

Forord

For 5 år siden startet jeg på deltidsstudiet i audiopedagogikk ved NTNU Videre, og denne masteroppgaven markerer slutten på denne prosessen. Det har vært noen interessante og lærerike år.

Det er mange som har bidratt til denne studien.

Først og fremst vil jeg takke informantene som har delt sine opplevelser og tanker. Deres bidrag har vært viktig for oppgaven.

Takk til min arbeidsgiver som fikk meg til å starte på dette studiet, og takk til Geir Hansen, SINTEF, som har gitt meg tilgang til dokumentene om hørselsbordet.

Takk til mine arbeidskollegaer som de siste ukene har endret sine timeplaner for at jeg skulle bli ferdig i tide. Det setter jeg stor pris på.

En stor takk til min veileder, Per Egil Mjaavatn, for konstruktive tilbakemeldinger.

Og til slutt en takk til min familie for all støtte og oppmuntring.

Trondheim, april 2017

Carita Renate Brevik

Sammendrag

Bakgrunn og hensikt: Hovedtemaet for denne oppgaven er brukermedvirkning hos høreapparatbrukere. I min jobb som audiograf møter jeg mange høreapparatbrukere som føler de har medvirket lite i sin egen rehabiliteringsprosess med høreapparater. Dette til tross for at fokuset innen helse har endret seg fra at brukeren er passiv til å bli mer deltakende i sin egen rehabiliteringsprosess. Brukermedvirkning er blitt en lovfestet rett bruker har for å medvirke i egen behandling. Hensikten med denne studien er å finne ut mer om hvordan høreapparatbrukere opplever brukermedvirkning under rehabiliteringsprosessen med høreapparater.

Design og metode: For å svare på problemstilling har jeg valgt kvalitativ metode med intervju som metodisk tilnærming. Det ble gjennomført halvstrukturert intervju med fire høreapparatbrukere. Intervjuguide ble brukt under samtalene for å sikre at alle temaer ble berørt. Det ble gjort lydopptak av intervjuene og deretter ble de transkribert og analysert.

Resultater: Analysen av datamaterialet ga fire kategorier som belyser opplevelsene til høreapparatbrukerne. Første kategori tar for seg brukermedvirkning hos førstegangsbruker. Hovedfunn i denne kategorien viser at brukerne har hatt en passiv rolle. Det har vært mangelfull informasjon om hørsel, hørselstap, konsekvenser av hørselstap og rettigheter brukerne har. Mange av brukerne har funnet frem til denne informasjonen selv. Den andre kategorien ser på brukermedvirkning hos erfarne brukere. Hovedfunn viser at brukerne blir mer aktive og ønsker deltakelse under rehabiliteringsprosessen etter hvert som de får mer kunnskap. Dette fører til kategori tre som belyser eierforhold til eget hørselstap. Funnene tyder på at forskningsdeltakerne har et eierforhold til sitt hørselstap, og at økt kunnskap om hørselen er en viktig faktor til dette. Kategori fire ser på hvilke erfaringer brukerne har gjort seg i forhold til det interaktive hørselsbordet. Flere av brukerne opplevde det som positivt å kunne sette sammen lydeksempler selv. Funnene viser at brukerne er positiv til at denne teknologien vil fremme høreapparatbrukers medvirkning.

Innholdsfortegnelse

1.	Innledning.....	3
1.1	Bakgrunn for valg av tema	3
1.2	Presentasjon av problemstillingen	4
1.3	Begrepsavklaringer	5
1.4	Avgrensninger	5
1.5	Oppgavens oppbygging	6
2.	Teoretisk perspektiv	7
2.1	Brukermedvirkning.....	7
2.2	Empowerment.....	8
2.3	Rådgivningstradisjoner.....	9
2.3.1	Carkhuffs problemløsningsmodell	10
2.4	Holdninger til eget hørselstap.....	12
2.5	Tidligere forskning	12
2.6	Utvikling av ny teknologi.....	15
2.6.1	Hvordan fungerer hørselsbordet?	15
3.	Metode.....	19
3.1	Kvalitativ metode	19
3.2	Metode for datainnsamling.....	19
3.2.1	Det kvalitative forskningsintervju	19
3.2.2	Utvalg	20
3.2.3	Utarbeidelse av intervjuguide.....	20
3.2.4	Gjennomføring av intervjuene	21
3.2.5	Analyseprosessen	22
3.3	Forskningens kvalitet.....	22
3.3.1	Forskerrollen	22
3.3.2	Reliabilitet	23
3.3.3	Validitet.....	23
3.3.4	Overførbarhet	24
3.3.5	Etiske vurderinger	24
4.	Resultat og drøfting.....	25
4.1	Presentasjon av forskningsdeltakerne.....	25
4.2	Brukermedvirkning hos førstegangsbruker	25

4.3	Brukermedvirkning hos erfaren høreapparatbruker	30
4.3.1	Om det å prøve flere høreapparatyper	31
4.4	Eierforhold til eget hørselstap.....	34
4.5	Erfaringer med hørselsbordet	37
5.	Avsluttende kommentarer	41
5.1	Oppsummering	41
5.2	Refleksjoner rundt ny teknologi	42
5.3	Implikasjoner og veien videre	43
	Litteraturliste	45
	Vedlegg 1	49
	Vedlegg 2	51
	Vedlegg 3	53

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I min jobb som audiograf møter jeg mange høreapparatbrukere som føler at de har medvirket lite i sin egen rehabiliteringsprosess med høreapparater. Det kan være seg alt fra valg av høreapparater, informasjon om sine rettigheter og involvering under selve tilpasningen av høreapparatene og påfølgende kontroller.

Det å få tilpasset høreapparater kan være en krevende prosess for både bruker og audiograf. Slik dagens praksis er, så utfører audiografen justeringer på apparatene uten at brukeren er inkludert på noen annen måte enn at han forklarer lydproblematikken. Dette fører ofte til en passivisering av brukerne. Stadig flere brukere ønsker en bedre oversikt over hva audiografen gjør, og de vil involveres mer i sin egen rehabilitering. De siste tiårene har fokus innen helse endret seg fra at pasienten er passiv til å bli mer deltakende i sin egen rehabiliteringsprosess. Pasientens behov skal stå i sentrum (Matthews & Heinemann, 2009). I Norge fokuserer Helse- og omsorgsdepartementet (2009) også på at brukerne skal stå i sentrum og skriver følgende om brukermedvirkning på sin hjemmeside:

«Brukermedvirkning innebærer at tjenesten benytter brukerens erfaringer med helsetjenesten for å kunne yte best mulig hjelp. Et viktig mål er at brukermedvirkning skal bidra til kvalitet på tjenestene og at brukeren har økt innflytelse på egen livskvalitet.» (regjeringen.no)

Et annet problem mange brukere også opplever, er at det kan være dårlig samsvar mellom lyden slik den er på kontoret hos audiografen kontra lyden slik den oppleves i dagliglivet. Noe av årsaken til dette kan være at det er lite realistiske lyder å forholde seg til under selve tilpasningen hos audiografen. Derfor kan det bli vanskelig å få inntrykk av lyden i ulike situasjoner. En mer ideell prosess vil være at man under konsultasjonen kan ta i bruk realistiske lydeksempler. Bruker aktiveres ved å kunne utføre enkle lydjusteringer på høreapparatene selv i samråd med audiografen. Brukermedvirkning under rehabiliteringsprosessen med høreapparater skjer først når brukeren selv involveres i hvilke området som kan justeres og selv får utført enkle lydjusteringer. Innen hørselsomsorgen er det vanskelig å inkludere bruker godt nok på grunn av manglende brukerfokuserert teknologi.

Med bakgrunn i dette har arbeidsplassen min et pågående samarbeid med SINTEF, der man er i gang med å utvikle et «hørselsbord» som skal gjøre høreapparatbrukeren mer delaktig i rehabiliteringsprosessen med høreapparater. Dette bordet består av en interaktiv skjerm som blant annet vil gi brukeren en mulighet til å foreta enkle lydjusteringer av høreapparatet under justeringstimen. Det finnes også et lydarkiv med lyder som kan spilles av for å gjøre tilpasningen mer «naturtro». Det skal også være mulighet for bruker å ta opp lydmiljøer som er vanskelige og få overført lydene til «bordet» (Hansen, 2014). Dette for å gi en mer nøyaktig justering av aktuelle lydsituasjon. Bordet vil være en plattform for brukermedvirkning og læring, og gir brukeren større eierskapsfølelse samt påvirkning på egen rehabiliteringsprosess. Tanken bak hørselsbordet er derfor å imøtekomme en mer brukervennlig teknologi som gjør tilpasningen av høreapparatene mer effektiv.

I Meld. St. 11 (2014-2015) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2013* påpekes det at pasientrollen er i endring, og at pasientene ønsker å involveres i egen behandling. Dette medfører at pasientene gis mer makt i møtet med helsetjenesten, og at de får delta i beslutninger om egen helse. For å lykkes med dette kreves det bedre informasjon, kommunikasjon med og involvering av pasientene og deres pårørende. Det interaktive hørselsbordet, med sitt fokus på brukermedvirkning, kan være et ledd for å imøtekomme denne endringen. Hørselshemmedes Landsforbund, HLF, opplyser på sin hjemmeside at cirka 200.000 nordmenn bruker høreapparat, men at flere kunne hatt god nytte av hjelpemiddelet (Hørselshemmedes Landsforbund, udatert). HLF anslår videre at andelen hørselshemmede vil stige til ca. 1 million i 2020 (ibid). Utlevering av høreapparat vil dermed øke, og en mer effektiv og brukerrettet tilpasning vil være viktig for å forhindre at mange av disse apparatene blir liggende ubrukt.

1.2 Presentasjon av problemstillingen

Prosjektets hovedmål er å få tak i brukerens opplevelse av brukermedvirkning under rehabiliteringsprosessen med høreapparater. Hvordan bruker opplever medvirkningen vil blant annet påvirkes av audiografens verdier, holdninger og menneskesyn. Dette vil igjen påvirke prosessen og hjelpen høreapparatbruker får. Med bakgrunn i dette har jeg valgt følgende problemstilling:

Hvordan opplever høreapparatbrukere brukermedvirkning under rehabiliteringsprosessen med høreapparater?

Underproblemstilling er:

Vil bruker få et eierforhold til sitt hørselstap ved å være mer delaktig?

1.3 Begrepsavklaringer

Begrepet *bruker* kan ha forskjellig betydning etter hvilken sammenheng det brukes i, men i denne studien brukes begrepet om personer som bruker høreapparater. Vekselsvis vil jeg også omtale bruker som høreapparatbruker, informant og forskningsdeltaker.

Brukerorientering betyr at det er brukerens interesser, behov og situasjon som danner utgangspunktet for rehabiliteringsprosessen, ikke fagfolkens eller systemets interesser. Audiografer som er brukerorientert ivaretar *brukerperspektivet*, det vil si brukerens opplevelse av situasjonen og brukerens egne valg (Røkenes & Hanssen, 2007).

Rehabilitering defineres i St.meld. nr. 21, Ansvar og meistring (1998-1999) som en tidsavgrenset, planlagt prosess med klare mål og virkemidler der bruker gjennom egeninnsats skal oppnå best mulig funksjons- og mestringssevne. I begrepet *rehabiliteringsprosess* som benyttes i denne studien så omfatter det prosessen fra bruker får påvist behovet for høreapparater, og til bruker er ferdig tilpasset med høreapparatene. Hvor lenge denne prosessen varer vil være individuelt.

Sudden deafness er et hørselstap som oppstår akutt uten noen kjent årsak til hvorfor det skjer. I de fleste tilfeller affiserer det kun ett øre (Stach, 2010).

1.4 Avgrensninger

Brukermedvirkning kan undersøkes både på systemnivå og individnivå. Jeg har valgt å ha fokus på individnivå i denne oppgaven. Medvirkning på individnivå handler blant annet om den enkelte brukers situasjon og brukerens behov for hjelp, men også om mulighetene bruker har til å foreta valg om egen situasjon og helsehjelp. I tillegg har jeg valgt å se på brukermedvirkning fra høreapparatbrukers side og ikke audiografens side. Som tidligere nevnt vil audiografens holdninger og verdier påvirke hjelpen bruker får. Selv om audiografen ikke er i fokus i denne studien, vil jeg se nærmere på hvordan audiografens grunnsyn, ut i fra Carkhuff sin rådgivningsmodell, kan påvirke brukermedvirkningen.

1.5 Oppgavens oppbygging

Oppgaven består av fem kapitler. I første kapittel redegjøres det for valg av tema og problemstilling. Deretter følger begrepsavklaringer som er relevant for oppgaven, og til slutt følger en begrunnelse for studiens avgrensninger.

I kapittel 2 presenteres teori knyttet til brukermedvirkning og empowerment. Deretter vil jeg belyse den humanistiske rådgivningstradisjonen, men også ekspertmodellen som er en kontrast til humanistisk tradisjon. Som rådgivningsmodell vil jeg trekke frem Carkhuffs problemløsningsmodell og redegjøre for hva denne modellen går ut på. Videre kommer en oversikt over tidligere forskning innen området, og til slutt følger en beskrivelse av utviklingen av ny teknologi, hørselsbordet, som kan fremme brukermedvirkningen.

Studiens metodiske grunnlag beskrives i kapittel 3, og her begrunnes valgene som er anvendt i denne forskningsstudien. Kapitlet avsluttes med en redegjørelse om forskningens kvalitet og etiske vurderinger.

Kapittel 4 inneholder en beskrivelse av funn og drøfting av datamaterialet. Innledningsvis starter kapitlet med en presentasjon av forskningsdeltakerne. Deretter presenteres de fire kategoriene jeg kom frem til etter analyse av datamaterialet. Sitater fra forskningsdeltakerne er gjengitt så ordrett som mulig på bokmål. Drøfting av funnene kommer fortløpende etter hver kategori, og drøftes i lys av teori presentert i kapittel 2.

I kapittel 5 gis en oppsummering av studiens hovedfunn. Deretter reflekteres det rundt utvikling av ny teknologi. Avslutningsvis presenteres forslag til områder hvor det er ønskelig med videre forskning.

2. Teoretisk perspektiv

2.1 Brukermedvirkning

Innen det helsefaglige området har bruker en lovfestet rett til å medvirke i egen behandling (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). Informasjon er en forutsetning for at bruker skal kunne medvirke, og § 3-1 i Pasient- og brukerrettighetsloven sikrer bruker og pårørende rett til informasjon. Det påpekes at informasjonen må være tilstrekkelig for at bruker skal kunne medvirke og ta valg og samtykke til behandling. I § 3-5 legges det også vekt på at informasjonen må være tilpasset de individuelle forutsetningene og behovene til den enkelte bruker (ibid).

Innen rehabilitering anses brukermedvirkning å være en «midlertidig ordning» på veien mot brukerstyring. I det ligger det at bruker skal få styringen over sitt eget liv igjen (Bredland, Linge & Vik, 2011). Det viktige med brukermedvirkning er at man legger vekt på å styrke brukers innflytelse i egen behandling. Bruker går dermed fra å være mottaker av en tjeneste til å bli en aktiv deltaker i sin egen behandling. Som et resultat kan brukeren få styrket sin mestringfølelse og opplevelse av kompetanse på egen sykdom og sitt eget liv (Storm, 2009). Det er viktig at det er brukerens egne mål som er utgangspunktet for at han skal oppleve rehabiliteringsprosessen som sin egen prosess. Audiografen er spesialist på sitt fag, og kan gi råd og bidra med kompetanse som bruker trenger for å treffe nødvendige valg (ibid).

Audiografer som er brukerorientert er ressursorientert, og de legger vekt på å utforske og stimulere brukers egne ressurser og muligheter (Røkenes & Hansen, 2007). Det fokuseres ikke bare på problemet, men på løsninger, gode erfaringer, personlig styrke og fremtiden med eller uten hørselsproblematikken. Brukerorienterte audiografer tar brukerne på alvor. Det innebærer også at audiografen erkjenner svakheter, samt er åpen for en fordomsfri og oppriktig evaluering av tjenesten og er interessert i forbedringer (ibid).

Brukermedvirkning kan deles inn i ulike grader. Hickey og Kipping (1998) opererer med fire grader av innflytelse som bruker kan ha i egen behandling:

1. Informasjon: Bruker får informasjon om behandling, rettigheter og beslutninger, men er ikke selv med på å treffe beslutninger.

2. Konsultasjon: Det åpnes opp for brukers deltakelse. Bruker kan tas med på råd, men det er helsepersonellet som har den reelle beslutningsmyndigheten og tar beslutningen alene.
3. Partnerskap: Bruker har innflytelse på planlegging og gjennomføring av behandlingen, og er med på å fatte avgjørelser. Bruker har en reell innflytelse.
4. Brukerstyring: Bruker har full kontroll over beslutninger i forhold til planlegging og gjennomføring av behandlingen.

Christoffersen (1992, ref. i Røkenes & Hanssen, 2007) opererer i sin modell også med en grad han beskriver som delegasjon. Denne graden befinner seg mellom partnerskap og brukerstyring. Delegasjon går ut på at bruker har en delegert myndighet til å ta beslutninger på bestemte områder eller deler av behandlingen. I de høyeste gradene av brukermedvirkning har man en mer symmetrisk rolle mellom bruker og fagperson. Bruker ses på som en selvstendig aktør og ikke som en passiv mottaker av hjelp (Røkenes & Hansen, 2007).

Bredland m.fl (2011) påpeker i *Det handler om verdighet og deltakelse* at det er viktig at brukermedvirkning ses i sammenheng med hvor i rehabiliteringsløpet bruker er. Tidlig i prosessen kan enkelte brukere være sosialisert inn i pasientrollen og er ikke innstilt på å gå inn i en mer aktiv og krevende rolle som rehabilitering medfører. Andre mangler kanskje nødvendig kunnskap om hørselsnedsettelsen og mulighetene som finnes, mens noen ikke vet hva rehabilitering går ut på og at de skal være aktive brukere. Audiografens evne til å gi oversikt over valgmuligheter og konsekvensene av de ulike valgene vil påvirke brukernes evne til å ta avgjørelser (Bredland m. fl., 2011).

2.2 Empowerment

Innen helse- og sosialtjenestene kan ofte brukermedvirkning og empowerment ses i sammenheng (Storm, 2009). Hva begrepet empowerment betyr varierer alt etter hvilken sammenheng det brukes i, og dette gjør det vanskelig å komme med en nøyaktig og riktig oversettelse av begrepet på norsk. I mange sammenhenger brukes derfor bare den engelske betegnelsen empowerment. Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer begrepet empowerment som en prosess der folk oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som angår deres helse. Det engelske begrepet *empower* står synonymt med det å *gi makt*, å *bemyndige* eller å *gi autoritet*. Stang (1998) oversetter empowerment med bemyndigelse. I det legger hun at hovedessensen i begrepene empowerment og bemyndigelse er å gi noen

myndighet eller gjøre noen i stand til noe. Autonomi og medbestemmelse står sentralt, og bemyndigelse blir derfor en motsats til umyndiggjøring av bruker. I tillegg innebærer også bemyndigelse en maktoverføring fra fagperson til bruker. Informasjon anses som et viktig element for å fremme selvbestemmelse og kontroll hos bruker, og gir dermed bruker mulighet til å ta beslutninger, være aktiv og handle på egne vegne. En forutsetning for denne informasjonsformidlingen er at audiografen har respekt og vilje til å sette brukers ressurser og behov som utgangspunkt (ibid).

Røkenes og Hansen (2007) omtaler maktoverføringen fra fagperson til bruker som myndiggjørende kommunikasjon. Det er viktig at måten bruker medvirker på tilpasses den enkelte brukers funksjonsnivå og situasjon. Bruker fort kan føle seg krenket dersom det forventes brukervedvirkning der bruker selv ikke har ressurser til å velge eller ta vare på seg selv. Det kan også oppfattes som krenkende for bruker dersom audiografen tar over kontrollen helt. En god relasjon mellom bruker og audiograf er derfor viktig for en vellykket prosess (ibid).

Stang (1998) påpeker også at det må være gjensidig respekt mellom audiograf og bruker for at man kan snakke om empowerment. Da viser begge parter respekt for hverandre, og både bruker og audiograf opplever relasjonen som god. Det forutsetter at bruker ikke blir betraktet som underlegen og inkompetent og audiografen som overlegen og mer kompetent. I tråd med empowerment må audiografen bruke sin kompetanse slik at utførte handlinger gir bruker en opplevelse av kontroll i situasjonen. Audiografen må også ta høyde for at opplevelsen av å ha kontroll ikke nødvendigvis betyr det samme for alle brukere, og derfor må audiografen finne ut hvilke intervensjoner som er hensiktsmessig for hver enkelt bruker (ibid).

2.3 Rådgivningstradisjoner

Innenfor rådgivning eksisterer det ulike rådgivningstradisjoner som psykodynamisk, atferdsterapeutisk, kognitiv og humanistisk tradisjon. Disse tradisjonene har forskjellig historisk bakgrunn, forskjellig syn på mennesket og dets utvikling og læring og forskjellig metode og strategi (Johannessen, Kjøkkervold & Vedeler, 2010).

Den humanistiske tradisjonen har sin bakgrunn i Europa, men også USA. Den oppsto som en reaksjon på psykoanalysens determinisme og på atferdsterapiens noe mekaniske og upersonlige tilnærming som ser på mennesket som et produkt av betingning. Det finnes mange teoretikere og retninger innen den humanistiske tradisjonen, men felles for dem alle er at de

legger like mye vekt på de indre, iboende faktorer som på de ytre når man vurderer hva som styrer menneskelig handling. Menneskesynet er positivt, og humanismen har en grunnleggende tro på at mennesket er ekspert på sitt eget liv og har forutsetninger til å ta egne valg (Johannessen m. fl., 2010).

I følge Johannessen m. fl. (2010) er den viktigste eksponenten for humanistisk rådgivningstradisjon Carl Rogers med sin klientsentrerte terapi. Rogers hevder at den klientsentrerte rådgiver oppfatter individet som essensielt godt fra naturens side. Rådgivningen bygger på en optimistisk og positiv filosofi, med respekt for menneskets integritet og rett til å velge selv. Rogers framhever tre grunnleggende holdninger, kongruens, empati og ubetinget positiv aktelse, som en rådgiver bør ha for en vellykket rådgivning.

Ekspertmodellen står, på sin side, i sterk kontrast til den humanistiske tradisjonen og dens tanker om at rådsøker selv vet hva problemet er (Lassen, 2013). Som profesjonelle yrkesutøvere er man ofte oppdratt i et system som ser på fagpersonene som eksperter (Bredland m. fl., 2011). I ekspertmodellen er det ofte rådgiver som identifiserer hva problemet er. Audiografen vil dermed fremstå som en ekspert med ansvaret for å løse brukers problemer. Resultatet er en audiograf som stiller spørsmål, tar beslutninger og dikterer hva som må gjøres. Dette fører til at audiografen inntar en overlegen rolle, og det sår tvil om kompetansen hos bruker. En slik holdning kan føre til at brukers selvaktelse blir undergravd, og bruker blir mindre tilpasningsdyktig. Det er lett å havne i et avhengighetsforhold til audiografen (Davis, 1995).

2.3.1 Carkhuffs problemløsningsmodell

Robert R. Carkhuff er psykolog og har tidligere samarbeidet med Carl Rogers. Ut i fra sine kliniske erfaringer, og med en forankring i humanistisk rådgivning, utviklet Carkhuff sin problemløsningsmodell (Carkhuff, 2000). Han mener at alle mennesker har mulighet for utvikling og vekst, og han ser på vansker som et resultat av feillært eller ulært atferd. Derfor må rådgiveren ha et helhetlig syn på mennesket og dets emosjoner, atferd og kognisjon. Rådgivningsmodellen bygger på at rådgivningsprosessen består av fire faser eller steg som glir over i hverandre: involvering (involvement), utforsking/undersøkelse (exploration), personliggjøring (understanding) og handling (action) (ibid).

Den første fasen er *prefasen* eller involveringsfasen, og her dannes grunnlaget for rådgivningsprosessen. Kontakten mellom audiograf og bruker blir etablert, og bruker begynner å involvere seg i sin problemløsningsprosess. I denne fasen er det viktig at det er

tilrettelagt for et positivt og trygt samhandlingsmiljø som får bruker til å være avslappet og føle seg velkommen. Dette kan gjøres ved at det legges til rette for at møtet foregår i trygge og konfidensielle rammer, der man har tenkt over møbleringen av kontoret og plassering i forhold til hverandre. Audiografen bør komme bruker i møte ved å vise interesse for det bruker formidler. Dette kan gjøres ved hjelp av for eksempel aktiv lytting, nonverbale responser og oppklarende spørsmål (Carkhuff, 2000). Når disse rammene er på plass og bruker har begynt å involvere seg i egen utviklingsprosess, passer det å starte kartleggingen av brukers situasjon (Lassen, 2013).

Den neste fasen er: utforskning (Carkhuff, 2000). Dette er *kartleggingsfasen*, og her er det viktig å identifisere den situasjonen man tar utgangspunkt i (Lassen, 2013). For at bruker skal forstå sin egen situasjon og få kontroll over egne problemer og ønsker, er det viktig at bruker forklarer situasjonen for audiografen. Informasjonen som kommer frem i denne fasen danner så grunnlaget for målsettinger og løsningsforslag. Det er viktig at uklare og runde utsagn fanges opp ved at audiograf for eksempel bruker spørsmål som får bruker til å konkretisere sin situasjon. Ulike responsformer som speiling av innhold, følelser og meninger for å få tak i rådsøkers nåværende ståsted kan også brukes, i tillegg til å undre seg sammen, tilføre informasjon og bruke oppsummeringer (Carkhuff, 2000). Med dette som utgangspunkt kan bruker begynne å "eie" sin egen situasjon (jfr. empowerment). Det som derimot kan hemme kartleggingen er at man i denne fasen kommer med responser som får bruker til å gå i forsvarsposisjon ved at audiografen for eksempel kritiserer, diagnostiserer eller forsøker å oppdra rådsøker (Lassen, 2013).

I den tredje fasen er det *personliggjøring* hos bruker som står i fokus (Carkhuff, 2000). Før denne fasen begynner må det være etablert en god dialog mellom audiograf og bruker. I denne fasen blir brukers oppgave å formulere sine personlige problemer, meninger, følelser og mål. Det er viktig at bruker får økt innsikt og forståelse av problemene, og innen den humanistiske retningen blir dette sett på som en naturlig utvikling mot selvrealisering. Videre er det viktig at bruker forstår sin egen posisjon i forhold til nåværende situasjon og den ønskelige situasjonen. Dette kan gjøres ved at audiografens responser går fra kun å speile eller spørre til å drøfte meninger, tolke situasjonen og reflektere over følelser sammen med brukeren (ibid). Målene det arbeides mot må være personlig meningsfulle for bruker, og det er viktig at bruker eier sin forståelse av utviklingsprosessen (Lassen, 2013).

Siste fase består av *igangsetting av tiltak og handling* for å nå målet (Carkhuff, 2000). Denne fasen innebærer et skifte fra kartlegging og personliggjøring til å initiere handling som fører frem mot den ønskede situasjonen. Det er viktig at audiografen er aktivt med i prosessen ved for eksempel å hjelpe bruker å definere målene eller undersøke alternative fremgangsmåter for å nå målet. Det utvikles en trinnvis plan for å nå disse målene. Tiltaksplanen prøves ut, evalueres og omskrives i samarbeid med audiografen (ibid). Skal man lykkes med denne fasen er det viktig at de andre fasene er grundig gjennomarbeidet (Lassen, 2013).

En vellykket rådgivningsprosess fører til at bruker kommer nærmere den ønskede situasjonen. Det kan også være nødvendig å gå igjennom deler av eller hele prosessen på nytt dersom bruker ikke har fått positiv vekst (Lassen, 2013).

2.4 Holdninger til eget hørselstap

En hørselsnedsettelse er et kommunikasjons hinder som vanskeliggjør tilgangen til de hørendes språklige miljø (Grønlie, 2005). I mange tilfeller må den hørselshemmede legge betingelser for kommunikasjonen. Mange normalthørende mestrer ikke en slik samtalsituasjon og trekker seg heller unna den hørselshemmede. Hørselstapet skaper dermed større avstand til andre mennesker, familien blir mindre tålmodig og venner blir mindre kontaktsøkende. Mange hørselshemmede føler de har blitt en "hemske" og begynner å trekke seg tilbake og isolere seg fra venner og familie (Bastholm, 2008). I følge Grønlie (2005) vil holdninger man har til seg selv og sitt hørselstap være avgjørende for andre sine holdninger. Holdninger er det sett av tanker, følelser og forestillinger som vi møter andre mennesker, ting og hendelser med. Hvordan man opplever ulike situasjoner vil farges av hvilke holdninger man har til eget hørselstap. For at andre mennesker skal kunne ta hensyn til hørselsnedsettelsen, må den hørselshemmede tillate omgivelsene å være oppmerksomme på sin situasjon (ibid). Grønlie (2005) påpeker at det er viktig å innse sine begrensninger og informere omgivelsene om hørselstapets konsekvenser. Den hørselshemmede vil for eksempel i situasjoner med støy og der det er mange til stede ikke fungere som normalthørende, og det er viktig å innse dette.

2.5 Tidligere forskning

Kvam og Tingvold (2004) har gjort en undersøkelse om enkeltpersoners erfaringer med å være hørselshemmet med særlig vekt på arbeidslivet. Studien omfatter 15 hørselshemmede

personer med varierende hørselstap. De blir intervjuet om blant annet sitt forhold til hørselstap, utdanning, sosiale forhold, helse, hobbyer, tidligere og nåværende arbeidsforhold og erfaringer fra arbeidslivet. Studien konkluderer med at det er store forskjeller blant hørselshemmede når det gjelder hjelp, veiledning, tilbud og situasjon i arbeidslivet. Hjelpen er i alt for stor grad avhengig av at den hørselshemmede selv står på. Studien vektlegger også at det er lite veiledning å få i forbindelse med diagnose eller i forbindelse med tildeling av høreapparater, slik at bruker ikke er klar over hva som kan forventes eller kreves. For å øke brukers selvtillit og gi større pågangsmot bør helsevesenet forbedre sine rutiner for informasjonsformidling og veiledning (ibid). Studier viser at brukersentrerte tilnærminger innen helseomsorgen er positivt, og at både bruker og behandler blir mer fornøyd med utfallet av behandlingen (Grenness, Hickson, Laplante-Lévesque & Davidson, 2014).

Jorunn Solheim (2011) gjorde i sin doktorgradsavhandling en undersøkelse som blant annet omfattet høreapparatbruk hos 174 eldre menn og kvinner i alderen 65 - 93 år. Ut fra dette var målet å kunne utvikle en passende rehabiliteringsprosess for eldre. Avhandlingen viser til at 22 % av høreapparatbrukerne bruker høreapparatene mindre enn en time daglig. Viktige årsaker til dette antas å være mangelfull tilpasning og oppfølging, samt liten grad av forståelse for eget hørselstap og lav eierskapsfølelse. Dette kan spores til måten tilpasning og oppfølging gjennomføres på lokalt hos audiografene. Solheims (2011) funn underbygges av Hagen (2012) sin mastergradsoppgave som viser at liten bruk av høreapparater påvirkes av en rekke ulike faktorer som blant annet mangelfull oppfølging og dårlig tilgjengelighet. Forskning viser at audiografer ønsker å være brukerorientert, men at eldre og mer erfarne audiografer har større preferanser for brukerorientert rehabilitering enn sine kolleger (Laplante-Lévesque, Hickson & Grennes, 2014).

Matthews og Heinemann (2009) ser på audiografens bruk av teknologi under konsultasjonen med bruker, og hvordan teknologien påvirker brukerens potensiale for en aktiv rolle under selve konsultasjonen. Det påpekes at teknikken er utviklet for personer med audiologisk bakgrunn, og at det er lagt opp til at kun audiografen skal benytte seg av denne teknologien. Dette gjør det vanskelig for brukerne å kunne ta del i sin egen behandling eller rehabilitering og fører til at de ender opp som observatører i sin egen rehabiliteringsprosess. Denne teknologien fremmer ikke brukermidvirkning (ibid).

Matthews og Heinemann (2009) gir en beskrivelse av tilpasningsprosessen i Danmark, og situasjonen er høyst gjeldende i Norge også. Når høreapparatene skal tilpasses, så settes de på

brukerens ører og kobles deretter til audiografens PC via kabler eller via trådløs teknologi. Audiografen justerer høreapparatene ut i fra brukerens audiogram og andre brukerspesifikke parametere som for eksempel alder og tidligere brukererfaring med høreapparater. Brukeren sitter hele tiden passiv og svarer kun på spørsmål om hvordan lyden oppfattes under denne tilpasningen. Ofte har man ikke andre hjelpemidler enn papir og bestikk til å lage lyder med, og tilpasningen blir dermed lite naturtro i forhold til miljøet brukeren skal ut i. Etter å ha testet høreapparatene en periode, kommer bruker tilbake for å få korrigert innstillingene i apparatene. Denne korrigeringen utføres av audiografen, på best mulig måte, etter tilbakemeldingene fra bruker. Ofte kan det også være vanskelig for bruker å gi god beskrivelse av lyden, og dette gjør det vanskelig for audiografen å finjustere høreapparatene. Bruker har, ut i fra denne beskrivelsen, en passiv rolle i tilpasningen av høreapparatene og mister muligheten for mestringsfølelse (Matthews & Heinemann, 2009).

I en nederlandsk studie har Boymans og Dreschler (2012) vurdert to ulike metoder for finjustering av høreapparater. Den ene metoden gikk ut på at bruker selv utførte justeringene, mens det var audiografen som utførte finjusteringene i den andre metoden. Resultatene fra både objektive og subjektive målinger viste at justeringer utført av audiografen ga bedre taleforståelse i stille omgivelser enn det brukerens justeringer gjorde. I tillegg opplevde også brukerne bedre taleforståelse i støy og bedre lydlokalisering med audiografens justering (ibid). Dette er et viktig funn med tanke på studier som viser at høreapparatbrukere ikke bruker apparatene i miljøer med bakgrunnsstøy på grunn av for dårlig effekt (Kochkins, 2000). Brukerjusteringene ble foretrukket når det kom til komfort for høye lyder. Generelt foretrakk over 67 % av brukerne audiografens finjusteringer, mens 18 % foretrakk brukerens innstillinger. Med bakgrunn i dette, er det viktig å være bevisst på at brukerne alltid bør veiledes av audiograf når de selv skal utføre lydjusteringer for å sikre best mulig taleforståelse (Boymans & Dreschler, 2012). Deltakelse under tilpasningsprosessen er viktig og er en avgjørende faktor for fornøyde brukere. Matthews og Heinemann (2009) viser til forskning der bruken av høreapparater har en sammenheng med brukernes deltakelse under tilpasningsprosessen. Siden dette ikke gjelder bare innen audiologien, men også for andre områder innen helseomsorgen, er det viktig å formidle forståelse for hvordan dagens teknologi setter barrierer for brukerne til å delta aktivt i egen rehabiliteringsprosess. Dette er et viktig skritt for utviklingen av teknologi som involverer aktive brukere, da fokus tidligere hovedsakelig har vært rettet mot den som utfører behandlingen.

2.6 Utvikling av ny teknologi

Bakgrunnen for utviklingen av det interaktive hørselsbordet ligger i forskning som viser at bruken av høreapparater er lav, og at årsaken kan relateres til nytteverdi og tilfredsstillende brukerne opplever med høreapparatene (Solheim, 2011; Hagen, 2012). En annen faktor er også at forskning viser at fokus endres fra passive til mer deltakende pasienter i helsetjenestene (Matthews & Heinemann, 2009), og Helse- og omsorgsdepartementet har også fokus på denne endringen i artikkelen *Brukermedvirkning* (2009). Det slås fast at brukerne, ved egen lov, har rett til å medvirke i helse- og omsorgstjenester. Innen hørselsomsorgen anser man at dette vil tvinge frem en mer brukervennlig rehabiliteringsprosess, hvor brukerne må involveres i mye større grad enn i dag.

Under utviklingen av det interaktive bordet har fokus vært på *med-design*. Det vil si at høreapparatbrukere har vært med på å påvirke utformingen av bordet med tanke på størst mulig brukervennlighet. I *Veileder i brukerrosettning og brukermiddvirkning* påpekes det at man ved å gå fra design til med-design tydeliggjør at utvikler ikke gjør krav på å være den eneste som kjenner verden og forvalter sannheten (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2009). På denne måten vil brukernes behov og forventinger tas med i betraktning under utviklingen av produktet. Det vært utført flere samlinger på SINTEF der ulike brukere og audiografer har deltatt fra gang til gang. Dette har vært viktig for å utvikle et mest mulig optimalt brukergrensesnitt på touchbordet. For at bordet skal appellere til flest mulig brukere, har det vært viktig med en stor aldersspredning på brukerne, samt at begge kjønn har vært representert. Da det er en overvekt av eldre høreapparatbrukere, er det viktig at bordet også favner denne gruppen for å øke medvirkningen og stimulere til økt høreapparatbruk (Hansen, 2014).

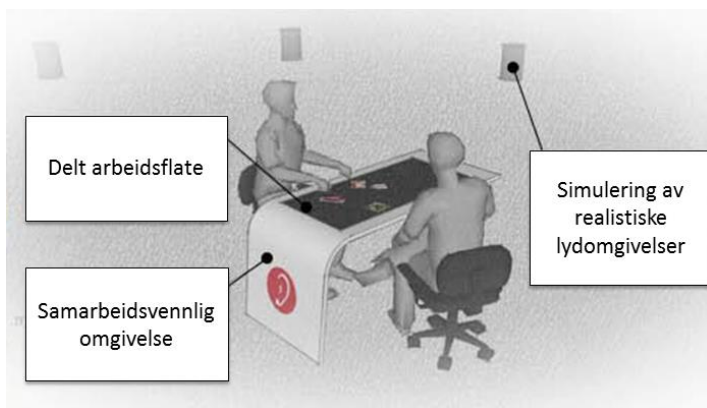
2.6.1 Hvordan fungerer hørselsbordet?

I *Prosjektbeskrivelse ABRUMED. Innovasjonsprosjekt i næringslivet* vektlegger Hansen (2014) at hovedmålet med hørselsbordet er å stimulere til økt brukermiddvirkning under tilpasningsprosessen. Dette skjer først når brukeren selv deltar aktivt med enkle lydjusteringer av høreapparatene. For at de fleste brukerne skal kunne nyttiggjøre seg av hørselsbordet er det, som nevnt ovenfor, viktig at systemet har et effektivt og brukervennlig brukergrensesnitt. Bordet skal i tillegg knyttes opp mot audiografens eksisterende administrative systemer slik som ekspert-software, journal, timesystem, lager etc. Slik blir hørselsbordet en plattform for brukermiddvirkning og læring, og kan gi brukeren større eierskapsfølelse samt mulighet til å

påvirke egen funksjonsnedsettelse. Målet er at denne tilpasningsprosessen skal gi en mer presis tilpasning og dermed økt effekt av høreapparatene (Hansen, 2014).

Selve produktet består av en modul for lydmiljøsimulering, og en modul for interaktiv tilpasning og verifisering av høreapparatets mange parametere. Lydmiljøsimuleringen består av et høyttalersystem som er plassert rundt i rommet, og via høyttalerne får brukeren en simulering av realistiske lydmiljø. Hørselsbordet, som er den interaktive modulen, består av en touchflate som er koblet opp mot høyttalersystemet. Lyder som bruker ønsker å simulere styres fra bordet (Hansen, 2014).

Figur 1: Simulert lydmiljø og interaktiv samarbeidsflate (Hansen, 2014).



Som figur 1 viser så sitter både audiograf og bruker ved bordet. Begge parter deler den interaktive bordplaten. Brukergrensesnittet er tilpasset og delt mellom bruker og audiograf. Med tanke på brukervennlighet så vil brukeren ha en enklere teknologi å forholde seg til i forhold til audiografen. Brukers høreapparater kobles opp mot tilpasningsenheten, for så å justeres i et simulert lydmiljø som er mest mulig skreddersydd brukers arbeids- og livssituasjon. Systemet produserer realistiske lyder som er laget av brukeren selv, men under veiledning fra audiografen. Lydmiljøet kan bygges dynamisk fra et bibliotek og/eller baseres på brukers egne lydeksempler (forklares i neste avsnitt). Gjennom denne lydsimuleringen kan en bonde for eksempel få testet høreapparatet sitt mot traktorstøy eller annen maskinstøy, mens en lærer kan få testet apparatet mot klasseromstøy, romklang etc. Ved hjelp av hørselsbordet kan altså brukerne få justert høreapparatene i et mer realistisk lydmiljø enn om man ikke tar i bruk dette bordet. Brukeren kan utføre enkle lydjusteringer selv, og får raskt testet resultatet ut i ønsket lydmiljø. Under hele prosessen skal brukeren og audiografen bruke

dette systemet sammen. Dette forsterker læring og veiledning, i tillegg til at det vil styrke brukers motivasjon og eierskap til hørselstapet (Hansen, 2014). Selv om hørselsbordet trolig vil føre til bedre nytte av høreapparatene i dagliglivet, må man også ta i betraktning at andre fysiske forhold som blant annet akustiske forhold i rom vil påvirke lyden og høreapparatene. Lydrefleksjoner fører vanligvis til betydelig nedsatt taleforståelse, og ifølge Laukli (2007) vil de akustiske forholdene i et rom være veldig avgjørende for hvor godt man hører tale.

Mobilapplikasjonen, HearGuide, er under utvikling, og skal etter hvert integreres i bordet. Brukerne kan laste ned appen til sin mobiltelefon, og via den får de tilgang til blant annet audiogram, rehabiliteringsplan, lyttetrening og dagbokfunksjon. Det viktigste med appen er at bruker kan ta opp lyder fra det lydmiljøet han ferdes i til vanlig. Deretter kan lyden enten sendes som fil til audiografens PC eller lastes over til bordet når brukeren kommer til konsultasjon. Med denne muligheten vil det bli lettere for audiograf og bruker å justere apparatene opp mot det lydmiljøet som bruker opplever som utfordrende. Det antas at dette vil føre til en mer nøyaktig justering, sammenlignet med den tradisjonelle måten der bruker må prøve å beskrive lydproblemet (Løkken, 2014).

3. Metode

3.1 Kvalitativ metode

Valg av metodisk tilnærming er gjort med bakgrunn i forskningens tema og problemstilling. Kvalitativ metode vektlegger nærhet som et viktig element for å få tak i andre menneskers oppfatning av fenomener og for å få en god forståelse for deres virkelighet. Metoden egner seg godt til studier av temaer det er gjort lite forskning på fra før, og hvor det stilles store krav til åpenhet og fleksibilitet (Thagaard, 2013).

Hovedmålet med denne studien er å få innsikt i høreapparatbrukeres opplevelse av brukermedvirkning i sin egen rehabiliteringsprosess. For å belyse dette har jeg valgt kvalitativ metode med en fenomenologisk tilnærming. Denne tilnærmingen tar utgangspunkt i brukers subjektive opplevelse av et fenomen, og som forsker ønsker jeg å beskrive de trekk som er felles ved de erfaringene forskningsdeltakerne gir uttrykk for (Thagaard, 2013).

En kvalitativ tilnærming gir grunnlag for fordypning i de sosiale fenomen som studeres (Thagaard, 2013). Studier med nær kontakt mellom forsker og forskningsdeltakere, som ved intervju, gir grunnlag for å oppnå en forståelse av sosiale fenomen på bakgrunn av fyldige data om personer og situasjoner (ibid).

3.2 Metode for datainnsamling

3.2.1 Det kvalitative forskningsintervju

Intervjuundersøkelser er godt egnet for å få tak i forskningsdeltakers opplevelse, synspunkter og selvforståelse. Informantene kan fortelle om hvordan de opplever situasjoner og hvordan de forstår sine erfaringer (Thagaard, 2013). Jeg finner det derfor sentralt å benytte kvalitativt forskningsintervju som metode i mitt forskningsprosjekt, og på den måten få tak i høreapparatbrukeres opplevelse og tanker om brukermedvirkning i sin egen rehabiliteringsprosess med høreapparater.

Det kvalitative intervjuet kan utarbeides på forskjellige måter (Thagaard, 2013), og jeg har valgt et halvstrukturert intervju. Det vil si at temaene jeg ønsker svar på i hovedsak er avklart på forhånd, men at rekkefølgen av temaene bestemmes underveis i intervjuet, alt etter hvilken retning det tar. På den måten kan jeg følge informantens fortelling, samtidig som jeg sørger for at temaene som er viktig i forhold til oppgavens problemstilling blir diskutert underveis.

Det halvstrukturerte intervjuet åpner også opp for at temaer som ikke var planlagt i forkant kan følges opp (ibid).

3.2.2 Utvalg

Strategiske utvalg er vanlig i kvalitative studier. Det vil si at deltakerne velges ut i fra egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til problemstillingen og undersøkelsens teoretiske perspektiv (Thagaard, 2013).

I henhold til oppgavens problemstilling ønsket jeg å komme i kontakt med høreapparatbrukere i yrkesaktiv alder, og som hadde justert sine høreapparater via det interaktive hørselsbordet. Inklusjonskriteriene ble som følgende: være høreapparatbruker, yrkesaktiv alder, deltatt på SINTEF-utprøvingen av hørselsbordet.

I forhold til antall informanter hadde jeg et ønske om mellom fem til sju informanter. Når det gjelder antall deltakere, er det en generell regel å intervjuer til en når metningspunktet, det vil si at ingen av informantene tilfører ny informasjon. Jo mer kompleks problemstillingen er, jo flere intervju må til. Man må imidlertid ikke ha for mange informanter da det blir vanskelig og tidkrevende å analysere et stort og uoversiktlig datamateriale (Thagaard, 2013).

For å komme i kontakt med høreapparatbrukerne fikk jeg oversendt en deltakerliste fra SINTEF med navn og mailadresser på brukere som hadde vært delaktig i prosjektet. De som var over yrkesaktiv alder ble forkastet, mens det ble det gjort en skriftlig henvendelse på e-post til alle som var i yrkesaktiv alder. Vedlagt lå informasjonsskrivet om studiens formål. Fire sa seg villig til å delta på studien og to svarte ikke på henvendelsen. Samtlige av de som sa seg villig til å delta oppfylte inklusjonskriteriene. Utvalget ble bestående av en mann og tre kvinner.

3.2.3 Utarbeidelse av intervjuguide

Ved kvalitative intervjuer er det vanlig å utarbeide en intervjuguide (vedlegg nr. 1). Spørsmålene i intervjuguiden ble utarbeidet med bakgrunn i studiens problemstilling (Thagaard, 2013). For å skape tillit og fortrolighet i forhold til informantene startet intervjuguiden med nøytrale temaer som det var greit å snakke om. Deretter kom den gradvis inn på mer sentrale temaer rettet mot brukermedvirkning, for så å avslutte med nøytrale temaer. Intervjuet får på den måten preg av en stigning mot et høyere emosjonelt nivå som så nedtones mot slutten (ibid).

For å teste intervjuguiden og få erfaring med det å gjennomføre et intervju, ble det gjennomført et prøveintervju med en høreapparatbruker i yrkesaktiv alder. Det ble gjort noen justeringer på et par spørsmål da de opplevdes som like.

3.2.4 Gjennomføring av intervjuene

Før intervjuet startet ble informantene informert om hensikten med intervjuet, og de ble informert om anonymitet og at det var mulighet å trekke seg fra studien underveis.

Intervjuene ble gjennomført enkeltvis med tanke på å få tak i den enkelte informants opplevelse av temaene. For å kunne konsentrere meg om informanten og dennes reaksjoner, valgte jeg å gjøre lydopptak av intervjuene. Ingen av informantene hadde noen innvendinger mot dette. Jeg informerte informantene om at det kun var jeg som skulle bruke lydopptaket for så å kunne skrive ned samtalen i etterkant. Intervjuene varte fra 70-90 minutter. Alle intervjuene ble gjennomført i løpet av april og mai. For to av informantene var det enklest å gjennomføre intervjuene på min arbeidsplass da de hadde andre ærend i nærheten. De andre to informantene fikk tilbud om at jeg kunne komme til dem, men begge ønsket å komme til kontoret mitt.

Intervjuene forløp noe forskjellig da enkelte av forskningsdeltakerne var kjent for meg fra tidligere av. Dette førte til at noen av informantene begynte å snakke om sine opplevelser ut i fra opplysningene de hadde fått av meg tidligere, og det ble brukt lite tid på åpningsfasen. For forskningsdeltakerne som var ukjent for meg startet vi med mer åpne spørsmål, slik som Thagaard (2013) anbefalte i utarbeidelsen av intervjuguiden. Jeg brukte intervjuguiden som et redskap for å sørge for at alle temaene jeg ønsket svar på ble dekket. Jeg opplevde at samtlige forskningsdeltakere snakket åpent og fritt. Ved intervjuets slutt spurte jeg om forskningsdeltakerne hadde noe å tilføye til det vi hadde snakket om. Jeg fikk også avklart om det var greit at jeg i ettertid kunne ta kontakt for eventuelle oppfølgingsspørsmål.

Etter at intervjuene var gjennomført, valgte jeg å transkribere intervjuene selv. Å transkribere intervjuene var svært tidkrevende, men det ga meg en nærhet og kunnskap om intervjumaterialet (Thagaard, 2013). Intervjuene ble transkribert helt ordrett på hver enkeltes dialekt. Dette førte til at jeg hørte gjennom intervjuene flere ganger for å få det så korrekt som mulig. For å ivareta anonymiteten til forskningsdeltakerne, har jeg oversatt forskningsmaterialet som brukes i oppgaven til bokmål.

3.2.5 Analyseprosessen

Forskningsprosessen har vært preget av flytende overganger mellom innsamling og analyse, noe som er et sentralt trekk ved den kvalitative forskningsprosessen (Thagaard, 2013). Deler av analysefasen startet allerede under innsamlingsfasen, noe som vil si at man som forsker er i gang med analysen allerede under intervjuet (ibid). Johnsen (2006) påpeker at selve arbeidet med å analysere datamaterialet starter etter at intervjuene er gjennomført. Thagaard (2013) hevder at dette skillet mellom innsamling og analyse, refererer til situasjonen når forskeren avslutter arbeidet i feltet og går over til å analysere og tolke teksten feltarbeidet har ført til.

Allerede under transkriberingen begynte jeg å tolke materialet ved at jeg gjorde meg noen tanker rundt informantenes meninger. Jeg leste gjennom intervjuene flere ganger før jeg begynte å kategorisere datamaterialet. Johnsen (2006) hevder at det kan være en god strategi å starte analysen med tanke på problemstillingen, og jeg tok derfor utgangspunkt i spørsmålene som omhandlet brukervedvirkning. Noen kategorier opplevde jeg som selvsagt ut i fra problemstillingen og de teoretiske forberedelsene, men de endret seg noe etter hvert som jeg analyserte datamaterialet. Andre kategorier ble i løpet av analysen dannet ut i fra sammenfallende utsagn fra brukerne.

Jeg endte opp med fire hovedkategorier: brukervedvirkning som førstegangsbruker, brukervedvirkning som erfaren bruker, eierforhold til egen hørselsnedsettelse og erfaringer med hørselsbordet.

3.3 Forskningens kvalitet

3.3.1 Forskerrollen

Forskningen vil alltid være farget av at jeg som forsker har et eget teoretiske ståsted, opplevelser og erfaringer, noe som det i følge Thagaard (2013) er viktig at jeg synliggjør og tar stilling til i forskningen. I forskerrollen har man med seg en forforståelse som vil påvirke resultatene og forskningsprosessen, og det er viktig at man reflekterer rundt det. Som nevnt innledningsvis, så er det på bakgrunn av min jobb som audiograf at jeg ønsker å undersøke hvor medvirkende høreapparatbrukerne opplever seg selv under rehabiliteringsprosessen. Jeg møter mange brukere som gir uttrykk for at de har fått lite informasjon om sin hørsel og rehabiliteringsprosess, og mange har vært lite delaktig og tatt til takke med det første og beste høreapparatet de har fått. Både valg av teorigrunnlag og utforming av intervjuguide er preget av min forforståelse. Dette medfører at en annen intervjuer kanskje hadde gjort andre valg enn jeg.

Hermeneutikk handler om fortolkning, og er basert på hvordan vi forstår og hvordan vår forståelse er bestemt av vår historiske epoke og tradisjon. Hermeneutikk er en kontinuerlig prosess i forskningen. Gjennom en hermeneutisk spiral kan delene sees i lys av helheten, og helheten må forstås i lys av delene. Det foregår en stadig bevegelse mellom del og helhet (Kjeldstadli, 1999). Det er viktig at jeg som forsker er bevisst på at eksisterende kunnskap har betydning for hvordan jeg forstår ny kunnskap.

3.3.2 Reliabilitet

Reliabilitet handler om forskningens pålitelighet, og kan knyttes til at forskeren redegjør for hvordan data utvikles. Selve begrepet refererer til spørsmålet om en annen forsker som anvender samme metode som meg, vil komme fram til de samme resultatene (Thagaard, 2013).

Det er viktig å reflektere over egen forskningsprosess og hvordan relasjonen til deltakerne kan påvirke informasjonen jeg som forsker får. Studiens reliabilitet knyttes til at jeg i kapittel 3.2 har redegjort for valg av forskningsdeltakere, hvordan jeg har utarbeidet og gjennomført intervjuene og gjennomføringen av analyseprosessen.

Under analyseprosessen ble jeg oppmerksom på at et annet inklusjonskriterie for utvalget burde vært at høreapparatbrukerne hadde fått tildelt minst et høreapparat tidligere. Flere opplevde seg som passiv første gangen de fikk høreapparater, men at de var mer delaktig i de neste rundene med nye høreapparater. Hadde jeg kun hatt førstegangsbrukere i studien kunne jeg endt opp med et mindre nyansert bilde av brukermedvirkningen.

3.3.3 Validitet

Validitet handler om forskningsresultatenes gyldighet, og er knyttet til tolkning av data. Forskningens validitet kan vurderes ut fra spørsmålet om resultatene av studien representerer den virkeligheten jeg har studert (Thagaard, 2013).

For å styrke studiens validitet har jeg gått kritisk igjennom grunnlaget for egne tolkninger. Det at jeg som forsker jobber som audiograf, medfører at jeg har god kjennskap til miljøet som studeres. Jeg opplevde at jeg forsto det forskningsdeltakerne snakket om, men samtidig var det også en fare for at jeg samlet opplysninger jeg selv kjente til og overså andre. Med bakgrunn i dette er det viktig at man som forsker er bevisst sin egen forforståelse (Thagaard, 2013).

3.3.4 Overførbarhet

En studies overførbarhet er knyttet til at forståelsen jeg som forsker utvikler i det enkelte prosjekt kan være relevant også i andre situasjoner (Thagaard, 2013). Studien er basert på et lite utvalg og har ikke hatt som formål å produsere generaliserbar kunnskap om brukernes opplevelse av brukermedvirkningen, men å kartlegge brukernes erfaringshorisonter. Det er allikevel en del trekk som går igjen i flere av informantenes opplevelser, som kan tyde på at studien kan være overførbar for flere som har vært gjennom en rehabiliteringsprosess med høreapparater.

3.3.5 Etiske vurderinger

All forskning har forskningsetiske normer å følge, og pedagogikk hører inn under Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH). Pedagogisk forskning handler om mennesker og innebærer ofte at vi behandler personopplysninger. Jeg sendte søknad til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) om godkjenning til denne studien, da behandling av personopplysninger krever dette. NSD tilrådte at prosjektet kunne gjennomføres (vedlegg nr. 3). Etter mottatt svar, fikk jeg oversendt deltakerliste fra SINTEF for å komme i kontakt med forskningsdeltakerne.

I henvendelsen som ble sendt pr. e-post til de aktuelle deltakerne, lå det informasjon om studiens hensikt og skjema for informert samtykke (vedlegg nr. 1). Deltakerne ble opplyst om at de til enhver tid hadde rett til å trekke seg fra studien, og at opplysninger de hadde gitt ikke ville bli brukt videre. De fikk også informasjon om taushetsplikt og min plikt til anonymisering av opplysninger. Innledningsvis før oppstart av intervjuene, så ble en del av denne informasjonen gjentatt muntlig.

Informasjonen jeg fikk etter datainnsamlingen behandlet jeg omhyggelig for å ivareta forskningsdeltakernes anonymitet. Også i selve forskningsteksten har jeg utelatt å ta med informasjon som kan identifisere forskningsdeltakeren. Alle deltakerne har fått fiktive navn i studien.

4. Resultat og drøfting

4.1 Presentasjon av forskningsdeltakerne

Anna er en dame i 50-årene. Hun har et medfødt hørselstap, og hun er døv på det ene øret. Etter et akutt fall i hørselen, trolig sudden deafness, på det gode øret, begynte hun med høreapparat for ca. 15 år siden. Anna er en erfaren høreapparatbruker. Hun har et yrke der hun jobber med mennesker. Anna bruker hørselstekniske hjelpemidler på hjemmebane, og skal nå også få ordnet med dette i yrkessammenheng.

Berit er en dame i 50-årene. Hørselstapet ble oppdaget for ca. 20 år siden etter sudden deafness, og hun har nedsatt hørsel på begge ørene. Det ble påpekt at hun kan ha et arvelig hørselstap i bunn. Berit startet med høreapparater bilateralt etter hendelsen for 20 år siden, og hun er en erfaren høreapparatbruker. Berit har også et yrke der hun jobber med mennesker, og hun bruker hørselstekniske hjelpemidler på jobb.

Carl er en mann i 60-årene. Han har nedsatt hørsel på begge ørene. Etter at han fikk mer kunnskap om sin hørsel og hørselstap, så tror Carl at han har hatt hørselstapet fra barndommen av. Han fikk påvist hørselstapet først i voksen alder, etter en ulykke, for ca. 34 år siden. Etter dette begynte han med høreapparater bilateralt, og han er i dag en erfaren høreapparatbruker. Carl har hatt både jobb og verv der han har jobbet med mennesker.

Dagny er en aktiv dame i starten av 50-årene. Hun har nedsatt hørsel på begge ørene. Hørselstapet ble påvist i voksen alder, og hun bruker høreapparater bilateralt. Dagny er, i likhet med de andre forskningsdeltakerne, erfaren høreapparatbruker. Dagny har et yrke der hun jobber med mennesker. Pr. i dag bruker hun ikke hørselstekniske hjelpemidler, men hun er åpen for at slikt utsyr kan lette hverdagen hennes.

4.2 Brukermedvirkning hos førstegangsbruker

I Meld. St. 11 (2014-2015) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2013* vektlegges det at bruker skal gis mer makt i møtet med helsetjenesten, og at bruker skal få delta i beslutninger om egen helse. Bedre informasjon, kommunikasjon med og involvering av brukerne og deres pårørende er nødvendig for å lykkes med dette. Mangel på informasjon er et sentralt funn i denne kategorien. I de laveste gradene av brukermedvirkning får bruker litt informasjon om sitt

rehabiliteringsforløp, men innehar en passiv rolle i sin egen prosess (Hickey og Kipping, 1998).

På spørsmål om hvordan forskningsdeltakerne opplevde informasjonen de fikk når hørselstapet ble påvist, svarer samtlige at de fikk lite informasjon om hørselstapet i starten. Enkelte opplevde at de kun fikk bekreftet at de hadde nedsatt hørsel, og at de fikk beskjed om at de måtte ha høreapparater. Manglende informasjon om hva rehabiliteringsprosessen med høreapparater innebar, førte til at forskningsdeltakerne ikke visste hva de gikk til. Dette er en faktor som kan hemme brukervedvirkning (Bredland m. fl., 2011). Alle informantene ga inntrykk av at de hadde liten påvirkning på sin egen rehabiliteringsprosess som førstegangsbrukere. Dette funnet stemmer dårlig med det Pasient- og brukerrettighetsloven (2001) vektlegger for å sikre tilpasset informasjon til brukerne. Anna forteller følgende om sin opplevelse:

...fordi at når jeg fikk det første og andre høreapparatet så visste jeg egentlig ikke hva jeg kunne kreve eller hva jeg kunne forvente, eller... Da tok jeg egentlig det jeg fikk (...) Jeg fikk informasjon om at det fantes et inni øret og så kunne jeg ha det bakom øret da. Og da kunne jeg få bestemme selv. Og da sa jeg til han at det ikke spilte noen rolle for meg...

I ettertid skjønnte Anna at hun trolig burde hatt andre høreapparater i forhold til sitt hørselstap, og at apparatet i tillegg var for svakt for hennes hørsel allerede når hun fikk det.

Men jeg fikk jo et høreapparat uten f.eks. telespole. Uten spørsmål om jeg hadde noe behov for hjelpemidler. Så når jeg begynte å våkne opp litt selv, klart jeg leste jo bruksanvisningen som var med, og begynte å våkne opp, så tenkte jeg at det finnes jo hjelpemidler. Det er jo noen råd å få, så har ikke jeg noen mulighet til å benytte meg av det. Det tok jo egentlig ikke så kjempelang tid før jeg var på en ny runde til audiografen og ville ha nye. Først så fikk jeg jo byttet ut apparatet slik at jeg fikk et med telespole.

Her er et tydelig eksempel på at det ble gjort valg på brukers vegne uten noen form for behovskartlegging på forhånd. Stang (1998) omtaler dette som paternalisme, «jeg vet best»-holdning, fra audiografens side, og det er ikke forenlig med empowerment da bruker passiviseres. Tidlig i rehabiliteringsforløpet er det viktig at audiografen gir oversikt over rehabiliteringsprosessen og valgmulighetene bruker har for å fremme aktive brukere

(Bredland m. fl, 2011). I likhet med Anna hadde også Berit lignende opplevelse første gang hun fikk høreapparater.

Da var jeg til øre-nese-hals som tok hørselstesten, og så fikk jeg et par høreapparater som jeg nesten ikke brukte. Altså de syns ikke jeg var... Jeg tror kanskje at jeg ikke brydde meg om det heller da så, ikke sant. Jeg var i slutten av 20-årene og det å begynne med høreapparater...det... Også va det ingen som snakket om det heller, hvorfor det var viktig eller noen ting.

Forskning viser at høreapparater ofte ikke blir brukt på grunn av lite forståelse for eget hørselstap (Solheim, 2011). Dette funnet er et tydelig eksempel på det. Heller ikke når Berit skulle få nye høreapparater, mange år senere, opplevde hun å få den informasjonen hun burde fått.

...altså, jeg skal ikke si noe feil da, men jeg mener no at det ikke var så my info om at du kunne få prøve forskjellige typer og sånn. Men for eksempel det med teleslynge, telespole eller alt det der FM og hva alt det der er. Det var det ingen som snakka om. Ingen som snakka om at det fantes en gang (...) Og så er det viktig det der med utprøving og en lang utprøvingsfase. Og forskjellige typer apparat igjen, og det er det jo ikke alle audiografer som sier noe om; at du faktiske har lov til å prøve flere typer høreapparater!

Carl og Dagny opplevde også informasjonen rundt sin hørselsnedsettelse og rehabiliteringsprosessen som mangelfull. Carl forteller:

Jeg var til allmennlegen og han sa at jeg måtte dra til ørespesialist. Så jeg dro dit, og da sa han at jeg måtte ha høreapparater og det. Men noe my informasjon og sånt.. Jeg kommer til audiografen og skal ha høreapparat, og du får utlevert to høreapparat, og jeg syns jeg hører kjempegreit. Det var ikke noen spørsmål om hvordan jeg hørte lydene, som for eksempel fugler og trafikk...

Forskningsdeltakerne opplevde informasjonen om høreapparater som mangelfull. De ble heller ikke informert om at det fantes forskjellige typer høreapparater, og de første apparatene Carl fikk passet ikke i forhold til yrket han hadde. Om hvordan han opplevde informasjonen om høreapparatene uttaler Carl:

...du vet ikke hva det er for noe, og tar til takke med det du får. For du har ikke noe mer peiling og vett på det.

Samtlige av forskningsdeltakerne følte at de var prisgitt informasjonen de fikk av audiografen da de ikke visste hva de gikk til som førstegangsbrukere av høreapparater. Mange av forskningsdeltakerne har selv funnet informasjon på nett og via interesseforeningen for hørselshemmede om hva som finnes av høreapparater og andre hørselstekniske hjelpemidler samt hvilke rettigheter de har. Dette samsvarer godt med resultatene i studien til Kvam og Tingvold (2004) der det ble påpekt at det var lite veiledning å få i forbindelse med diagnose og tildeling av høreapparater.

Det gis inntrykk av at flere av forskningsdeltakerne opplevde liten medvirkning når lyden skulle justeres. Carl forteller at apparatene ble stilt inn etter hørselstapet til å begynne med. Når apparatene senere skulle justeres, så satt audiografen der og trykket på noen knapper uten at Carl fikk tak i hva som ble gjort. Forskning viser at en slik praksis gjør det vanskelig for brukerne å kunne ta del i sin egen behandling eller rehabilitering, og fører til at de ender opp som observatører i sin egen rehabiliteringsprosess (Matthews & Heinemann, 2009). Dette funnet belyser behovet for ny teknologi som i større grad inkluderer brukerne.

De fleste forskningsdeltakerne involverte det hørselsfaglige feltet på grunn av at de opplevde en eller annen form for problem med sin hørsel. Det å involvere noen som kan hjelpe kan ses på som prefasen eller involveringsfasen i Carkhuffs problemløsningsmodell (Carkhuff, 2000). I denne fasen skal kontakten mellom audiograf og bruker etableres, og målet er å få bruker til å involvere seg i egen rehabiliteringsprosess. En god relasjon mellom audiograf og bruker i prefasen, vil gjøre det enklere å få til en god kartleggingsfase. For lite involvering fra en av partene kan være en årsak til at brukerne fikk en passiv rolle under rehabiliteringsprosessen.

Opplevelsen forskningsdeltakerne hadde av å få lite informasjon om sin hørselsnedsettelse står i sterk kontrast mot fokuset Pasient- og brukerrettighetsloven (2001) har på informasjon brukerne bør få. For å fremme brukermedvirkningen hos forskningsdeltakerne så burde de fått god informasjon om sitt hørselstap, og ikke bare en bekreftelse på, det flere av dem allerede visste, at hørselen var nedsatt. Dette stemmer godt med funnene til Kvam og Tingvold (2004), som viste at flere brukere opplevde manglende informasjon i starten om sin diagnose. Skal brukermedvirkningen være reell er det avgjørende at bruker får tilstrekkelig og tilpasset informasjon for å få innsikt i sin egen helsetilstand, oversikt over innholdet i helsetjenesten og sine rettigheter som høreapparatbrukere. Ikke alle vet hva som kreves av dem i rollen som

høreapparatbruker, og da er det audiografens oppgave å avklare dette for bruker (Bredland m. fl., 2011). Det er viktig å huske at hver bruker er unik og at man tar høyde for dette når man skal tilrettelegge for brukervedvirkning. Røkenes og Hanssen (2002) påpeker at bruker fort kan føle seg krenket dersom det forventes brukervedvirkning der bruker selv ikke har ressurser til å velge eller ta vare på seg selv.

En annen årsak til at brukerne blir passivisert, kan komme av hvordan audiografen planlegger at hjelpen skal formidles til bruker (Stang, 1998). Ved å planlegge en rehabiliteringsprosess uten at brukeren får anledning til å delta aktivt i utarbeidelsen av mål og tiltak for behandlingen, så forsterker man autoritetsasymmetrien som eksisterer mellom audiograf og bruker. På den måten fratrar man brukeren mulighet til å foreta beslutninger om sitt eget ve og vel (ibid), og i denne studien finnes flere eksempler der brukerne opplevde at det ble foretatt valg på deres vegne uten at de selv ble involvert. Kartleggingsfasen er i følge Carkhuff (2000) viktig for å kunne legge grunnlaget for fokus, og for å få et bilde av hvordan den nåværende situasjonen til bruker er. Det at forskningsdeltakerne ikke opplevde noen form for kartlegging kan komme av at audiografen enten var lite brukerorientert eller at han inntok en ekspertrolle. Audiografen blir da den som identifiserer problemene og kommer med løsningen for rådsøkerne uten å ta hensyn til deres ønsker eller behov (Davis, 1995). Om audiografen gir uttrykk for å være den som vet best, så kan dette være med på å bidra til at bruker opplever å bli fratatt muligheten for kontroll over sin situasjon. Brukerorienterte audiografer er derimot ressursorienterte og ønsker å frigjøre mulighetene i den enkelte bruker. En slik tilnærming setter altså brukerens behov i sentrum og fremmer i større grad delaktighet ved at bruker får presentert seg selv, sine behov og ønsker (Røkenes & Hanssen, 2002).

Også tidsaspektet kan påvirke hvor medvirkende bruker er. Carkhuff (2000) hevder at en god kartlegging kan være tidkrevende i forhold til avsatt tid, men at man ofte sparer inn denne tiden ved at man treffer mer målrettet med tiltakene i forhold til brukers behov. Enkelte forskningsdeltakere opplevde at tiltakene ikke traff behovene, og dette medførte at de måtte i gang med en ny tilpasningsrunde. Forskning viser også at dette kan føre til lite bruk av høreapparatene (Matthews og Heinemann, 2009; Solheim, 2011; Hagen, 2012).

Lite medvirkning vil også påvirke brukers mulighet for kontroll på sin egen behandling. For å oppnå kontroll må bruker informeres om sin rehabiliteringsprosess. Det vil gi bruker en reell mulighet til å vite hva som skal skje og til å påvirke det som skal skje med seg. Dette er en rettighet bruker skal være sikret via Pasient- og brukerrettighetsloven (2001). Som

førstegangsbrukere av høreapparater opplevde forskningsdeltakerne en lav grad av medvirkning, og sett i forhold til gradene av medvirkning Hickey og Kipping (1998) opererer med, ligger samtlige deltakere i den laveste graden av medvirkning: informasjon. Funnet samsvarer dårlig med intensjonene til empowerment der fokus ligger på å styrke brukers selvbestemmelse, tilhørighet og motivasjon (Stang, 1998).

4.3 Brukermedvirkning hos erfarne høreapparatbrukere

Felles for de fire forskningsdeltakerne er at de har gått fra å være passiv i sin egen rehabiliteringsprosess til å bli mer aktiv etter hvert som de har blitt mer erfarne høreapparatbrukere. Noe av dette kan tilskrives at de har fått mer informasjon om sin hørselsnedsettelse og rettigheter etter hvert. Anna beskriver brukermedvirkningen som erfarne bruker slik:

... når jeg for eksempel fikk det tredje apparatet og det som jeg har nå også, så har jeg vært mye mer på selv. Og i forhold til når jeg fikk prøve ut apparatene, så sier kanskje audiografen at det her er et apparat som passer veldig bra til din hørsel. Jeg prøver det og så sier jeg: «men jeg synes ikke det er bra, jeg synes ikke at det fungerer».

Hun forteller også at det har blitt enklere å sette krav, etter hvert som hun har fått mer kunnskap om sin hørsel og hva som finnes av hjelpemidler.

Jeg må ha justeringsmuligheter, fordi da kan jeg justere i den og den settingen da. Så det er jo på måte et av kravene, og da va det på en måte noen apparat som var radert bort, ikke sant, i forhold til... Jeg synes jo det, kan du si, at etter hvert som jeg har fått mer kunnskap så har jeg kunnet sette noen krav selv og da.

Dette kan også tyde på at Anna har utviklet et eierforhold til sitt hørselstap, ved at hun setter krav til type høreapparater som passer hennes behov. Hun gir uttrykk for at hun ønsker å være involvert i sin rehabiliteringsprosess. Bruker går med dette fra å være mottaker av en tjeneste til å bli en aktiv deltaker i egen behandling (Storm, 2009).

Carl opplever også at det er enklere å stille krav og være aktivt med på rehabiliteringsprosessen nå som han har mer kunnskap om høreapparater og annet hørselsteknisk utstyr. Han forteller at han har positive opplevelser med klinikken han benytter i dag.

Det går an å diskutere, og jeg vet hva jeg vil ha også. Når jeg fikk høre at jeg skulle prøve akkurat de høreapparatene neste time, da var jeg på nett med en gang og sjekket, - hva er det de har av utstyr og hjelpemidler. Jeg skal ha det og det og det!

I forhold til empowerment så må det være en gjensidig respekt i relasjonen mellom fagperson og bruker (Stang, 1998), og jeg opplever at Carl gir uttrykk for det i utsagnet ovenfor. Han kommer med ønsker om hva han vil ha, og han opplever at audiografen tar han på alvor. Som erfaren bruker er han mer aktiv i rehabiliteringsprosessen enn når han var nybegynner. Dagny har også positive opplevelser med klinikken hun bruker, og hun føler at hun blir både hørt og sett.

Alle de jeg har vært borti, mer eller mindre, på hørsel nå, har vært folk som jeg har følt har vært interessert. Der har jeg fått min brukermedvirkning. Jeg setter ned foten hvis det har vært noe jeg ikke har skjønt. At jeg har fått den hjelpa når det har gått over det som ikke jeg kunne. Og det er jo alt det her... det går jo på slike ting.

Berit forteller at også hun har vært mer aktiv den siste gangen hun fikk høreapparater. Hun gjorde notater av hvordan lydopplevelsen med høreapparatene var, og hun opplevde at det også ble enklere for audiografen å justere apparatene mer nøyaktig til henne. Hun føler også at hun har mer kontroll når hun er aktiv med selv.

*Og det å ha kontroll er jo ganske viktig for oss som mennesker, og føle på en måte at...
Og det igjen fører kanskje til at man blir mer fortrolig med at sånn er jo det, sånn ble nå det...*

Anna mener også det er viktig å være en aktiv bruker, og for henne er det viktig at hun kan være med på å ta avgjørelser som angår hennes liv.

Jeg tror jo det da, - at det er jo viktig at du er aktiv i livet ditt. Det er ikke du som skal bestemme over livet mitt, sant, det må jeg være med å gjøre selv. Men du har kanskje kunnskapen i forhold til den biten, men jeg kan jo være med å...

Dette samsvarer godt med synet Røkenes og Hansen (2002) har på de høyeste gradene av brukermedvirkning der man *samarbeider* med brukerne, og er opptatt av at de ikke bare skal medvirke, men selv forvalte sitt liv.

4.3.1 Om det å prøve flere høreapparatyper

Det å medvirke aktivt under rehabiliteringsprosessen med høreapparater innebærer blant annet at brukerne har mulighet for å prøve forskjellige typer apparater. Da kan de selv bytte mellom apparatene og foreta sammenligninger av dem i ulike lyttemiljø. Carl gir uttrykk for at han opplever det som skremmende at enkelte kun får prøve en type høreapparater.

Det er ganske skremmende at folk får utlevert et apparat og så synes de at de hører så bra. «Det der skal jeg ha». Det skulle vært lagt inn: «Nei, du får de ikke før du har prøvd disse også!» Egentlig skulle det vært en streng regel om det. Men da har jeg også den erfaringa at et høreapparat er ikke bare et høreapparat, sant!(...) Det er det samme som om du kjøper deg en bil. Skal du ha en bil så må du enten ha en «Merce» eller Opel eller Toyota, sant. Så det blir likt sånn. Å prøve flere bør det absolutt være et krav om! Det er som dag og natt, vet du.

For Berit har det vært en positiv opplevelse å få prøve flere høreapparater. Det at hun kunne ha to apparater samtidig gjorde det enklere å sammenligne apparatene i ulike situasjoner. Hun uttaler følgende om utprøvsperioden:

... jeg fikk låne med meg begge typene i en periode, sånn at jeg kunne prøve... Det var egentlig veldig greit altså. Fordi hvis at jeg har hatt et apparat i tre uker og så neste i tre uker, så blir ikke det det samme. Men når jeg kunne prøve dem i de samme situasjonene og samtidig, for det er jo alltid det der med at hvis du er sliten så er det sånn og hvis du ikke er sliten og sånn... så synes jeg det var veldig greit å kunne prøve det. Og da fant jeg jo fort ut hva jeg ville ha da.

Også Anna synes det er positivt å prøve flere apparater, men hun savnet mer effektivitet i forhold til at hun ønsket å komme raskere tilbake i jobb.

... Men der også måtte jeg jo på en måte skynde på for å få det gjort i mitt tempo da, kan du si. Fordi at den prosessen der, sant, da var ikke jeg på jobb. Og på en måte ville jeg komme fort tilbake i jobb, sant, og da kan jeg på en måte ikke prøve det i tre uker, og så skal jeg prøve det i tre uker, også plutselig så går det et halvt år fordi du, ja...

Slik jeg ser det så ville det i forhold til tidspresset Anna følte på, vært tidsbesparende for henne å prøve to apparater samtidig. Det å ta brukeren på alvor og lytte til ønskene vil være viktige faktorer for å sette bruker i fokus under rehabiliteringsprosessen (Carkhuff, 2000).

Dagny føler at hun blir mer delaktig når hun får prøve forskjellige høreapparater. For henne er det også viktig at hun får muligheten til å teste ut apparater som hun er nysgjerrig på, selv om hun gjøres oppmerksom på at de kanskje ikke passer til hennes hørselsnedsettelse.

For det er jo tilbake til det, at da gjør du meg som bruker litt delaktig. Selv om du vet at det der er et apparat som egentlig ikke passer min hørsel, så må jeg få lov til å se på det og. Det er jo mange metoder der også. Alt går jo på kommunikasjon.

I denne situasjonen får jeg et inntrykk av at Dagny har en reell innflytelse på det som skjer ved at hennes ønsker og behov blir vektlagt. I forhold til graden av medvirkning som Dagny og de andre forskningsdeltakerne har på egen behandling, er vi inne på partnerskap (Hickey og Kipping, 1998). I tråd med empowerment er det ikke kun audiografen som sitter med makten, men den er også flyttet over til bruker.

Funnene viser at forskningsdeltakerne er mer aktive som erfarne høreapparatbrukere, og at medvirkningen i stor grad skjer ut i fra deres egne ønsker og behov. Dette kan relateres til Carkhuffs modell (2000) der personliggjøring er en viktig fase for å få aktive brukere. Rehabiliteringsprosessen bygger da på at bruker selv har formulert sine problemer, meninger, følelser og mål. Dette vil igjen gi bruker en bedre kontroll over rehabiliteringsprosessen, noe som også vektlegges i empowerment (Stang, 1998). Derimot kunne det ha hemmet brukermedvirkningen dersom audiografen inntok en ekspertrolle og ble den som definerte problemene og kom med løsningen (Davis, 1995). Skal bruker oppleve rehabiliteringsprosessen som sin egen prosess er det viktig at den tar utgangspunkt i brukers egne mål (Bredland m. fl, 2011).

En annen årsak til økt brukermedvirkning kan være at samtlige forskningsdeltakere har vært gjennom rehabiliteringsprosessen med høreapparater tidligere, og som erfarne høreapparatbrukere vet de nå hva denne prosessen innebærer. Dette underbygges av Bredland m. fl. (2011) som påpekte at man kan forvente en større grad av brukermedvirkning jo mer brukerne vet om de valgmuligheter de har. Også Stang (1998) påpeker at informasjon er viktig for at bruker skal ha mulighet til å ta beslutninger, være aktiv og handle på egne vegne. Dette tyder på at kunnskap gir mer aktive brukere ved at de ønsker å involveres.

En god relasjon mellom audiograf og bruker vil også fremme brukermedvirkningen (Lassen, 2013). Er bruker trygg på audiografen er det lettere å komme med sine ønsker, og flere av forskningsdeltakerne ga uttrykk for at de opplevde relasjonen som god mellom seg og

audiografen. Brukerorienterte audiografer vi lettere ta hensyn til høreapparatbrukers ønsker og behov, og de ønsker aktive brukere. Det må tas høyde for at graden av hvor brukerorientert audiografen er, kan påvirkes av både alder, jobberfaring og kulturen som råder på arbeidsplassen (Laplante-Lévesque m. fl., 2014). Vil erfarne audiografer som er trygg på seg selv og sin kunnskap fremme mer aktive brukere enn nyutdannede audiografer?

4.4 Eierforhold til eget hørselstap

Skal man utvikle et eierforhold til eget hørselstap så er det, som nevnt tidligere, viktig at man informeres for å få vite mest mulig om sin hørselsnedsettelse. Flere av forskningsdeltakerne gir uttrykk for at de fikk lite informasjon i starten. Anna har følgende å si om hvordan prosessen forløp i starten:

Det va jo ikke noen forklaring på verken hva audiogram var eller om jeg hørte lydene. Altså, jeg skjønner jo selv om jeg hører lyse eller mørke toner, men det var aldri snakk om hvor dårlig jeg hørte eller hvordan jeg hørte dårlig, eller... Jeg skulle få et høreapparat som skulle forsterke en del lyder slik at jeg skulle høre bedre.

Anna har i ettertid tenkt mye på den prosessen hun var gjennom og hvor lite informasjon hun fikk om det meste. Da hun etter hvert etterspurte audiogrammet og fikk en forklaring på det, så opplevde hun mange positive effekter.

Det som var greit for meg når jeg fikk audiogrammet mitt og kunne lese det selv, så var det lettere for meg å forklare verden hvorfor jeg ikke hørte. Hvorfor jeg hører din stemme, men ikke den stemmen. Det var lettere for meg å si hvorfor jeg ikke hører det ordet, men jeg hører det ordet. Det var lettere når jeg skulle forklare det selv.

Storm (2009) påpeker at ved å styrke bruker, så vil bruker få en opplevelse av kompetanse på egen sykdom og sitt eget liv. Flere av forskningsdeltakerne påpeker at det er deres liv, og at de ønsker å inkluderes i sitt liv og sin behandling. Anna konkluderer med følgende utsagn: «Men det kan jo fort bli dyrt for noen hvis du ikke får det eierforholdet og at du ikke får den kunnskapen som du trenger.» Utsagnet kan ses i lys av forskning som viser at mange høreapparater ligger ubrukt, og at dette kan relateres til faktorer i rehabiliteringsprosessen (Solheim, 2011; Hagen, 2012).

Berit mener at jo mer du vet om din egen hørselsnedsettelse, jo enklere er det å vite hva som er vanlig og ikke vanlig i forhold til reaksjoner, sorgprosess og hvordan hørselstapet påvirker

psyken. Hun tror også at det er lettere å være åpen om sin hørselsnedsettelse overfor andre når man har mer kunnskap om sitt eget tap.

Jeg tror det hadde vært en fordel å kunne ha vært mer involvert. Altså, du får jo et annet eierskap på det. Og så tenker jeg og at det er viktig fordi du samtidig får vite mer om deg selv og om den prosessen som du er inni.

Carl har også gjort seg noen tanker rundt eierforhold til eget hørselstap, og mener det er et paradoks at «dere hører, så skal dere fortelle meg hva jeg skal ha og hvordan jeg skal høre og det!» Han fortsetter med at han etter hvert har lest seg opp på at audiografer har god kompetanse innen dette området. Han gir her uttrykk for at han er ekspert på sin hørselsnedsettelse, og dette igjen tyder på at han har utviklet et eierforhold til sitt hørselstap.

Dagny forteller at hun har brukt litt tid på å godta hørselstapet. I starten fikk hun ofte høre fra andre at hun ikke hørte dårlig, og hun prøvde også selv å skjule det. Hun har etter hvert innsett at hun har brukt mye energi på hørselstapet, og hun er i dag kommet så langt at hun har begynt å si i fra at hun hører dårlig. Dagny gir uttrykk for at hun har et stort forbedringspotensial på å bli enda flinkere til å si i fra. Grønlie (2005) påpeker viktigheten av å informere andre om sitt hørselstap og konsekvenser av det. Dagny er nå på god vei til å utvikle positive holdninger til sitt hørselstap, og hun forteller at hun overrasket seg selv i forbindelse med overgang til ny jobb.

Jeg begynte i ny jobb, og da hører jeg plutselig at jeg spør: «Hvilket telefonsystem har dere? Jeg har et hørselsproblem». Sa jeg det liksom?!

Anna har også positive holdninger til hørselstapet, og er klar på at hun er ekspert på sitt hørselstap. Hun opplever at det er mindre sårt enn tidligere å ha et hørselstap, og hovedsakelig er det på grunn av at hun nå tørr å si i fra om hørselstapet til andre. Hun synes heller ikke det er problematisk å gjenta ting flere ganger.

Jeg sier i fra allikevel jeg. Det blir kanskje spesielt på jobb da. Der må jeg jo bare si fra. Nå har jeg sikkert sagt det en sjuende gang... Men jeg er ikke noe redd for å si fra på jobb heller at: «Kan jeg få sitte på den stolen der som du sitter, for jeg må sitte der for å få med meg?» Så det er ikke jeg noe redd for, - å si fra da.

Anna synes det er greit å fortelle andre at de må snakke tydelig og være vendt mot henne, og med det gjør hun omgivelsene oppmerksom på sitt hørselstap (Grønlie, 2002). Hun føler

imidlertid at hun tar en del plass når hun må si i fra, men at hun må ta den plassen når det angår hennes liv eller nær familie.

Økt kunnskap om brukers hørsel vil styrke mestringsfølelsen, samt opplevelsen av å ha kompetanse på sin hørselsnedsettelse og sitt eget liv (Storm, 2009). Dette er faktorer som er viktig for å forhindre at bruker isolerer seg fra familie og venner (Bastholm, 2008). Denne studien viser at mangel på informasjon om eget hørselstap førte til at enkelte av forskningsdeltakerne brukte lenger tid på å bli åpen om sin hørselsnedsettelse. Samtidig tyder funnene på at jo mer kunnskap forskningsdeltakerne fikk, jo tryggere ble de på sin situasjon både overfor seg selv og omgivelsene. Dette stemmer godt med det Stang (1998) påpeker om at informasjon om sykdommen og dens følger kan være med på å redusere eller fjerne usikkerhet. En av forskningsdeltakerne påpekte at det var lettere for henne å vite hva som var forventet når hun fikk den informasjonen hun skulle ha, og dette påpeker viktigheten av at audiografene deler sin kunnskap og kompetanse med brukerne (Stang, 1998). Det er selvfølgelig viktig at man som audiograf ikke er med på å skape frykt eller fortvilelse hos brukerne når de informeres om sin nedsettelse. Derfor er det viktig at man møter bruker som et unikt individ.

Forskningsdeltakerne i denne studien var alle brukere som ville vite mest mulig om sitt eget hørselstap. Dette ønsket om mer kunnskap er, som nevnt ovenfor, viktig for utviklingen av eierforhold (Storm, 2009). Lassen (2013) hevder at bruker allerede under kartleggingsfasen, i Carkhuffs modell, begynner å eie sin situasjon. Funnene viser at etter hvert som kunnskapen økte, opplevde flere av forskningsdeltakerne at det ble enklere å sette krav til sin egen behandling. Når bruker selv setter krav til behandlingen, vil dette automatisk øke brukermedvirkningen. Sett i lys av Hickey og Kipping (1998) har bruker en reell innflytelse, og dette tilsvarer graden de kaller partnerskap. Felles for forskningsdeltakerne var at de alle ønsket en høy grad av medvirkning, men man må også ta høyde for at det finnes brukere som ikke ønsker informasjon om sin nedsettelse og heller ikke vil delta aktivt i prosessen (Bredland m.fl., 2011). For audiografer som vektlegger brukermedvirkning kan dette være vanskelig, men sett i lys av empowerment, skal brukers utsagn om egne behov og ønsker settes foran audiografens tanker om hva som er best for vedkommende (Stang, 1998).

For brukere som ønsker en høy grad av brukermedvirkning, vil det være viktig å møte audiografer som har en forankring innen humanistisk tradisjon. Slike audiografer har en grunnleggende tro på at bruker er ekspert på sitt eget liv og kan ta egne valg (Johannessen m.

fl., 2010). Et eksempel som kan presentere dette synet, er forskningsdeltakeren som fikk prøve høreapparater som i utgangspunktet ikke ble anbefalt av audiografen. Brukeren fikk dermed en følelse av delaktighet ved at hun ble hørt allikevel. Til tross for retten til medvirkning, må ikke audiografen legge bort fagkunnskapen og ikke ta ansvar. Da er det fare for at alt av avgjørelser faller over på bruker. Empowerment innebærer at fagkunnskapen må tilpasses brukeren (Stang, 1998). På den andre siden av skalaen finner vi audiografer som inntar ekspertrollen (Bredland m. fl., 2011). Hadde forskningsdeltakeren i eksempelet ovenfor møtt en slik audiograf, ville hun trolig ikke fått prøvd de høreapparatene hun ønsket. Audiografen inntar dermed en overlegen rolle, og det sår tvil om hva som er best for bruker (Davis, 1995). Slike holdninger kan føre til at brukers selvaktelse blir undergravd og fremmer ikke utviklingen av eierforhold til sin egen hørselsnedsettelse. Derimot kan en slik ekspertrolle gjøre bruker mer avhengig av audiografen.

4.5 Erfaringer med hørselsbordet

Når det gjelder nytteverdien av bordet så mener både Anna og Berit at bordet først og fremst vil være nyttig til å avdekke hvilke lytmiljø som fortsatt vil være utfordrende med høreapparater, og at brukeren blir bevisst disse utfordringene.

Jeg tror kanskje at man kunne brukt det litt sånn i forhold til at det her vil fortsatt vær utfordrende. Det er ikke bare bare selv om du har fått et høreapparat. Og det er jo kanskje greit at pårørende og kanskje kollega/sjef og sånn vet også...

Det virker som Anna med dette utsagnet mener at det blir enklere å informere omgivelsene når hun selv får erfare hva som fungerer og ikke i forhold til høreapparatene, og Grønlie (2002) anser dette som viktig for å skape gode holdninger til sin egen hørselsnedsettelse.

Berit gir uttrykk for at bordet vil bidra til at brukerne blir mer aktiv i rehabiliteringsprosessen i forhold til hvordan prosessen er lagt opp i dag. Hun er også positiv til at man via mobilapplikasjonen kan gjøre opptak av lydmiljø som er vanskelig å beskrive.

Det som er tilfellet er at du får jo ikke beskrevet den lyden på noe vis, så i hvert fall var det snakk om at du kunne ta opp lyden akkurat der og da. Så kunne du ta den med og se om det gikk an å justere, - i hvert fall i situasjoner du er ofte i.

Anna gir uttrykk for at bordet kanskje ikke egner seg like godt for alle brukerne, og Røkenes & Hansen (2007) påpeker også at det er viktig at brukermedvirkningen må tilpasses brukers situasjon og funksjonsnivå.

Også Carl og Dagny uttrykker at de sitter igjen med positive erfaringer fra utprøvingen av hørselsbordet. Carl syntes at lydeksempelene han fikk høre var realistiske, og han tror at brukerne blir mer til stede når de forholder seg til mer realistiske lyder.

Hvis jeg lukket igjen øynene så så jeg at jeg var innpå butikken og det. Og det er det som er fordelene når du sitter ved bordet. Du er bevisst der.

Dagny gir uttrykk for at bordet er med på å fremme brukermedvirkningen. Om det å få mulighet til å justere lyden i høreapparatene selv sier Dagny at: «*Du følte deg ikke hjelpeløs, du følt deg medvirkende på et vis*».

Hun gir også uttrykk for at det ble enklere for henne å vurdere endringer i lyden når hun fikk justere selv. I denne situasjonen gir Dagny et inntrykk av at hun hadde en stor grad av medvirkning, og befinner seg i øvre del av skalaen til Hickey og Kipping (1998).

Samtlige forskningsdeltakere uttrykker ønsket om at hørselsbordet blir en realitet.

Forskning viser at dagens teknologi i stor grad begrenser brukermedvirkningen ved at den er utviklet for personer med audiologisk bakgrunn (Matthews & Heinemann, 2009). Alle forskningsdeltakerne satt igjen med positive opplevelser fra SINTEF-prosjektet. Det å få være med fra starten av og se hvordan produktet utviklet seg underveis var interessant for flere av forskningsdeltakerne. Sett i lys av fokuset bordet har hatt på med-design (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2009), var nok dette noe av årsaken til at forskningsdeltakerne følte de hadde en reel medvirkning i utviklingen av bordet.

Når høreapparater skal programmeres så justeres de i «kunstige» omgivelser hvor det ofte er få lyder å forholde seg til (Matthews & Heinemann, 2009). Det interaktive bordet kan i så måte være et hjelpemiddel for å gjøre lyd miljøet på kontoret mindre kunstig, ved at man for eksempel kan spille av trafikkstøy, støy fra forsamlinger, koppeklirr, papirknitring, barneskrik etc. (Hansen, 2014). Dette er lyder høreapparatbrukere ofte reagerer negativt på, og ved å simulere disse lydene på kontoret, kan man bidra til å gjøre tilpasningen mer nøyaktig og naturtro. Forskningsdeltakerne opplevde det som positivt at de selv kan velge hvilke lyder som skal spilles av, og flere opplevde at de fikk en mer aktiv rolle under tilpasningsprosessen.

I følge Solheim (2011) er dette en viktig faktor for å stimulere til bruk av høreapparater. Det at brukerne kan påvirke innstillingene i høreapparatene ved selv å utføre enkle justeringer, opplevde forskningsdeltakerne som positivt. Sett i lys av Boymans og Dreschler (2012) sin studie, så er det viktig at justeringene foregår i samarbeid med audiografen for å sikre best mulig taleforståelse.

Flere av forskningsdeltakerne opplevde at det kunne være vanskelig å beskrive lydene de opplevde som problematiske. Dette resulterte i at det ble vanskelig for audiografen å utføre en god justering på høreapparatene. HearGuide, med sine muligheter, kan dermed være en god løsning for høreapparatbrukere som opplever disse utfordringene (Løkken, 2014). Applikasjonen gir brukerne en mulighet for å ta opp lydene de opplever som problematiske, og dette vil igjen kunne føre til en mer nøyaktig justering av høreapparatene ved neste konsultasjon. Ved å ta i bruk mobilappen og opptaksmuligheten av lyd, så blir det enklere for bruker å beskrive vanskelige lydsituasjoner, og bruker blir automatisk mer aktiv under tilpasningsprosessen. Man må imidlertid ta høyde for at det ikke er alle som vil eller ønsker å bruke denne appen, og at man finner andre hensiktsmessige tilnæringsmåter for disse brukerne.

5. Avsluttende kommentarer

5.1 Oppsummering

Problemstillingen for denne masteroppgaven har vært: *Hvordan opplever høreapparatbrukere brukermedvirkning under rehabiliteringsprosessen med høreapparater?*

I både brukermedvirkning og empowermenttenkningen vektlegges viktigheten av at brukere må få nødvendig informasjon for å kunne medvirke. I denne studien opplevde samtlige brukere at de som førstegangsbrukere av høreapparater fikk for lite informasjon til å kunne medvirke på en god og aktiv måte. Flere av forskningsdeltakerne opplevde at det ble tatt avgjørelser på deres vegne uten at de ble involvert. Mangelen på informasjon førte til at brukerne ikke fikk noe godt forhold til sin egen hørselsnedsettelse, og flere av dem brukte mye tid på å godta sitt hørselstap. Manglende informasjon førte også til at enkelte ikke så behovet for høreapparater i starten.

Etter hvert som forskningsdeltakerne ble mer erfarne høreapparatbrukere, ble de også mer aktiv i sin egen rehabiliteringsprosess. Funnene tyder på at dette kan relateres til at de har tilegnet seg mer kunnskap om sin hørsel og hørselstap. Flere av forskningsdeltakerne hadde ervervet denne kunnskapen selv, og andre hadde etter hvert møtt mer brukerorienterte audiografer.

Som audiograf er det viktig å ha kunnskap og kompetanse innen fagområdet, og være bevisst på hva man sier og gjør. I situasjoner der audiografen må innta ulike roller eller innfallsvinkler til rehabiliteringsprosessen, er det særlig viktig at audiografen er bevisst på hvordan dette kan påvirke prosessen. I tilfeller hvor audiografen er den som vet best og sitter med alle svarene (ekspertrollen) er det lett å skape hjelpeløshet og avhengighet hos bruker. Ut i fra et humanistisk syn så bør den overordnede målsettingen være å skape positiv utvikling og vekst hos bruker (Johannessen m. fl, 2010).

Brukerens behov og ønsker for aktivitet og deltakelse må være styrende for målsetninger og plan for tiltak (Carkhuff, 2000). Det innebærer at brukernes syn på situasjonen, ønsker, ressurser, muligheter og prioriteringer må være utgangspunkt for relasjonen mellom bruker og audiograf. Medvirkning innebærer at brukeren har innflytelse og medbestemmelse på de

beslutninger som skal tas når det gjelder mål, plan og tiltak for rehabiliteringen. Alle brukerne ga uttrykk for at de ønsket å bli tatt på alvor og ha innflytelse i sin egen rehabiliteringsprosess, og at dette også ga dem bedre kontroll på sin egen situasjon. Dette er forenlig med prinsippet om empowerment (Stang, 1998).

Et annet fokus eller underproblemstilling i studien var om bruker kunne få et eierforhold til sitt hørselstap ved å bli mer delaktig. Ut fra forskningsdeltakernes utsagn så tyder det på at samtlige har fått et eierforhold til sin nedsettelse. Funnene kan tyde på at en årsak til dette kan tilskrives økt kunnskap om sin hørsel og hørselstap. Kanskje kan det sies at økt kunnskap fører til mer aktive brukere, noe som igjen styrker eierforholdet? To av forskningsdeltakerne påpekte at det var et paradoks at audiografen skulle fortelle dem hvordan det var å høre dårlig og hvordan de skulle høre i apparatene, når vedkommende selv ikke hadde en hørselsnedsettelse.

Flere av forskningsdeltakerne opplevde at de fikk bedre holdninger til sin hørselsnedsettelse jo mer kunnskap de hadde om konsekvenser av hørselstapet. Flere påpekte at det ble enklere å informere andre om sin hørselsnedsettelse når de selv hadde nødvendig kunnskap. Skal man få omgivelsene til å ta hensyn til hørselsnedsettelsen må man tørre å informere om konsekvensene og hvilke hensyn det er nødvendig å ta (Grønlie, 2005).

Studien viser også til at det i dagens hørselsomsorg er vanskelig å inkludere bruker godt nok i rehabiliteringsprosessen på grunn av manglende brukerfokuset teknologi (Matthews & Heinemann, 2009). Ofte blir brukerne sittende passiv, mens audiografen utfører justeringene. Dette viser behovet for ny teknologi. Alle forskningsdeltakerne hadde en positiv opplevelse av hørselsbordet i forhold til det å fremme brukerverdning. Flere ga uttrykk for at det å kunne justere apparatene i samråd med audiografen ville fremme brukers delaktighet.

5.2 Refleksjoner rundt ny teknologi

Fokusendringen som nå skjer innen helsetjenestene fra passive til aktive brukere, gjør det viktig med et verktøy som imøtekommer denne endringen. Innen hørselsomsorgen kan hørselsbordet være løsningen for å stimulere til mer aktive og fornøyde høreapparatbrukere. Det er allment kjent at det å ha en hørselsnedsettelse i de fleste tilfeller fører til et kommunikasjonsproblem. Mange høreapparatbrukere opplever for eksempel det å høre i støy som spesielt utfordrende (Kochkins, 2000). Utfordringen består i at apparatene ikke bare forsterker tale, men også forsterker uønsket bakgrunnsstøy (Laukli, 2007). Kochkins (2000)

kunne vise til at enkelte høreapparatbrukere ikke brukte apparatene i miljøer med bakgrunnsstøy fordi effekten var for dårlig. I slike tilfeller kan hørselsbordet og den kommende HearGuide være nyttig ved at man kan simulere tale i ulike typer støy. Høreapparatene kan ut i fra dette justeres slik at tale blir mest mulig tydelig i forhold til bakgrunnsstøyen. Brukeren kan, under veiledning fra audiograf, selv utføre enkle justeringer i visse frekvensområder for å finne frem til de innstillingene som gir best taleforståelse (Hansen, 2014). Audiografen kan også justere ulike parametere i høreapparatene som for eksempel støydemping og hvor hurtig høreapparatet arbeider eller justerer seg i støy. Om disse justeringene og endringene i høreapparatet har noen effekt vil man raskt kunne teste via lydsimuleringen som styres fra hørselsbordet. Brukeren vil med dette delta mer aktivt i sin egen rehabiliteringsprosess.

5.3 Implikasjoner og veien videre

Denne studien gir kunnskap om fire høreapparatbrukeres erfaring med brukermedvirkning fra de var førstegangsbrukere og fram til dagens situasjon som erfarne høreapparatbrukere. Det er generelt sett få studier innen brukermedvirkning hos høreapparatbrukere, og det vil derfor være interessant å gjennomføre flere studier knyttet til temaet. Etter å ha jobbet med denne studien har det dukket opp flere forskningsområder. Et aktuelt tema kan være studier som tar for seg audiografens verdigrunnlag i forhold til brukermedvirkning, og hvordan grunnlaget fremmer eller hemmer brukers medvirkning. Et annet tema kan være hvilken effekt brukermedvirkning har på utfallet av rehabiliteringsprosessen? Studier som tar for seg relasjonen mellom audiograf og bruker kan også være et aktuelt tema å forske videre på.

Litteraturliste

- Bastholm, R. (2008). Å gjenvinne verdighet. I A. Lyngvær Hansen, N. Garm, & E. Hjelmervik, *Hørsel- Språk og kommunikasjon. En artikkelsamling* (s. 207-215). Trondheim: Møller kompetansesenter.
- Boymans, M., & Dreschler, W. A. (2012). Audiologist-Driven versus Patient-Driven Fine Tuning of Hearing Instrument. *Trends in Amplification*, 16(1), 49-58.
- Bredland, E. L., Linge, O. A., & Vik, K. (2011). *Det handler om verdighet og deltakelse: Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Carkhuff, R. R. (2000). *The Art of Helping in the 21st Century* (8. utg.). Canada: Human Resource Development Press.
- Christoffersen, H. (1992). *Borgeren og de offentlige serviceydelser*. København: AKF Forlaget.
- Davis, H. (1995). *Rådgivning til foreldre med kronisk syke og funksjonshemmede barn*. Oslo: Ad Notam.
- Grennes, C., Hickson, L., Laplante-Lévesque, A., & Davidson, B. (2014). Patient-centred care: A review for rehabilitative audiologists. *International Journal of Audiology*, 53(1), 60-67. doi: 10.3109/14992027.2013.847286
- Grønlie, S. M. (2005). *Uten hørsel?: En bok om hørselshemming*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Hagen, E. L. (2012). *Høreapparater- brukes de? En kvalitativ studie om eldres hverdagsliv med et hørselstap* (Masteroppgave). Hentet fra <https://innsida.ntnu.no/litteratur>
- Hansen, G. K. (2014). *Prosjektbeskrivelse ABRUMED. Innovasjonsprosjekt i næringslivet*. Trondheim: SINTEF. Upublisert.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Brukermedvirkning*. Hentet 27. mars 2015 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/vurderes/prioriterte-utviklingsomrader/brukermedvirkning/id536803/>
- Hickey, G., & Kipping, C. (1998). Exploring the concept of user involvement in mental health through a participation continuum. *Journal of Clinical Nursing*, 7(1), 83-88.
- Hørselshemmedes Landsforbund. (udatert.). *Høreapparatbrukere*. Hentet 26 mars 2015 fra <http://www.hlf.no/Horselhemminger/Horeapparatbrukere/>
- Johannessen, E., Kokkervold, E., & Vedeler, L. (2010). *Rådgivning: tradisjoner, teoretiske perspektiver og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Johnsen, G. (2006). Intervjuet. I K. Fuglseth, & K. Skogen, *Masteroppgaven i pedagogikk og spesialpedagogikk* (s. 118-131). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Kjeldstadli, K. (1999). *Fortiden er ikke en gang hva den var: En innføring i historiefaget* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kochkins, S. (2000). MarkeTrack V: "Why my hearing aids are in the drawer": The Consumers`perspective . *Hearing Journal*, 53, s. 34-42.
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2009). *Veileder i brukerretting og brukervedvirkning*. Hentet 26. mars 2016 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/veileder-i-brukerretting-og-brukervedvir/id554071/>
- Kvam, M. H., & Tingvold, L. (2004). *Jeg er så utrolig sliten...: Enkeltpersoners erfaringer med å være hørselshemmet, med særlig vekt på arbeidslivet*. Oslo: SINTEF Helse
- Laplante-Lévesque, A., Hickson, L., & Grennes, C. (2014). An Australian survey of audiologists' preferences for patient-centredness. *International Journal of Audiology*, 53, s. 76-82. DOI: 10.3109/14992027.2013.832418
- Lassen, L. M. (2013). *Rådgivning: kunsten å hjelpe*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Laukli, E. (2007). *Nordisk lærebok i audiologi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Løkken, J. (2014). *Forretningsplan for AudioPlus Concept*. Trondheim. Upublisert.
- Matthews, B., & Heinemann, T. (2009). Technology use and Patient participation in audiological consultations. *Australasian Medical Journal*, 1(12), s. 174-180. Doi: 10.4066/AMJ.2009.99
- Meld. St. 11 (2014-2015). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2013*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Meld-St-11-20142015/id2345641/>
- Pasient- og brukerrettighetsloven (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven>
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P. H. (2002). *Bære eller bryte: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Solheim, J. (2011). *Hearing Loss In The Elderly: Concequences of hearing loss and considerations for audiological rehabilitation*. (Doktoravhandling, Universitetet i Oslo). Oslo: AIT Oslo AS.
- St.meld nr. 21. (1998-1999). *Ansvar og meistring: Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-21-1998-99-/id431037/sec2>
- Stach, B. A. (2010). *Clinical audiology: An introduction*. Delmar: Cengage Learning.

- Stang, I. (1998). *Makt og bemyndigelse: om å ta pasient- og brukervedvirkning på alvor*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Storm, M. (2009). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode*. (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- World Health Organization. (2004). *A glossary og terms*. Hentet fra www.who.int/kobe_centre/ageing/ahp_vol5_glossary.pdf - 764k

Vedlegg 1

Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med en masteroppgave

Hei!

Mitt navn er Carita Renate Brevik, og jeg er masterstudent i audiopedagogikk ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) i Trondheim. I den forbindelse skal jeg gjennomføre en masteroppgave med temaet: *Brukermedvirkning under rehabiliteringsprosessen med høreapparater*.

Tidligere studier viser til at mange høreapparater ikke brukes på grunn av mangelfull oppfølging og liten deltakelse av høreapparatbruker under rehabiliteringsprosessen. Jeg er interessert i å finne ut om økt brukermedvirkning kan ha en positiv effekt på blant annet bruken av høreapparater.

For å undersøke dette temaet ønsker jeg å intervjuer rundt fem personer i yrkesaktiv alder. Du må være høreapparatbruker, og du må ha fått justert dine høreapparater via det interaktive hørselsbordet. Intervjuet vil handle om dine erfaringer rundt hørselstap og aktiv deltakelse i rehabiliteringsprosessen. Opplysningene vil anonymiseres i publikasjonen slik at du ikke kan identifiseres, og opptakene slettes når oppgaven er ferdig 01.09.16. Vi blir enig om tid og sted for intervjuet. Varighet på intervjuet er ca. en time.

Det er frivillig å delta i studien, og du kan trekke deg underveis uten å oppgi noen grunn. Jeg håper at du kan tenke deg å delta, da dine opplevelser kan kaste lys over hvordan ny teknologi innen audiologien kan påvirke tjenestetilbudet for høreapparatbrukere.

Tilbakemelding kan sendes på mail til følgende adresse: carita.brevik@audioplus.no. Helst innen 9. mai.

Dersom du kan tenke deg å delta, signerer du den vedlagte samtykkeerklæringen. Den kan leveres til meg på intervjudagen.

Hvis du har spørsmål til studien, eller noe er uklart, kan du kontakte meg på ovennevnte mail eller på telefonnummer 926 32 169.

Du kan også kontakte min veileder Per Egil Mjaavatn ved Pedagogisk institutt på telefonnummer 73 59 81 03.

Studien er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, NSD.

Med vennlig hilsen

Carita Renate Brevik

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2

Intervjuguide

Innledningsvis:

Løs prat/uformell prat

Informasjon:

Si litt om temaet for intervjuet (bakgrunn, formål)

Info om studien, samt forklare taushetsplikt og anonymisering. Samtykkeskjema for opptak.

Starte opptak.

Innledende spørsmål:

Alder, bakgrunn, utdanning, yrkeserfaring

Hvor lenge har du brukt høreapparater?

Hovedfokus:

Jeg vil vite litt om aksept av hørselstap og behovet for høreapparater

Oppfølgingsspørsmål:

Hvordan ble du observant på hørselsnedsettelsen?

Hva var det som gjorde at du aksepterte hørselstapet?

Hvordan opplever du informasjonen du har fått om din hørselsnedsettelse?

Hvordan opplever du informasjonen du har fått om høreapparater og hørselstekniske hjelpemidler?

Fortell om hvilke situasjoner du bruker høreapparatene i?

Hvilke situasjoner opplever du som vanskelig å bruke høreapparatene i?

Hovedfokus:

Hva synes bruker om å bli mer delaktig i justeringen av høreapparatene?

Oppfølgingsspørsmål:

Kan du fortelle litt om hvordan du har opplevd tilpasningsprosessen av høreapparater tidligere? (*avsatt tid/ info om prosessen/ ble dine ønsker og behov ivaretatt?*)

Hvordan opplevde du det å kunne utføre enkle justeringer av høreapparatene selv i samråd med audiografen?

Fortell litt om hvordan du opplevde å justere høreapparatet i et mer realistisk lydmiljø enn det som har vært mulig tidligere.

Føler du at apparatene ble mer fininnstilt når du justerte selv i forhold til at audiografen justerte apparatene? Hvorfor/ hvorfor ikke?

For de som har hatt høreapparater tidligere: Har du tidligere følt et behov for selv å kunne medvirke mer i forhold til justering av høreapparatene?

Føler du at du ble mer delaktig i din egen rehabiliteringsprosess? Kan du utdype svaret noe? (*fra passiv til aktiv?*)

Hvordan har du opplevd det å bli mer delaktig i rehabiliteringsprosessen i forhold til synet på din egen hørselsnedsettelse? (*bedre forståelse for hørselstapet?/ eierforhold til sitt eget hørselstap og rehabiliteringsprosess?/ økt bruk av høreapparater?*)

I hvilken grad har høreapparatene før til endringer i ditt sosiale liv? (*endringer i livssituasjon?/ opplevelse av hørselstapet i sosiale sammenhenger, - praktisk/følelsesmessig*)

Oppsummering:

Oppsummere funn.

Har jeg forstått deg riktig?

Vil du legge til noe?

Avklare evt. videre kontakt for oppfølgingsspm.

Vedlegg 3

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Per Egil Mjaavatn
Pedagogisk institutt NTNU

7491 TRONDHEIM

Vår dato: 17.03.2016

Vår ref: 47323 / 3 / AGH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 11.02.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

47323	<i>Brukermedvirkning under høreapparattilpasning</i>
Behandlingsansvarlig	<i>NTNU, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Per Egil Mjaavatn</i>
Student	<i>Carita Brevik</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.08.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Agnete Hessevik

Kontaktperson: Agnete Hessevik tlf: 55 58 27 97

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

Kopi: Carita Brevik brevikk@hotmail.com

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 47323

Prosjektets formål er å få tak i høreapparatbrukeres opplevelse av å bli mer delaktig under rehabiliteringsprosessen med høreapparater.

Utvalget rekrutteres fra brukere som har deltatt i forskningsprosjekt i regi av SINTEF. Personvernombudet legger til grunn at rekrutteringen ikke utfordrer noens taushetsplikt.

Du opplyser at studien finansieres av arbeidsgiver. Dersom du i ditt arbeid vil ha en dobbeltrolle overfor informantene, anbefaler vi at du er tydelig om ditt arbeidsforhold og at du i forbindelse med studien inntar rollen som student. Vær oppmerksom på at du ikke kan benytte personopplysninger til andre formål enn hva som er avtalt med informantene.

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er hovedsakelig godt utformet. Vi ber imidlertid om at følgende endres/tilføyes:

- Presiser at opplysningen vil anonymiseres i publikasjonen.

Det behandles sensitive personopplysninger om helseforhold.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger NTNU sine interne rutiner for datasikkerhet.

Forventet prosjektslutt er 31.08.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lyd-/bilde- og videoopptak