet for spontane oppfølgingsspørsmål. Semistrukturert intervju ble valgt med bakgrunn i problemstillingen for å kunne oppnå en dypere forståelse av informantenes opplevelser og erfaringer.

Intervjuguiden som ble utformet inneholdt ulike underkategorier ut fra fremgang i rehabiliteringsprosessen (vedlegg D). Det ble utformet konkrete spørsmål til hver underkategori. Underkategoriene som ble utarbeidet var den tidlige fasen – før møte med audiograf, den tidlige fasen – første møte med audiograf og den sene fasen. I tillegg til dette ble det inkludert en innledende og en avsluttende del. Tema som inngikk i intervjuet, ble valgt med bakgrunn i påvirkningsfaktorene i en audiologisk rehabiliteringsprosess. De overordnede temaene var hørselstap, identitet, søke hjelp, ventetid/tidsbruk, mottakelse, forventninger, informasjon, funksjon av høreapparater, deltakelse, rådgivning og kontakt med klinikk. Informantene fikk innblikk i disse temaene i forkant av intervjuet for å kunne skape trygghet og kjennskap til tema som skulle tas opp. Også for at informantene fikk starte refleksjonen rundt deres opplevelser og erfaringer i møte med audiograf og helsevesen før intervjuet.

I forkant av informantenes intervju ble det gjennomført et testintervju. Dette ble utført for å sikre forståelighet og for å tilpasse intervjuguiden. Testpersonen var ikke en av informantene i studien. Likevel hadde testpersonen forståelse for studien. I testintervjuet ble også de tekniske forholdene testet, slik som kvaliteten på lydopptak. Med bakgrunn i erfaringene fra testintervjuet ble intervjuguiden endret slik at irrelevante spørsmål ble fjernet og nye spørsmål ble lagt til.

### **3.2 Rekruttering av informanter**

Når det skulle velges hvilke informanter som var aktuelle for studien, ble det brukt strategisk utvalg som metode. Strategisk utvalg omhandler å velge informanter som man håper kan belyse problemstillingen (Malterud, 2017, s.58). For å kunne bli valgt som informant til denne studien var det ulike inkluderingskriterier. Informantene

måtte møte disse kriteriene; (1) være mellom 40-80 år, (2) gjennomgått utredning og tilpasning, (3) gjerne hatt kontroll og tilvenningsprosess og (4) være høreapparatbruker. Kriteriene ble satt for å sikre at informantene i studien hadde bakgrunn for å kunne besvare problemstillingen.

For å rekruttere informanter til studien kontaktet vi Hørselshemmedes Landsforbund Trondheim (HLF) via e-post med informasjon om studien. Denne informasjonen var et informasjonsskriv (vedlegg B). Informasjonsskrivet ble videresendt til ca. 800 medlemmer via e-post. Med bakgrunn i at HLF ikke har opplysninger om medlemmenes hørselstap eller lignende måtte vi følge opp at informantene havnet innenfor inkluderingskriteriene.

Tidlig i fasen med rekruttering av informanter ble det tydelig at det ble vanskelig å finne 3 menn som gikk innenfor inkluderingskriteriene når det gjaldt alder. Med bakgrunn i dette ble inkluderingskriteriene for alder endret til å være mellom 40-80 år. Dette med bakgrunn i at den største andelen av mennene som tok kontakt var i 70-årene. Likevel hadde de relevans for studien, og havnet innenfor de andre inkluderingskriteriene. Ingen av de som tok kontakt var under 40 år. Det ble derfor gjort en vurdering på at alderen vi hadde satt som inkluderingskriterium kunne endres uten noen påvirkning på studiens kvalitet og relevans for fagfeltet.

Etter at informasjonsskrivet ble sendt ut, kom det raskt svar fra seks personer som oppfylte inkluderingskriteriene. Dette var tre kvinner i alderen 56-62 år og tre menn i alderen 48-79 år. Antallet informanter ble bestemt med utgangspunkt i studiens form, samt nødvendig antall informanter for å kunne oppnå tilstrekkelig informasjon for å skape en forståelse rundt temaet og problemstillingen. Det ble valgt informanter som hadde mottatt behandling både fra offentlige og private hørselsklinikker, kvinner og menn med en så god spredning i alder som mulig. Tidlig i intervjufasen tok en av kvinnene kontakt med beskjed om at hun ikke kunne delta i studien. Dermed ble informantene bestående av 2 kvinner og 3 menn.

### **3.3 Gjennomføring av intervju**

I gjennomføringen av intervjuer, var målet å gjennomføre intervjuene fysisk. Dette på grunn av muligheten til å få et helhetlig bilde av personen med både samtale og

visuelle tegn som kroppsspråk. Intervjustedet som ble vurdert som mest hensiktsmessig var et større grupperom uten innsyn på NTNUs lokaler. Informantenes hørsel ble ivaretatt i henhold til at grupperommet hadde god belysning, gunstig romakustikk og passe størrelse. Samtidig valgte vi et avlukket rom for å bevare informantens anonymitet og vår taushetsplikt. Digitale intervju ble presentert som et alternativ, og ble gjennomført med videosamtale på Teams. Totalt ble tre intervjuer gjennomført fysisk og to digitalt.

Det var flere forberedelser som måtte være på plass før intervjuene kunne finne sted. Alle informantene leste og signerte et samtykkeskjema i forkant av intervjuene (vedlegg C). I samtykkeskjemaet fikk informantene informasjon om studiens formål, hva som kreves av informantene, hva datamaterialet skal brukes til, anonymisering og lydopptak. Denne informasjonen ble også repetert muntlig i intervjuet. Før intervjuene ble det avtalt hvem som var intervjuer og hvem som var sekretær, noe som rullerte mellom hver informant. Hver rolle hadde fastsatte oppgaver bestemt internt for å bevare kontroll og profesjonalitet. Med hensyn til informantene og deres ønsker ble det gjennomført tre intervju i uke 7 og to i uke 8, og varte fra 37 til 52 minutter. Datainnsamlingen foregikk i perioden 14.februar til 20.februar.

### **3.4 Transkribering**

I etterkant av intervjuene ble alle lydopptak brukt til å transkribere datamaterialet. Arbeidet ble fordelt likt mellom bachelorforfatterne. Denne fordelingen ble gjort med bakgrunn i anbefalingen om at den som intervjuer har større kjennskap til datamaterialet i form av for eksempel sammenheng av setninger (Malterud, 2017, s.79-80). Hver enkelt informant fikk tildelt egne koder ut fra intervjurekkefølge og kjønn. Materialet ble også kodet med hvem av bachelorforfatterne som hadde vært intervjuer og sekretær (I1 og I2, S1 og S2). Alt transkriberingsmaterialet ble skrevet på bokmål, og småord og avbrytelser ble fjernet.

### **3.5 Analysemetode**

Analysemetoden som ble brukt var systematisk tekstkondensering, som tar utgangspunkt i den fenomenologiske analysetilnærmingen (Malterud, 2002). Systematisk tekstkondensering er en fleksibel metode for tematisk analyse av



kvalitative data (Malterud, 2017, s.97). Analyseringen består av fire deler: å oppnå et helhetsinntrykk av materialet, identifisere meningsdannende enheter, kondensering og sammenfatte betydningen til beskrivelser, begreper og resultater (syntese) (Malterud, 2017, s.99-108). Det ble ikke benyttet et spesifikt eksternt program for å analysere og kode datamaterialet.

I analyseringsprosessen var målet å oppnå et helhetsinntrykk av datamaterialet. De transkriberte intervjuene ble lest gjennom for å danne et helhetlig bilde over materialet, i tillegg til en vurdering av temaer (Malterud, 2017, s. 99). Videre i analyseringsprosessen ble datamaterialet organisert og redusert til ulike kodegrupper som kunne belyse oppgavens problemstilling. I dette trinnet ble det identifisert meningsbærende enheter som viser kunnskap om flere av temaene fra første analysetrinn (Malterud, 2017, s. 100-101). Tredje analysetrinn omhandler kondensering av materialet. Gjennom denne delen av analyseringsprosessen blir de meningsbærende enhetene, etablert i trinn to, abstrahert (Malterud, 2017, s. 105). Her printet vi ut transkriberingsmaterialet og fargekodet aktuelle sitat i passende kodegrupper og subgrupper. I det fjerde og siste steget av analyseringen ble materialet rekonstruert og satt sammen til en analytisk tekst for hver kodegruppe (Malterud, 2017, s. 108). Disse gruppene ble delt inn i audiologisk rehabilitering og informasjon, ventetid og tidsbruk. Videre var kategoriene veiledning i hørselsomsorgen, brukermedvirkning og brukerens motivasjon, forventninger og mottakelse. Dette steget førte frem til del 5 (resultater) i denne oppgaven.

### **3.6 Reliabilitet og validitet**

Reliabilitet er et synonym for pålitelighet, og er et kriterium for kvaliteten i forskning (Dalland, 2021, s. 58). Begrepet omhandler hvorvidt det presenterte arbeidet i en studie er til å stole på, og om det er mulig at andre får samme resultat på et senere tidspunkt (Long & Johnson, 2000, s. 31). Reliabiliteten på oppgavens kvalitative forskningsmetode kan diskuteres. En slik forskningsmetode åpner for revurdering av intervjustrategi gjennom hele datainnsamlingsprosessen, i tillegg til at semistrukturerte intervju ofte benytter oppfølgingsspørsmål. Dette kan gjøre det utfordrende for andre forskere å innhente et nøyaktig samme resultat på et senere tidspunkt. I henhold til dette ble studiens reliabilitet vurdert gjennom hele datainnsamlingsprosessen; i intervjuene, transkriberingen og analysen. I intervjuene

ble det stilt åpne spørsmål som gjorde at informantene kunne snakke fritt, og store deler av oppfølgingsspørsmålene ble inkludert i intervjuguiden. Lydopptakene fra intervjuene ble transkribert ordrett, med unntak av småord og avbrytelser. I situasjoner med dårlig kvalitet på lydopptaket og/eller usikkerhet, ble dette tydelig markert i transkriberingsteksten. Ulike hendelser som ikke inkluderes i lydopptak ble notert av sekretær. Ved å stille spørsmål som unngår misforståelser, notere nøyaktig og holde meningsinnholdet uendret styrkes reliabiliteten i studien (Dalland, 2021, s. 63). I analyseprosessen ble reliabiliteten styrket ved å bruke en systematisk fremgangsmåte som minimerer påvirkningen av egne tolkninger og oppfatninger slik som systematisk tekstkondensering (Malterud, 2017, s. 91).

Validitet betyr relevans og gyldighet, og oppfylles dersom innsamlet data er relevant og gyldig for studiens problemstilling (Dalland, 2021, s. 43). Eksempelvis vil ikke gode spørsmål i et intervju være til hjelp dersom de ikke bidrar til å belyse problemstillingen. Dette kalles intern validitet (Malterud, 2017, s. 23). Ekstern validitet omfatter overførbarhet, og er i kvalitative studier knyttet til utvalget (Malterud, 2017, s. 24). Den eksterne validiteten svekkes dersom en kun forholder seg til den lokale konteksten uten å inkludere betingelser for overførbarheten av kunnskap (Malterud, 2017, s. 24). Med bakgrunn i dette ble validiteten i studien vurdert og styrket ved å bruke en forskningsmetode og analysetilnærming som best mulig besvarer problemstillingen. Videre ble de mest relevante spørsmålene markert og prioritert, etterfulgt av oppfølgingsspørsmål. Måten resultatene kan bidra til å opplyse en lignende problemstilling i en annen sammenheng ble også vurdert gjennom hele prosessen.

## 4. Etiske forhold

I alle studier som omhandler mennesker er det nødvendig å gjøre en etisk vurdering og refleksjon i forkant med bakgrunn i Helseforskningsloven (2009) §5. Med bakgrunn i de etiske vurderingene og refleksjonene er det viktig at det tas avgjørelser som ivaretar informantenes anonymitet og sikrer at studien videre har tilstrekkelig god kvalitet. I denne studien ble det ikke aktuelt å gjennomføre en søknadsprosess til Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) i henhold til Helseforskningsloven (2009) §§ 9 og 10. Dette med bakgrunn i at forskningsprosjektet ikke går inn på sensitive helseopplysninger (Helseforskningsloven, 2009, §§ 9-10). Derimot ble det gjennomført søknad til Norsk Senter for Forskningsdata (NSD), som forsikrer at behandlingen av personopplysninger i studien blir gjort på forsvarlig og tilstrekkelig måte (SIKT Kunnskapssektorens Tjenesteleverandør, u.å.). Svarbrev fra NSD med godkjent søknad gjorde at studien videre kunne gjennomføres (vedlegg A).

Rekruttering av informanter ble gjort via HLF Trondheim, informantene måtte selv ta kontakt med bachelorforfatterne via kontaktinformasjon i informasjonsskrivet. Deretter fikk den aktuelle informanten nødvendig informasjon om blant annet hensikten bak studien, anonymisering og rettigheter ved deltakelse i studien. Denne informasjonen ble gitt både i henvisning via HLF, i forkant av intervju og i samtykkeskjema som informantene signerte i forkant av deltakelse (vedlegg C). Informasjonen og informasjonens form ble gitt med bakgrunn i Helseforskningsloven (2009) §13, denne loven krever at informantene samtykker med bakgrunn i både informasjon og frivillighet. For å opprettholde informantenes krav til anonymisering og sikkerhet ble alle lydfiler og materiale fra transkribering oppbevart på kryptert minnepinne, de signerte samtykkeskjemaene ble oppbevart på låst rom. Alt datamateriale blir slettet når prosjektet er ferdig. Intervjuene ble holdt på rom uten innsyn og mulighet til lytting fra andre rom, samt i tidsrom hvor andre ikke hadde tilgang til rommet. Dette med bakgrunn i studiens konfidensialitet.

I forkant av denne studien gjorde vi en nytte- og risikovurdering. Dette i form av at forskningen trolig vil komme samfunnet til gode, det er derimot viktig at informantene har rett til å verne seg selv i forskningssammenheng. For informantenes del kan det

være nyttig å fortelle om sine egne opplevelser og erfaringer i hørselsomsorgen slik at de kan få bedre innsikt og en mer reflektert holdning til sin rehabiliteringsprosess og hørselssituasjon. Studier som omhandler informantenes opplevelser og erfaringer i hørselsomsorgen kan også være givende for brukerens egen påvirkning på utviklingen av hørselsomsorgen. Samtidig viser fagpersonell både interesse og forståelse for deres egne opplevelser og erfaringer. Informantene fikk selv avgjøre om intervjuene skulle holdes fysisk eller digitalt, dette med bakgrunn i informantenes egne behov og eventuelle risikofaktorer for dem.

I intervjusituasjonen kan informantene oppleve krenkelse eller ubehag dersom forskeren kommer inn på tema som informanten ikke ønsker å svare på. I henhold til denne vurderingen ble det i begynnelsen av intervjuet informert om at informantene ikke behøvde å svare på spørsmål som de ikke ønsket å svare på. Denne situasjonen kan også oppstå ved beskrivelser av aktuelle situasjoner eller opplevelser som blir beskrevet i intervjuet. Med bakgrunn i disse risikoene kan det være hensiktsmessig å minimere risikoen i forhold til fordelene som kan komme informantene og samfunnet til gode, studiens nytteverdi bør ta hensyn til informantenes opplevde risiko i deltakelsen.

## 5. Resultater

I denne studien er problemstillingen “Hvilke opplevelser og erfaringer har brukere i møte med audiograf og helsevesen i den tidlige og sene fasen av den audiologiske rehabiliteringsprosessen?”. I intervjuene kommer det frem hvilke opplevelser og erfaringer brukerne i hørselsomsorgen har hatt i sin audiologiske rehabiliteringsprosess. Disse opplevelsene og erfaringene blir videre presentert.

### 5.1 Audiologisk rehabilitering

Alle informantene i studien hadde gjennomgått en audiologisk rehabilitering med ulik lengde i hørselsomsorgen. Temaet audiologisk rehabilitering omhandler i dette tilfellet opplevelsen av egen hørselssituasjon og hørselsomsorgen. Det kommer frem at den audiologiske rehabiliteringsprosessen har hatt både positive og negative virkninger på hver enkelt informant. Ved spørsmål om hvordan de opplever sin hørselssituasjon i dag svarer mange av informantene at de egentlig ikke tenker over det i hverdagen, men at de er klar over at de selv tar hensyn og tilpasser seg situasjonen de er i fordi de har et hørselstap. Slike strategier er noe informantene allerede hadde i forkant av deres audiologiske rehabiliteringsprosess. Dette var strategier i form av plassering i rommet, nærhet til samtalepartner, behov for ro etter jobb og lignende.

«Det er ikke noe jeg tenker over til vanlig eller noe sånt. Jeg merker ikke at jeg bruker høreapparatene heller. Av og til når jeg underviser merker jeg at elevene snakker lavt, og da må jeg tilpasse meg det.»

«Det som er plagsomt, eller det som ble slitsomt, er at tapet egentlig ikke er så stort at jeg får noen store problemer i hverdagen, men du får det. Som når jeg kommer inn i møterom må jeg finne den riktige plassen for å høre resten av rommet.»

De fleste informantene opplyser i hovedsak om positive opplevelser i hørselsomsorgen. Derimot viser det seg at de gjerne skulle hatt mer informasjon og bedre tid til konsultasjoner hos audiografen. Noen av informantene har også ytret manglende oppfølging fra audiograf i etterkant av tilpasning av høreapparater. Ved spørsmål om hvilke opplevelser og erfaringer de har hatt i sin prosess i

hørselsomsorgen, svarer samtlige at helhetsopplevelsen har vært fin. Enkelte uttrykker derimot mangler når det gjelder informasjon, tidsbruk og oppfølging.

«Jeg vil beskrive den som bra og fin. Ikke perfekt, jeg ser at det kunne vært bedre. Jeg ser at det er noen forbedringspotensialer, som å følge opp over tid.»

«Det jeg opplever hos audiografen har vært helt tipp topp. Jeg savner derimot tydeligere informasjon, gjerne noe man kunne sett tilbake på i etterkant av timen.»

Det kommer frem at samtlige informanter har blitt avhengig av høreapparatene sine, og ikke legger merke til at de har dem på. De fleste har stort utbytte av høreapparatene, men sliter i hovedsak i situasjoner med støy og mye lyd eller flere lydkilder. Det oppfattes som at dette er slitsomt og en ekstra belastning for informantene.

«I går kjørte jeg sønnen min som skulle hente bilen sin, jeg får ikke tak i det han sier. Og når det er familiebesøk hører jeg ingenting. Hører bare mange lyder.»

«Hvis det blir for mye vind så må jeg ta dem av. Da blir det bare som å gå på høyfjellet i stiv kuling. Det skal ikke være nødvendig.»

## **5.2 Informasjon, ventetid og tidsbruk**

I hvilken grad informantene synes at informasjonen var i rehabiliteringen og spesielt den generelle informasjonen ut til befolkningen er, var varierende. En informant uttrykte at det kunne vært mer informasjon og bevissthet i samfunnet, mens en annen informant synes at det burde blitt opplyst bedre fra de offentlige helseetatene eller regjeringen. Det kommer fram blant flertallet at de mener det gjerne skulle vært mer kunnskap om å ha hørselstap ute blant befolkningen.

«Generelt både når det gjelder arbeidslivet og i samfunnet kan det godt bli mer informasjon om det å høre dårlig, men også om at det er flere og flere som hører dårlig. Kanskje også yngre og yngre mennesker som hører dårlig.»

«Det er bare gitt informasjon fra HLF, hele tiden er HLF på og informerer. [...] Det burde også være det samme som når det gjelder en annen type

funksjonshemming, at man kunne hatt litt mer informasjon fra det offentlige, som for eksempel Helfo.»

I intervjuet ble informantene spurt om hvordan de opplevde informasjonen underveis i den audiologiske rehabiliteringsprosessen. De fleste påpekte at informasjonen de får både i forkant, underveis og i etterkant ikke står opp til forventningene deres. Noen av informantene oppsøkte HLF på grunn av manglende informasjon. En av informantene uttrykte at han hadde oppsøkt informasjonen han trengte på internett. Samtlige av informantene ønsker tydeligere informasjon, gjerne skriftlig og muntlig. Flere uttrykte også behov for gjentakelse.

«Jeg fikk så mye informasjon at jeg ble litt sånn... overload.»

«Jeg har fulgt med selv. Lest meg opp selv og fulgt med selv.»

«Det var vel mer inn og ut. Det var lite spørsmål omkring hvordan jeg hadde det.»

De fleste informantene opplyser at de ikke hadde noen problemer med å vente på å få time hos audiografen, men også at de gjerne skulle unngått ventetiden. De fleste informantene var tilfreds med tiden de hadde hos audiografen, en av informantene kunne derimot gjerne tenkt seg mer tid på de første konsultasjonene.

«Kanskje bedre tid på 1. og 2.konsultasjon, altså når jeg skulle begynne å bruke høreapparater.»

«Jeg oppfattet at de brukte den tiden som var nødvendig. Jeg var inne og fikk justering etter hvert også... og det ble tatt veldig på alvor.»

«Det å vente på spesialister er helt normalt... selvsagt er det ikke fint å vente.»

Underveis i intervjuene uttrykte enkelte at de hadde blitt møtt med motstand hos sin fastlege da de dro til sin fastlege med problemene de opplevde med hørselen. En av fastlegene hadde uttrykt til sin pasient at det ikke var noe vits i å henvise til ØNH fordi det var så lang ventetid. En annen fastlege uttrykte til sin pasient at det ikke var gunstig å starte med høreapparater fordi mange som brukte dagens høreapparater hadde mye problemer med høreapparatene sine. Hos de fleste informantene var det

ikke timen hos fastlegen som hadde satt inntrykk, men heller oppfølgingen og informasjonen i rehabiliteringsprosessen hos audiograf.

### 5.3 Veiledning i hørselsomsorgen

Alle informantene forteller at de er fornøyde med høreapparatene de bruker i dag, og flere forklarer at de er avhengig av fungerende høreapparater i deres hverdag. Likevel kommer det frem et tydelig fellestrekk om minimal eller manglende informasjon og veiledning av bruk av høreapparat. En informant fremhever at generell veiledning for bruk og stell av høreapparatene manglet. Dette førte med seg at høreapparatene ble ødelagt og trengte service oftere enn nødvendig. Det blir også uttrykt et ønske om bedre informasjon og veiledning angående utviklingen av høreapparatets teknologi, og hvilke valg brukerne har.

«Jeg kan ikke huske at jeg har fått noen informasjon og veiledning.»

«Det kunne vært litt informasjon omkring enkle ting, som å ta av og på et høreapparat. [...] Feil bruk medførte at jeg fikk noe brudd på slangene og måtte inn på servicekontoret.»

«Altså de visste jeg var döv i 2008, men det var en tilfeldighet at jeg oppdaget at det var tilbud for meg i 2020. At det ble opp til meg å ta tak i det.»

I intervjuene kommer det fram at annet hørselsteknisk utstyr ikke blir nevnt, og at brukerne ikke vet hva som finnes eller hva som kan være relevant for dem. En informant forteller at hun er godt vant til eksterne hjelpemidler, men dette er grunnet informasjon og veiledning via HLF. Videre blir Hjelpemiddelsentralen beskrevet som tungvint og informanten velger heller å klare seg uten enn å begynne prosessen.

«Ikke så mye hos audiografen, hun snakket om muligheter med tilkobling til TV. Det følte jeg ikke behov for, så jeg fikk ikke så mye informasjon om andre hjelpemidler.»

«Det er et fantastisk tilbud i utgangspunktet, men det er veldig vanskelig å komme seg inn der. Hjelpemiddelsentralen oppleves som en stor vegg å klatre over.»

Med bakgrunn i det biopsykososiale perspektivet blir ikke veiledning av mestringsstrategier inkludert i informantenes rehabiliteringsprosess. Alle



informantene fremhever at dette manglet, og beskriver situasjoner der de hadde hatt bruk for det. En informant forklarer derimot at ulike mestringsstrategier var innlært før møte med audiograf, og hadde dermed ikke behov for veiledning rundt dette.

«Særlig den gangen når det ikke var noen hjelpemidler som funket, så skulle jeg gjerne sett i ettertid at jeg kunne fått noen tips og vink.»

«Og kanskje også at noe av den slitenheten også har noe med hørsel å gjøre...»

«Jeg gikk hele skolegangen uten hjelpemidler, så strategiene var på plass.»

Synet til audiografene beskrives å være meget teknisk, og baserer seg mer på det tekniske enn på rådgivning og veiledning. Svarene gitt i intervjuene viser tydelig at brukerne påvirkes, og får også et meget teknisk syn. Mestringsstrategier og kommunikasjonsstrategier blir ikke tatt i betraktning.

«Han kan bli litt vel teknisk han audiografen.»

«Jeg vet at det er mange innstillinger jeg kan gjøre, men det bruker jeg ikke. Det er nok fordi at jeg ikke er så god teknisk.»

## **5.4 Brukermedvirkning**

Graden av brukermedvirkning oppleves som høy blant informantene, og alle opplyser at de er meget fornøyde med egen deltakelse og muligheter til å påvirke egen rehabiliteringsprosess. Likevel viser flere av svarene fra informantene at brukermedvirkningen i deres rehabiliteringsprosess hovedsakelig omhandler teknisk-medisinske avgjørelser. Ingen nevner brukermedvirkning relatert til psykososiale aspekter ved rehabiliteringsprosessen. En informant fremhever 6-års regelen, og påpeker viktigheten med å kunne være deltakende i valgene og innstillingene som blir gjort. I motsetning til dette kommer det fram i intervjuene at viktige valg som type høreapparat overlates til «ekspertene», men at valget tas i betraktning av deres beskrivelser og resultater.

«I aller høyeste grad. Altså, jeg har vært en krevende bruker.»

«Hun spurte og jeg snakket, og jeg fikk jo velge.»

«I tilpasning, ja. Valg av type modell lot jeg audiografen bestemme for meg fordi jeg ikke hadde noe kunnskap.»

## **5.5 Motivasjon, forventninger og mottakelse**

Informantenes forventninger i forkant av det første møte med audiograf var varierende, men fellesnevneren omhandlet forventninger om god hjelp, profesjonalitet og hyggelige mennesker. En informant uttrykker forventning om at hjelpemidlene skal kunne forbedre deres situasjon i den grad at en blir mer deltakende.

«Det var helt greit, det var som forventet. Hun var hyggelig, og hun virket profesjonell.»

«Jeg har det jo litt innebygd at jeg forventer at folk kan jobben sin. Jeg forventer at folk er litt hyggelige og serviceinnstilte.»

«På CROS løsningen hadde jeg vel litt mer forventninger om at lyden skulle være såpass at jeg ble mye mer aktiv på høyre side.»

Alle informantene var motiverte til å oppsøke hørselsrelatert hjelp hos audiograf, og flere nevnte at deres forventninger hadde en påvirkning på motivasjonen. En informant påpeker at graden av motivasjon til å starte en audiologisk utredning og rehabilitering har mye å si for om en velger å oppsøke hjelp, uavhengig av hørselssituasjon. I motsetning til dette nevner en informant at deres motivasjon omhandlet informantens behov. En informant forteller også om en knekk i motivasjonen, med bakgrunn i informantens utbytte av høreapparater som ikke stemte overens med forventningene.

«Hvis jeg ikke hadde hatt motivasjon, så hadde jeg sannsynligvis ikke oppsøkt audiograf.»

«Istedenfor forventninger var det behov. Motivasjonen var behov.»

«Jeg hadde nok store forhåpninger til det. Jeg var veldig motivert, så jeg fikk nok en skuffelse når det ikke funkete så bra som det jeg hadde håpet.»

## 6. Diskusjon

Formålet med denne studien var å se på brukernes opplevelser og erfaringer i møte med audiograf og helsevesen i den tidlige og sene fasen av den audiologiske rehabiliteringsprosessen. Informantene i studien fortalte om hvordan de opplevde sin rehabiliteringsprosess i hørselsomsorgen og hvordan dette påvirket dem som hørselshemmede. Resultatene viser at informantene har hatt ulike opplevelser og erfaringer i hørselsomsorgen, og dermed ulike tanker i etterkant av rehabiliteringsprosessen. Informantene delte blant annet at de ønsket bedre informasjon i rehabiliteringen, mer informasjon til befolkningen, bedre oppfølging, mer tid i konsultasjoner og veiledning med utgangspunkt i brukeren selv.

### 6.1 Audiologisk rehabilitering

Samtlige av informantene i denne studien hadde gjennomgått en audiologisk rehabiliteringsprosess med individuelle opplevelser og erfaringer. Definisjonen av begrepet audiologisk rehabilitering har i løpet av de siste årene utviklet seg fra et teknisk-medisinsk til et biopsykososialt perspektiv (Clark & English, 2019, s.2-3). Tross dette har de fleste av informantene et teknisk utgangspunkt, det kan antas at dette er slik med bakgrunn i audiografens hovedfokus. Informantene beskriver at de ikke påvirkes av hørselstapet eller at de må tilpasse seg hørselstapet i hverdagen. Derimot er tilpasningene noe de gjør ubevisst og som påvirker dem i etterkant av jobb eller sosiale settinger. Andre informanter er bevisste rundt sine strategier. Dette kan sees i sammenheng med at rehabiliteringsplanen skal være individuelt tilnærmet, hvor målet skal være at brukeren skal bli så selvstendig og deltakende som mulig (Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator, 2011, §3; Helsedirektoratet, 2015e). Hver enkelt bruker har ulike utgangspunkt og tilnærminger til sitt hørselstap og har derfor behov for ulike rehabiliteringsprosesser. Dette kan sees i sammenheng med formålet med rehabiliteringen som ifølge Nersund og Myrli (2021, s.8) er å begrense utfordringer i hverdagen som en konsekvens av hørselstapet.

De fleste informantene beskriver sin prosess sammen med audiograf som bra, de har likevel forbedringspotensialer til den audiologiske rehabiliteringsprosessen. Disse forbedringspotensialene har hos noen av informantene påvirket deres utbytte

av tiltak og deltakelse i deres hverdag. Dette stemmer overens med funnene i rapporten fra Helsedirektoratet (2020b), hvor det ble gjort funn på at kvaliteten av rehabiliteringsprosessen var avgjørende for brukerens utbytte av tiltak og livskvalitet. Kvaliteten på den audiologiske rehabiliteringsprosessen avhenger av om det er tatt høyde for faktorene rundt den aktuelle brukeren, dette gjelder de personlige, miljø- og samfunnsmessige faktorene (Tye-Murray, 2020, s.6). Det kan sees i sammenheng med behovet for individuelt tilpasset rehabilitering (Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator, 2011, §3). Om det tas hensyn til faktorene rundt brukeren, vil være påvirkende for brukerens videre mestring og deltakelse, samt livskvalitet og utbytte av tiltak, noe som også kommer frem i resultatene.

## **6.2 Informasjon, ventetid og tidsbruk**

I intervjuene i denne studien kommer det frem at de fleste informantene jevnt over er fornøyde med sin audiologiske rehabiliteringsprosess. Tross dette påpeker informantene kritikkverdige forhold når det gjelder blant annet informasjon, tidsbruk og oppfølging. Dette samsvarer med tidligere rapporter, ifølge Helsedirektoratet (2020c) er hovedutfordringene i hørselsomsorgen blant annet tilgang til informasjon/veiledningsmateriale, gjennomføring av etterkontroller og ventetid. Informantene påpekte at de hadde behov for tydeligere informasjon og gjentakelse av denne, de ønsket informasjon som de kunne bruke i etterkant. Dette resultatet stemmer overens med funnene i studien av Kessels (2003) hvor det ble observert at kun 14% av den muntlige informasjonen blir husket av brukerne, i motsetning ble 80% av informasjonen husket ved bruk av andre metoder i tillegg til den muntlige informasjonen. Dette underbygger resultatene fra denne studien om at brukerne har behov for høyere grad av skriftlig materiell for å kunne se tilbake på. Funnene stemmer også overens med Clark & English (2019), hvor brukerne påpekte utfordringer når det gjaldt tidsbruk og mengde informasjon.

Flere av rapportene peker på at styrking av informasjonsmateriell og bruk av verktøy som fører til egenmestring fører med seg et større eierskap og bedre forståelse for eget hørselstap (Helsedirektoratet, 2020d; Sosial- og Helsedirektoratet, 2007, s.18; Helse- og sosialdepartementet, 2002, s.13). Informantene i denne studien savnet etterkontroller med bakgrunn i videre veiledning og kvalitetssikring. Dette kan sees i sammenheng med audiografenes svar i Høreapparatformidlerundersøkelsen.

Undersøkelsen viste at kun 53% av audiografene gjennomfører etterkontroller for brukerne helt til brukerne er tilfredse med helsehjelpen (Hørselshemmedes Landsforbund, 2014). I rapporter av Helsedirektoratet (2020a) og Sosial- og helsedirektoratet (2007) ser vi de samme resultatene fra brukernes side, hvor brukerne oppga at det savnet tilbud om etterkontroller.

Resultater fra denne studien viser at brukerne ikke har noe imot ventetiden, selv om de synes at det er kjedelig å stå i kø for å få den hjelpen de har behov for. Dette samsvarer med tallene fra Norsk pasientregister. Det oppgis at den gjennomsnittlige ventetiden for tilpasning av høreapparater i Norge lå mellom 20-30 uker i perioden 2020-2022 (Helsedirektoratet, 2019). Dette vil si at brukerne ofte står lenge i kø for å få tilpasning. Med utgangspunkt i denne studiens resultat kan det tenkes at dette påvirker ulike aspekter av brukerens rehabiliteringsprosess i positiv og negativ grad.

### **6.3 Veiledning i hørselsomsorgen**

Med bakgrunn i at begrepet rehabilitering omhandler re-læring av tapte funksjoner, blir god veiledning viktig og avgjørende for utfallet til den audiologiske rehabiliteringen (Helsedirektoratet, 2015d). Ifølge NAV er det audiografene som har ansvaret for opplæring av utdelte tekniske hjelpemidler, derav blant annet høreapparat, eksterne merkespesifikke mikrofoner og tv-bokser (NAV, u.å.a). Noen av informantene fra intervjuene fremhever manglende eller lite veiledning rundt bruk og stell, som skaper konsekvenser for mengde bruk. Brukere blir nødt til å tilegne seg kunnskap på egen hånd, som viser til at veiledning og oppfølging av bruk av tekniske hjelpemidler svikter. Tydelige ansvarsrammer er essensielt for et fungerende rehabiliteringsforløp, med bakgrunn i tverrfaglig samarbeid (Helsedirektoratet, 2015a).

En audiologisk rehabilitering består ikke lenger kun av bruk av tekniske hjelpemidler, men heller en sammensetning av teknologi, ulike mestringsstrategier og brukerens individuelle behov (Montano & Spitzer, 2014, s.27-28; Clark & English, 2019, s. 5). I likhet med resultatene, viser svarene fra intervjuene svikt når det kommer til dette. Mestringsstrategier i rehabiliteringen blir ikke nevnt i det hele tatt, men på den andre siden ser vi at informantene ikke har tenkt over mestringsstrategier før det blir nevnt i intervjuet. Fatigue er en konsekvens flere opplever, men de har selv lite forståelse

for hvorfor de opplever dette. Mangelen på forståelsen av psykosomatiske konsekvenser grunnet nedsatt hørsel er stor, som videre kan gi fysiske konsekvenser (NAV, u.å.b). Informasjonen om sammenhengen mellom nedsatt hørsel, psykosomatiske- og fysiske konsekvenser blir avgjørende for graden av deltakelse i hverdagen.

## **6.4 Brukermedvirkning**

Brukermedvirkning og empowerment omhandler følelsen av eierskap over egen situasjon og behandling i helsetjenesten, og er per dags dato lovfestet (Helsedirektoratet, 2017). Eierskapet innebærer blant annet muligheten til å delta aktivt i vurderinger og beslutninger om egen behandling (Helsedirektoratet, 2017). Alle informantene i denne studien fremhever i intervjuene høy grad av deltakelse og eierskap hos audiografen, men noen beskriver likevel kritikkverdige forhold i møte med fastlegen. Flere har møtt motstand når det gjelder oppstart av audiologisk utredning, uavhengig av brukers egne behov og ønsker. Dette motsier helsedirektoratets definisjon på brukermedvirkning, i tillegg til å gå mot brukerens rettigheter (Helsedirektoratet, 2017; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1).

Hos audiografen opplyser informantene en følelse av deltakelse ved å ha muligheten til å beskrive utfordringer og ønsker, i tillegg til å ha innvirkning på valg. Likevel kan mengden brukermedvirkning og empowerment diskuteres i henhold til det teknisk-medisinske utgangspunktet som audiografer har. I forhold til hørselstekniske hjelpemidler presiserer en informant et sterkt ønske om å kunne prøve ulike typer høreapparat før han bestemmer seg, men dette gjennomføres ikke. I flere tilfeller blir det ikke gjennomført en grundig kartlegging av informantens daglige liv, informantens mulighet til å påvirke egen prosess minker drastisk. En slik prioritering samsvarer ikke med det biopsykososiale perspektivet for en helhetlig rehabilitering, med pasientsentrert tilnærming (Tye-Murray, 2020, s.5; Montano & Spitzer, 2014, s.24; Clark & English, 2019, s.2-3).

## **6.5 Motivasjon, forventninger og mottakelse**

Brukerens motivasjon har mye å si for utfallet av en audiologisk rehabilitering, og påvirker positivt og negativt for brukeren. Informantene nevner ingenting i intervjuene

om kartlegging av motivasjon sammen med audiograf. Flere påpeker at de har oppsøkt hørselsrelatert hjelp, og derfor allerede er motivert nok til å gjennomføre rehabiliteringen. Likevel er det vist i litteratur at gjennomføring av motivasjonskartlegging avdekker flere områder enn kun motivasjon, som personliggjøring og identifisering av behov (Montano & Spitzer, 2014, s. 208). Dette bør audiografen ha informasjon om før den videre rehabiliteringsprosessen.

Alle mennesker er forskjellige, det er derfor viktig at audiografen kartlegger brukerens motivasjon i forhold til emosjoner, holdninger og forventninger. Kartleggingen gir god bakgrunnskunnskap på hvorfor brukerne reagerer slik de gjør. Flertallet av informantene forteller at forventningene deres stemte overens med mottakelse og behandling. Likevel opplevde en informant endring i motivasjon når hjelpemidlene ikke fungerte som forventet. I slike situasjoner er det avgjørende at audiografen har kunnskap om brukerens situasjon og mål med rehabiliteringsprosessen for å kunne møte brukerens forventninger. Videre kan det diskuteres om forventningene informantene beskriver i hovedsak styres av det teknisk-medisinske perspektivet i rehabiliteringsprosessen. Med bakgrunn i brukernes manglende kunnskap, må det vurderes om rehabiliteringen møtte deres forventninger med bakgrunn i det biopsykososiale perspektivet.

## 7. Metodekritikk

Underveis i studiet har bachelorforfatterne gjort kritiske refleksjoner for å sikre god kvalitet på forskningsprosjektet. Derimot har bachelorforfatterne i etterkant av studien blitt oppmerksomme på enkelte deler som kunne vært gjort annerledes, i den kommende delen av oppgaven vil disse refleksjonene komme frem.

### 7.1 Forforståelse

Ved bruk av kvalitativ forskningsmetode skal hovedvekten være på informantenes opplevelser og erfaringer. Likevel kan forskernes forforståelse, eller hermeneutikk, påvirke resultatet. Dette gjør at det vil være viktig å informere om forskernes faglige bakgrunn i form av erfaringer, teori og hypoteser (Malterud, 2017, s.45).

Forforståelsen forskerne bærer med seg kan påvirke studien i positiv og negativ grad. I negativ grad kan forforståelsen føre til at datamaterialet blir overskygget, i positiv grad kan forforståelsen føre med seg motivasjon til forskningen (Malterud, 2017, s.44). Dette vil si at desto flere nyoppdagelser og overraskelser datamaterialet fører med seg, desto bedre har forskeren lyktes med å fange ny kunnskap fra forskningen (Malterud, 2017, s.46).

Bachelorforfatterne i denne studien går siste året på audiologitdanningen. Problemstillingen er formulert med bakgrunn i hypotesen om at brukerne i hørselsomsorgen har ulike opplevelser og erfaringer i den audiologiske rehabiliteringsprosessen. I hørselsomsorgen blir rehabiliteringen utført med bakgrunn i biomedisinsk eller biopsykososialt perspektiv. Hvilken av disse perspektivene det tas utgangspunkt i er varierende, og er påvirkningsfaktor for brukerens audiologiske rehabiliteringsprosess. Årsaken for studiens hypotese har bakgrunn i erfaringene som har blitt gjort i praksisperioder på ulike høresentraler og klinikker. I tillegg til undervisning som vektlegger høyere grad av rehabilitering med utgangspunkt i biopsykososialt perspektiv. Tross dette har forfatterne av oppgaven forsøkt å gå inn i prosjektet med åpent sinn, og gitt de aktuelle informantene mulighet til å utdype og fortelle om sine opplevelser og erfaringer i deres rehabiliteringsprosess. Bakgrunnsteorien inkludert i studien baserer seg på relevant teori for å kunne besvare problemstillingen.



## **7.2 Rekruttering av informanter**

I rekrutteringen av informanter til studien ble HLF Trondheim kontaktet. Årsaken til dette var at de tidligere har vært hjelpelige i rekruttering av informanter til bacheloroppgaver, og at dette er et forum for personer som kommer inn under inkluderingskriterier i denne studien. Underveis i rekrutteringen av informanter ble inkluderingskriteriene for alder endret. Bakgrunnen for endringen var vanskeligheter med å finne et tilstrekkelig antall menn som gikk innenfor inkluderingskriteriene som først ble satt. Det er derfor kritikkverdig at inkluderingskriteriene ble endret slik at de som hadde tatt kontakt kunne være informanter. I rekrutteringsprosessen fikk vi raskt kontakt med 6 aktuelle informanter. Det ble derfor besluttet å ikke sende oppdaterte inkluderingskriterier til HLF Trondheim som kunne videreformidles til deres medlemmer. Med bakgrunn i denne beslutningen kan det tenkes at andre av HLFs medlemmer som tidligere var ekskludert kunne tatt kontakt.

Etter etablert kontakt med HLF Trondheim, fikk vi kontakt med medlemmer som ville delta i studien. Det var lik fordeling mellom kjønn og god spredning i alder i aldersgruppen det ble søkt etter. En av deltakerne trakk seg i forkant av intervjuet, dermed ble informantene 2 kvinner og 3 menn. Alle informantene kom fra Trondheim og området rundt, informanter fra andre steder kunne bidratt til styrking av synspunkter og aspekter i studien. Det ble inkludert informanter fra dette området for å minimere sjansen for digitale intervju, reising og unødvendig tidsbruk. Det kan tenkes at medlemmer i en slik organisasjon har tilgang til og kunnskap om hvor de kan finne relevant informasjon. Informanter som ikke har medlemskap i en slik organisasjon kunne hatt andre opplevelser, erfaringer og synspunkter. Det burde med bakgrunn i dette blitt søkt bredere etter informanter til studien.

## **7.3 Reliabilitet og validitet**

For å vurdere kvaliteten på den gjennomførte kvalitative forskningen ble påliteligheten evaluert ved flere perspektiver. To av fem intervju ble gjennomført digitalt på Teams, noe som skaper utfordringer for både intervjuer og informanter. Individuer med nedsatt hørsel har behov for ikke-verbale mestringsstrategier som munnnavlesning, god belysning og god akustikk for å oppnå best mulig taleforståelse (Helvik et al., 2008, s. 2715). Samtaler gjennomført digitalt vil gi dårligere

utgangspunkt for dette, som videre kan resultere i misforståelser. Tilgang til den andres kroppsspråk blir ikke tilgjengelig i like stor grad. Kvaliteten på internettilkoblingen vil være en påvirkende faktor for gjennomføringen av intervjuet grunnet muligheten for forstyrrelser. Viktigheten med å forsikre seg at spørsmål og svar er forstått, i tillegg til å finne en hensiktsmessig plass å gjennomføre intervjuet, blir viktig. For å sikre god kvalitet og ivareta reliabiliteten av studiens datamateriale repeterte intervjuer svarene som ble gitt ved flere anledninger, samtidig spurte informantene om gjentakelser av spørsmål.

Reliabiliteten til svarene oppnådd i intervjuene ble vurdert i henhold til om de gir verdi for studiens resultat. Brukernes hukommelse har stor påvirkning på datamaterialet, og usikre svar reduserer studiens pålitelighet. Det ble vist i flere tilfeller at noen av informantene var usikre på om spesifikk informasjon og veiledning var gitt i rehabiliteringen. For å bedre reliabiliteten kan det diskuteres om flere konkrete spørsmål kunne minimere usikkerhet ved å gi informanten tydeligere utgangspunkt til å svare på spørsmålene. I denne studien ble det benyttet semistrukturert intervjuguide, som ga frihet til å stille spørsmål utenfor intervjuguiden. Studiens reliabilitet og overførbarhet påvirkes også av de nevnte forholdene rundt rekruttering av informanter. I henhold til studiens overførbarhet var formålet at informantenes opplevelser og erfaringer skulle være gjenkjennbar for andre som har gjennomgått en audiologisk rehabiliteringsprosess. Selv om opplevelser og erfaringer i en rehabiliteringsprosess vil være individuelle.

## 8. Konklusjon

Hensikten med denne studien var å undersøke opplevelser og erfaringer blant brukerne i hørselsomsorgen i den tidlige og sene fasen av rehabiliteringsprosessen. I intervjuene av fem informanter kom det frem at opplevelsene og erfaringene i deres rehabiliteringsprosesser var ulike, tross dette hadde flere like meninger om hva som kunne forbedres og endres. Informantenes opplevelser og erfaringer i rehabiliteringsprosessen påvirker deres videre utbytte av tiltak og livskvalitet. Dette innebærer blant annet informantenes forhold til nærpå personer, bruk av hjelpemidler, deltakelse i samfunnet og deres hverdag. For noen av informantene førte spørsmål om deres audiologiske rehabiliteringsprosess til følelser som sinne, skuffelse og sorg. Andre av informantene så tilbake på deres audiologiske rehabiliteringsprosess med glede og takknemlighet. I rehabiliteringsprosessen opplevde brukerne ulik grad av individuell tilnærming, dermed følte brukerne på ulikt utbytte av rehabiliteringsprosessen. Med bakgrunn i utfordringer i rehabiliteringsprosessen når det gjaldt tidsbruk, oppfølging, informasjon og veiledning. Hos enkelte informanter førte utfordringene til at de oppsøkte interesseorganisasjoner og informasjon på egen hånd for å tilegne seg kunnskap.

Resultatene i denne studien viser at brukerne i hørselsomsorgen opplever mangler i rehabiliteringsprosessen når det gjelder tidsbruk, oppfølging, mengde informasjon og veiledning. Bakgrunnen for dette kommer i hovedsak på grunn av manglende tilnærming til det biopsykososiale perspektivet i rehabiliteringsprosessen. Derfor vil det være viktig å oppnå høyere kompetanse og oppmerksomhet rundt dette i det audiologiske fagfeltet, hvor individuell tilnærming og god oppfølging med nok tid i konsultasjonene bør prioriteres. I videre forskning kan det være interessant å undersøke bruk av digitale verktøy i konsultasjoner og oppfølgingstimer i den audiologiske rehabiliteringen. Bruk av muntlig, skriftlig og visuell informasjon og veiledning i forhold til mengde tid i konsultasjoner vil også være interessant.

## Referanseliste

Clark, J.G & English, K.M. (2019). *Counseling-Infused Audiologic Care* (3.utg). Inkus Press

Dalland, O. (2021). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg). Gyldendal.

Engdahl, B., Strand, B. H. H., & Aarhus, L. (2021). Better Hearing in Norway: A Comparison of Two HUNT Cohorts 20 Years Apart. *Ear and Hearing*, 42(1), 42–52. <https://doi.org/http://doi.org/10.1097/AUD.0000000000000898>

Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator. (2011). Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator (FOR-2011-12-16-1256). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>

Grenness, C., Meyer, C., Scarinci, N., Ekberg, K. & Hickson, L. (2016). The international classification of functioning, disability and health as a framework for providing patient-and family-centered audiological care for older adults and their significant others. *Seminars in hearing*, 37(03), 187-199. DOI: 10.1055/s-0036-1584411

Helvik, A.S., Arnesen, H., Wennberg, S. & Jacobsen, G. (2008). *Bruk av høreapparat - mestring og funksjonstap*. Tidsskr Nor Legeforen nr. 23; 128: 2715–8. <https://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2008--2715-8.pdf>

Helse- og sosialdepartementet. (2002). *Et helhetlig rehabiliteringstilbud til hørselshemmede*. Helse- og sosialdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/et-helhetlig-rehabiliteringstilbud-til-h/id102041/>

Helsedirektoratet (2020a). 3.3. *Mangelfull informasjon om hørselshemming*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utredning-av-tilbud-til-horselshemmede/utfordringer-og-behov-for-videre-innsats/mangelfull-informasjon-om-horselshemming>

Helsedirektoratet. (2015a). 8.1 *Kommunens ansvar for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering->

[individuell-plan-og-koordinator/habilitering-og-rehabilitering-i-kommunene/kommunens-ansvar-for-sosial-psykososial-og-medisinsk-habilitering-og-rehabilitering#kommunens-ansvar-for-sosial-psykososial-og-medisinsk-habilitering-og-rehabilitering](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/habilitering-og-rehabilitering-i-kommunene/kommunens-ansvar-for-sosial-psykososial-og-medisinsk-habilitering-og-rehabilitering#kommunens-ansvar-for-sosial-psykososial-og-medisinsk-habilitering-og-rehabilitering)

Helsedirektoratet. (2015b). *9.1 Lovgrunnlaget for spesialisthelsetjenestens ansvar for habilitering og rehabilitering*. Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/habilitering-og-rehabilitering-i-spesialisthelsetjenesten/lovgrunnlaget-for-spesialisthelsetjenestens-ansvar-for-habilitering-og-rehabilitering#lovgrunnlaget-for-spesialisthelsetjenestens-ansvar-for-habilitering-og-rehabilitering>

Helsedirektoratet. (2015c). *2.2 Gjennomgang av definisjon av habilitering og rehabilitering*. Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/formal-og-overordnede-prinsipper-for-habilitering-og-rehabilitering-individuell-plan-og-koordinator/gjennomgang-av-definisjonen-av-habilitering-og-rehabilitering#gjennomgang-av-definisjonen-av-habilitering-og-rehabilitering>

Helsedirektoratet. (2015d). *1.4 Målgrupper for rehabilitering*. Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/malgrupper-og-virkeomrade-for-veilederen/malgrupper-for-rehabilitering#malgrupper-for-rehabilitering>

Helsedirektoratet. (2015e). *2.1 Formål og overordnede prinsipper for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator*. Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/formal-og-overordnede-prinsipper-for-habilitering-og-rehabilitering-individuell-plan-og-koordinator/formal-og-overordnede-prinsipper-for-habilitering-og-rehabilitering-individuell-plan-og-koordinator#formal-og-overordnede-prinsipper-for-habilitering-og-rehabilitering-individuell-plan-og-koordinator>

Helsedirektoratet. (2015f). *2.5 Hørsel*. Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/ore-nese-halssykdommer-hode-og-halskirurgi/tilstander-for-ore-nese-halssykdommer-hode-og-halskirurgi/horsel>

Helsedirektoratet. (2017, 17.oktober). *Brukermedvirkning*. Helsedirektoratet. Hentet 16.januar fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>

Helsedirektoratet. (2018). *Bruk av kodeverk – Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF)*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/registrering-av-iplos-data-i-kommunen/om-funksjonsvurdering-og-skarinndeling/bruk-av-kodeverk-internasjonalt-klassifikasjon-av-funksjon-funksjonshemming-og-helse-icf>

Helsedirektoratet. (2019). *Tid til tjenestestart*. Hentet 24. februar 2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk-fra-npr/tid-til-tjenestestart>

Helsedirektoratet. (2020b, 28.september). *Utredning av tilbud til hørselshemmede*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utredning-av-tilbud-til-horselshemmede/utfordringer-og-behov-for-videre-innsats/mangelfullt-og-ulikt-rehabiliteringstilbud>

Helsedirektoratet. (2020c). *Sammendrag*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utredning-av-tilbud-til-horselshemmede/sammendrag>

Helsedirektoratet. (2020d). *6.1 Anbefalte tiltak*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utredning-av-tilbud-til-horselshemmede/tiltaksanbefalinger/anbefalte-tiltak>

Helseforskningsloven. (2009). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. (LOV-2008-06-20-44). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>

Helsepersonelloven. (2000). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helse>

Hickson, L. & Scarinci, N. (2007). *Older adults with acquired hearing impairment:*

applying the ICF in rehabilitation. *Seminars in speech and language*, 28(04), 283-290. DOI: 10.1055/s-2007-986525

Hickson, L., Meyer, C., Lovelock, K., Lampert, M. & Khan, A. (2014). Factors associated with success with hearing aids in older adults. *International Journal of Audiology* 53: 18–27. DOI: 10.3109/14992027.2013.860488

Hørselshemmedes Landsforbund. (2014). *Høreapparatformidlerundersøkelsen*. Hørselshemmedes Landsforbund.

<https://www.hlf.no/globalassets/prosjekter/prosjektdokumenter/2014-horeapparatformidlerundersokelsen-hlf-steinar-birkeland.pdf>

Ida Institute. (u.å.). Motivation tools. [https://idainstitute.com/tools/motivation\\_tools/](https://idainstitute.com/tools/motivation_tools/)

Kessels, R.P.C. (2003). *Patients' memory for medical information*. *Journal of the royal society of medicine*, 96, 219-222.

Long, T., & Johnson, M. (2000). Rigour, reliability and validity in qualitative research. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 4(1), 30–37.

<https://doi.org/10.1054/cein.2000.0106>

Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskr Nor Lægeforen* nr. 25, 2002; 122: 2468–72.

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg). Universitetsforlaget.

Meyer, C., Grenness, C., Scarinci, N. & Hickson, L. (2016). What is the international classification of functioning, disability and health and why is it relevant to audiology?. *Seminars in Hearing*, 37(03), 163-186. DOI: 10.1055/s-0036-1584412

Montano, J.J & Spitzer, J.B. (2014). *Adult Audiologic Rehabilitation* (2.utg). Plural Publishing

NAV. (u.å.a). *Tilpassing og opplæring*. Hentet 23. mars 2023 fra <https://www.nav.no/horeapparat#tilpassing-opplaering>

NAV. (u.å.b). *Tilrettelegging for hørselsvansker i arbeid*. Hentet 14. april 2023 fra <https://www.kunnskapsbanken.net/horsel/tilrettelegge-for-horselsvansker-i-arbeid/#plager>

Nersund, R.L. & Myrli, T.R.. (2021). Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten 2016-2020 (Rapport IS-3008). Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/rehabilitering-i-spesialisthelsetjenesten-2016-2020/Rehabilitering%20i%20spesialisthelsetjenesten%202016-2020.pdf/> /attachment/inline/4c394ef5-df09-4fa3-9cf7-b7dde11bebb0:43b8702a8dad870dceead60fabcaa717963542b0/Rehabilitering%20i%20spesialisthelsetjenesten%202016-2020.pdf

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient>

Scarinci, N., Worrall, L. & Hickson, L. (2009). The ICF and third-party disability: Its application to spouses of older people with hearing impairment. *Disability and rehabilitation*, 31(25), 2088-2100. <https://doi.org/10.3109/09638280902927028>

SIKT Kunnskapssektorens Tjenesteleverandør. (u.å.). *Meldeskjema for personopplysninger i forskning*. SIKT. <https://sikt.no/fylle-ut-meldeskjema-personopplysninger>

Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Å høre og bli hørt - Anbefalinger for en bedre høreapparatformidling*. (IS-1483). Sosial- og helsedirektoratet.

Spesialisthelsetjenesteloven. (2001). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL\\_1#§1-1](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_1#§1-1)

Statistisk sentralbyrå. (2020, 27. oktober). *Dette er Norge 2020*. Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/dette-er-norge-2020>

Tye-Murray, N. (2020). *Foundations of Aural Rehabilitation: Children, Adults, and Their Family Members* (5. utg.). Plural Publishing.



World Health Organization. (u.å.). *Deafness and hearing loss*. WHO.

[https://www.who.int/health-topics/hearing-loss#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/hearing-loss#tab=tab_1)

World Health Organization. (u.å.). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Hentet fra World Health Organization:

<https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>

World Health Organization. (u.å.). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)*. Hentet fra World Health Organization:

<https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>

# Vedlegg

## Vedlegg A - Svarbrev NSD

Meldeskjema for behandling av personopplysninger 10.03.2023, 12:00

 Sikt

[Meldeskjema](#) / [Hvilke opplevelser og erfaringer har brukere i møte med audiograf o...](#) / Vurdering

### Vurdering av behandling av personopplysninger

<b>Referansenummer</b> 908729	<b>Vurderingstype</b> Standard	<b>Dato</b> 30.01.2023
----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------

**Prosjektittel**  
Hvilke opplevelser og erfaringer har brukere i møte med audiograf og helsevesen i den tidlige og sene fasen av rehabiliteringsprosessen?

**Behandlingsansvarlig institusjon**  
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH) / Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap

**Prosjektansvarlig**  
Kristian Haugen Kjørstad

**Student**  
Alexandra Heron Quist

**Prosjektperiode**  
09.01.2023 - 31.12.2023

**Kategorier personopplysninger**  
Alminnelige  
Særlige

**Lovlig grunnlag**  
Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)  
Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 31.12.2023.

[Meldeskjema](#)

**Kommentar**  
OM VURDERINGEN  
Sikt har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

TYPE PERSONOPPLYSNINGER  
Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helse.

DATABEHANDLER  
Vi legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. personvernforordningen art. 28 og 29.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER  
Vi har vurdert at du har lovlig grunnlag til å behandle personopplysningene, men husk at det er institusjonen du er ansatt/student ved som avgjør hvilke databehandlere du kan bruke og hvordan du må lagre og sikre data i ditt prosjekt. Husk å bruke leverandører som din institusjon har avtale med (f.eks. ved skylagring, nettspørreskjema, videosamtale el.)

<https://meldeskjema.sikt.no/63bc0de9-03b7-4c79-ae0e-51de78f4e606/vurdering> Side 1 av 2

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Se våre nettsider om hvilke endringer du må melde: <https://sikt.no/melde-endringer-i-meldeskjema>

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

## Vedlegg B - Informasjonsskriv

### Informasjonsskriv for innhold i bacheloroppgave

Formålet med oppgaven er å undersøke dine opplevelser og erfaringer i møtet med audiograf og helsevesen. Vi ønsker å fokusere på tiden før du tok kontakt med helsevesenet, den tidlige og sene fasen av rehabiliteringsprosessen.

#### Formål

Formålet med denne studien er å innhente kunnskap om brukeres erfaringer og opplevelser innad i hørselsomsorgen og helsevesenet. Vi ønsker å fokusere på fasen før en velger å søke hjelp, hvordan brukere blir tatt imot og fasen etter utredning (altså rehabilitering).

Studier viser at audiografer er med på å påvirke brukerens rehabiliteringsprosess, og vi ønsker at brukerne skal sikres god kvalitet i hørselsomsorgen. Vi ønsker å besvare problemstillingen i form av intervju.

Informasjonen vi innhenter ved å intervju deltakerne skal brukes i en bacheloroppgave som skrives av to studenter på audiologi utdanningen på NTNU i Trondheim.

#### Problemstilling for oppgaven er som følger:

Hvilke opplevelser og erfaringer har brukere i møtet med audiograf og helsevesen i den tidlige og sene fasen av rehabiliteringsprosessen?

#### Frivillig å delta

I denne bacheloroppgaven er det helt frivillig å delta. Signering av samtykkeskjemaet gir deg fortsatt mulighet til å trekke deg dersom dette blir ønskelig. Det kreves ingen informasjon til grunn eller årsak for eventuell trekk av deltakelse.

Alle opplysningene som tilegnes og brukes i denne bacheloroppgaven blir anonymisert og slettet etter avsluttet studie.

#### Hvorfor er du aktuell for vår studie?

Med utgangspunkt i bacheloroppgavens formål, får du spørsmål om å delta grunnet din historikk hos audiograf/hørselsomsorgen. Du passer innenfor satte inkluderingskriterier (nevnt nedenfor) for deltakelse i intervju i forbindelse med den aktuelle bacheloroppgaven.

Inkluderingskriterier:

- Deltakeren må være mellom 20 - 70 år
- Gjennomgått utredning og tilpasning, gjerne også hatt kontroll og tilvenningsprosess
- Høreapparatbruker
- Kan gjennomføre deltakelse av intervju digitalt (ved behov)

#### **Hvem er ansvarlig for prosjektet?**

Både Alexandra Heron Quist og Ingrid Halse Tørring er ansvarlige for dette bachelorprosjektet, med samarbeid med veileder Kristian Haugen Kjørstad.

Alexandra Heron Quist,

Epost: [alexandq@stud.ntnu.no](mailto:alexandq@stud.ntnu.no)

Tlf: 90981822

Ingrid Halse Tørring,

Epost: [ingridht@stud.ntnu.no](mailto:ingridht@stud.ntnu.no)

Tlf: 47650939

Kristian Haugen Kjørstad, veileder

Epost: [kristian.h.kjorstad@ntnu.no](mailto:kristian.h.kjorstad@ntnu.no)

Tlf: 73559172

Bacheloroppgaven gjennomføres i samarbeid med fakultet for medisin og helsevitenskap ved NTNU, som også vil være behandlingsansvarlig institusjon.

#### **Kontaktopplysninger til personvernombudet ved NTNU**

Thomas Helgesen

Epost: [Thomas.helgesen@ntnu.no](mailto:Thomas.helgesen@ntnu.no)

Tlf: 93079038

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Det gjennomføres et intervju som videre vil bli benyttet i arbeidet for å besvare vår problemstilling. Intervjuet består av en rekke spørsmål som fokuserer på dine opplevelser og erfaringer i møte med audiograf og hørselsomsorgen.

Veileder vil få innsyn i tilegnet informasjon fra intervjuet, men det vil ikke bli oppgitt noen personopplysninger eller andre opplysninger som kan føre til identifikasjon av deg.

Med din godkjenning vil det bli tatt notater og lydopptak av det som blir snakket om underveis gjennom hele intervjuet.

#### **Deltakerens personvern**

Innholdet i oppgaven vil være anonymisert og vil dermed ikke gi muligheter til at noen gjenkjenner deg. Vi vil behandle personopplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverk. Notater som blir tatt underveis i intervjuet vil oppbevares utilgjengelig for andre.

#### **Dine rettigheter**

Som deltaker i dette studiet har du rett til:

- At vi behandler opplysningene om forskningsdeltakerne basert på samtykke
- Innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg
- Å få rettet personopplysninger om deg
- Få slettet og/eller begrense personopplysninger om deg
- Få utlevert en kopi av dine personopplysninger
- Å sende klage til personvernombudet eller datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

#### **Hva skjer med deltakerens personopplysninger etter at studien er avsluttet?**

All tilegnet informasjon om deg gjennom dette prosjektet vil bli makulert og slettet senest 31. desember 2023. Dette gjelder alle dine personopplysninger og kontaktinformasjon, og notater og lydopptak fra intervju.

## Vedlegg C - Samtykkeskjema

---

### **Samtykkeskjema for deltakelse i bacheloroppgave**

Dette skjema har som formål å sikre oss at du ønsker å være deltaker i form av intervju til vår bacheloroppgave. Formålet med oppgaven er å undersøke dine opplevelser og erfaringer i møtet med audiograf og helsevesen. Vi ønsker å fokusere på tiden før du tok kontakt med helsevesenet, den tidlige og sene fasen av rehabiliteringsprosessen.

#### **Formål**

Formålet med denne studien er å innhente kunnskap om brukeres erfaringer og opplevelser innad i hørselsomsorgen og helsevesenet. Vi ønsker å fokusere på fasen før en velger å søke hjelp, hvordan brukere blir tatt imot og fasen etter utredning (altså rehabilitering).

Studier viser at audiografer er med på å påvirke brukerens rehabiliteringsprosess, og vi ønsker at brukerne skal sikres god kvalitet i hørselsomsorgen. Vi ønsker å besvare problemstillingen i form av intervju.

Informasjonen vi innhenter ved å intervju deltakerne skal brukes i en bacheloroppgave som skrives av to studenter på audiologi utdanningen på NTNU i Trondheim.

#### **Problemstilling for oppgaven er som følger:**

Hvilke opplevelser og erfaringer har brukere i møtet med audiograf og helsevesen i den tidlige og sene fasen av rehabiliteringsprosessen?

#### **Frivillig å delta**

I denne bacheloroppgaven er det helt frivillig å delta. Signering av samtykkeskjemaet gir deg fortsatt mulighet til å trekke deg dersom dette blir ønskelig. Det kreves ingen informasjon til grunn eller årsak for eventuell trekk av deltakelse.

Alle opplysningene som tilegnes og brukes i denne bacheloroppgaven blir anonymisert og slettet etter avsluttet studie.

#### **Hvorfor er du aktuell for vår studie?**

Med utgangspunkt i bacheloroppgavens formål, får du spørsmål om å delta grunnet din historikk hos audiograf/hørselsomsorgen. Du passer innenfor satte

inkluderingskriterier (nevnt nedenfor) for deltakelse i intervju i forbindelse med den aktuelle bacheloroppgaven.

Inkluderingskriterier:

- Deltakeren må være mellom 20 - 70 år
- Gjennomgått utredning og tilpasning, gjerne også hatt kontroll og tilvenningsprosess
- Høreapparatbruker
- Kan gjennomføre deltakelse av intervju digitalt (ved behov)

### **Hvem er ansvarlig for prosjektet?**

Både Alexandra Heron Quist og Ingrid Halse Tørring er ansvarlige for dette bachelorprosjektet, med samarbeid med veileder Kristian Haugen Kjørstad.

Alexandra Heron Quist,

Epost: [alexandq@stud.ntnu.no](mailto:alexandq@stud.ntnu.no)

Tlf: 90981822

Ingrid Halse Tørring,

Epost: [ingridht@stud.ntnu.no](mailto:ingridht@stud.ntnu.no)

Tlf: 47650939

Kristian Haugen Kjørstad, veileder

Epost: [kristian.h.kjorstad@ntnu.no](mailto:kristian.h.kjorstad@ntnu.no)

Tlf: 73559172

Bacheloroppgaven gjennomføres i samarbeid med fakultet for medisin og helsevitenskap ved NTNU, som også vil være behandlingsansvarlig institusjon.

### **Kontaktopplysninger til personvernombudet ved NTNU**

Thomas Helgesen

Epost: [Thomas.helgesen@ntnu.no](mailto:Thomas.helgesen@ntnu.no)

Tlf: 93079038

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Det gjennomføres et intervju som videre vil bli benyttet i arbeidet for å besvare vår problemstilling. Intervjuet består av en rekke spørsmål som fokuserer på dine opplevelser og erfaringer i møte med audiograf og hørselsomsorgen.



Veileder vil få innsyn i tilegnet informasjon fra intervjuet, men det vil ikke bli oppgitt noen personopplysninger eller andre opplysninger som kan føre til identifikasjon av deg.

Med din godkjenning vil det bli tatt notater og lydopptak av det som blir snakket om underveis gjennom hele intervjuet.

### **Deltakerens personvern**

Innholdet i oppgaven vil være anonymisert og vil dermed ikke gi muligheter til at noen gjenkjenner deg. Vi vil behandle personopplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverk. Notater som blir tatt underveis i intervjuet vil oppbevares utilgjengelig for andre.

### **Dine rettigheter**

Som deltaker i dette studiet har du rett til:

- At vi behandler opplysningene om forskningsdeltakerne basert på samtykke
- Innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg
- Å få rettet personopplysninger om deg
- Få slettet og/eller begrense personopplysninger om deg
- Få utlevert en kopi av dine personopplysninger
- Å sende klage til personvernombudet eller datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

### **Hva skjer med deltakerens personopplysninger etter at studien er avsluttet?**

All tilegnet informasjon om deg gjennom dette prosjektet vil bli makulert og slettet senest 31. desember 2023. Dette gjelder alle dine personopplysninger og kontaktinformasjon, og notater og lydopptak fra intervju.

**Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjonen om prosjektet.

Jeg samtykker til:

Å delta i et intervju

Jeg samtykker til at mine svar kan oppbevares og behandles fram til prosjektet er avsluttet.

---

(Signatur av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg D - Intervjuguide

---

### Intervjuguide

#### **Formålet med intervjuet**

Brukere av hørselsomsorgen vil ha ulike erfaringer og opplevelser i møte med helsevesenet. Vi ønsker å undersøke hvordan disse brukerne erfarer og opplever møtet med helsevesenet og audiograf i den tidlige og sene fasen. Dette innebærer også at vi ønsker å finne ut av opplevelser og erfaringer i tiden før hjelp i hørselsomsorgen. Studier viser at audiografer er med på å påvirke brukerens rehabiliteringsprosess, vi ønsker at brukerne skal sikres god kvalitet i hørselsomsorgen. Vi ønsker å besvare problemstillingen i form av intervju.

Vi ønsker å gjennomføre intervjuene fysisk for deltakere som bor i Trondheim og område rundt. Dersom fysiske intervju ikke blir mulig, legger vi opp til mulighet for å gjennomføre intervjuet digitalt.

#### **Frivillighet og anonymitet**

Det er helt frivillig å delta på dette intervjuet. Dersom du svarer ja, er det likevel fullt mulig å trekke seg fra prosjektet når som helst. Hvis du senere ikke ønsker å delta eller at intervjuene ikke skal bli benyttet, vil informasjonen om deg bli slettet umiddelbart.

Alle opplysningene som tilegnes og brukes i denne bacheloroppgaven blir anonymisert og slettet etter avsluttet studie.

Dersom det stilles spørsmål du som deltaker er ukomfortabel med å svare på, vil du kunne unnlate å svare.

Med din godkjenning vil det bli tatt notater og lydopptak under hele intervjuet, som videre brukes til å besvare vår problemstilling.

#### **Tiden det tar for å gjennomføre intervjuet**

Lengden på intervjuet avhenger av mengden informasjon du ønsker å dele med oss. Generelt tenkes det å benytte rundt 1 time (60 min) per intervju, men en må være oppmerksom på at intervjuet kan ta noe lenger eller kortere tid.

## Spørsmål til intervju

### Erfaringer og opplevelser i møtet med helsevesen og hørselsomsorgen

- Kan du beskrive hvordan du selv ser på det og være hørselshemmet?
- Hvordan opplevde du at det å være hørselshemmet ble en del av din identitet?
- Når du tenker på deg selv og din hørsel, hvordan vil du da si at du opplever din hørselssituasjon i dag?
- Hvor lenge har du vært høreapparatbruker?

Den tidlige fasen - før møtet med audiograf:

- Var det noen spesiell erfaring eller opplevelse som gjorde at du valgte å søke hjelp?
  - Ja - hvilken erfaring eller opplevelse var dette?
  - Nei - hva var årsaken til at du søkte hjelp?
  - Vil du si at det var noen påvirkende faktor for at du søkte hjelp? Hva var isåfall påvirkende faktor?
  - Hvor lenge følte du på utfordringer før du valgte å søke hjelp?
- På hvilken måte gikk du fram for å få hjelp?
  - Hvorfor valgte du å gå frem på denne måten?
  - Hvordan synes du denne prosessen var?
  - Synes du at gangen i prosessen var lett å forstå eller at det var mange runder før du fikk hjelp til dine utfordringer? Kom gjerne med eksempler.
- Hvor lang tid tok det fra du søkte hjelp til du fikk hjelp med utfordringene du opplevde?
  - Hvordan opplevde du denne ventetiden?
  - Følte du at du ble sett og hørt slik du forventet når du søkte hjelp . første gang?
  - Opplevde du å få tilstrekkelig informasjon om for eksempel prosessens gang, veien videre og lignende når du oppsøkte hjelp første gang?
    - Søkte du informasjon selv før du søkte hjelp?
      - Ja - Hvor søkte du informasjon?

- Ja - Var informasjonen nyttig for deg med tanke på veien videre?
- Nei - Var det noen spesiell grunn til at du valgte å ikke gjøre det?

#### Den tidlige fasen - første møte med audiograf

- Når du tenker tilbake på første møte med audiograf, hvordan vil du beskrive dette?
  - Hvilke forventninger hadde du i forkant av det første møte?
    - Hvordan synes du at disse forventningene stemte med det du opplevde i det første møte?
    - Var dine forventninger påvirkende faktor for videre motivasjon? På hvilken måte?
  - Hvordan vil du beskrive at dine opplevelser og utfordringer ble mottatt?
    - Ble dine personlige erfaringer og opplevelser tatt i betraktning i ditt første møte med helsevesen eller audiograf? På hvilken måte?
  - Hvordan opplevde du det første møtet med tanke på tidsbruk?
  - Opplevde du å få tilstrekkelig informasjon om for eksempel prosessens gang, veien videre og lignende ved første møte med audiograf?

#### Den sene fasen

- Når du tenker på deg selv som høreapparatbruker, hvordan vil du beskrive denne tiden?
  - Hvordan synes du at høreapparatene har fungert for deg?
- Med bakgrunn i prosessen du har vært gjennom, i hvilken grad vil du selv si at du har vært deltagende i valg og lignende?
  - Skulle du selv ønske at du kunne vært mer deltagende når det kom til valg underveis?
    - Ja: på hvilken måte?
    - Nei: kan du beskrive hvorfor du ikke ville vært mer deltagende?

- I hvilken grad opplevde du å få råd og veiledning når det gjaldt tildelt hørselsteknisk utstyr?  
(Tilvenning, bruk, vedlikehold, tilkoblingsmuligheter)
  - Opplever du at du behersker det hørselstekniske utstyret i etterkant av denne prosessen med bakgrunn i gitte råd og veiledning?
- I hvilken grad opplevde du å få råd og veiledning når det gjaldt generelle mestringsstrategier i forhold til dine hørselsutfordringer?  
(Kommunikasjonsstrategier, plassering i rom, åpenhet, rettigheter)
- Når du tenker på prosessen i sin helhet, hvordan vil du beskrive kontakten med klinikken du benyttet underveis og i etterkant?
  - Blir du satt opp til kontroller eller må du selv ta kontakt ved behov?

#### Avsluttende

- Når du tenker på din prosess i hørselsomsorgen, hvordan vil du beskrive dine erfaringer og opplevelser av prosessen?
  - Kan du beskrive noen positive eller negative erfaringer eller opplevelser som gjorde inntrykk på deg og din prosess?
  - Har du noen tips til fremtidige brukere i hørselsomsorgen som du gjerne ville hatt på forhånd av den prosessen du har vært gjennom?
    - Er det eventuelt noe du ville forandret på i hørselsomsorgen?
- Avslutningsvis er det noen spørsmål vi ikke har stilt eller noe som etter din mening er viktig at vi vet?

