



**Hvilke utfordringer møter audiografer knyttet til
audiologisk rehabilitering på demente hørselshemmede?**

(Which challenges do audiologists encounter during rehabilitation of hearing impaired patients with dementia?)

Bacheloroppgave i audiologi

Norges teknisk- naturvitenskapelige universitet (NTNU)

Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH)

Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap (INB)

Studieprogram for audiologi (AUD)

BAU 2017

Kandidatnummer: 10007, 10025 & 10008

SAMMENDRAG

Bakgrunn: En økende befolkning og en populasjon som stadig blir eldre er et opptrappende problem for helse- og sosialsektoren ettersom aldring innebærer en økt risiko for ulike sykdommer og lidelser. Høy alder er den største risikofaktoren for å få hørselstap, og mennesker med hørselstap har økt sjanse for å utvikle demens. Dette kan medføre at denne sammensatte diagnosen opptrer hyppigere i fremtiden, noe som vil kunne representere en utfordring for audiografer og deres yrkesutøvelse.

Formål: Å undersøke hvilke utfordringer audiografer møter knyttet til audiologisk rehabilitering på demente hørselshemmede.

Metode: For å belyse vår problemstilling valgte vi å bruke en kvantitativ forskningsmetode. Et spørreskjema ble utarbeidet og sendt til audiografer over hele landet. Spørreskjemaet bestod av 29 spørsmål som omhandlet ulike elementer i audiologisk rehabilitering. Vi mottok 39 svar, der 29 var kvinner, ni var menn og én ville ikke oppgi kjønn.

Resultat: Rehabilitering av demente hørselshemmede ble vurdert som en utfordring for majoriteten av informantene. Kommunikasjon og repetisjon av informasjon ble trukket frem som særlig utfordrende områder. Imidlertid fant vi at majoriteten av informantene opplevde tilstrekkelig kompetanse i møte med demente pasienter, til tross for manglende tilbud på kompetanseheving på arbeidsplassen. Omkring halvparten av informantene oppga at de ikke benyttet tverrfaglig samarbeid som støtte for behandling av demente. Flertallet av audiografene oppga at de tar spesielle hensyn knyttet til audiologisk rehabilitering på demente hørselshemmede. Pårørende ble vurdert å spille en avgjørende rolle i audiologisk rehabilitering.

Konklusjon: Audiologisk rehabilitering på demente hørselshemmede er vurdert å være utfordrende for alle audiografene i vår undersøkelse. Undersøkelsen identifiserte fravær av tilbud for kompetanseheving innen behandling av demente pasienter på arbeidsplassen, og fravær av tverrfaglig tilnærming ovenfor denne pasientgruppen. Funnene i undersøkelsen tyder på at hvor godt denne pasientgruppen ivaretas i stor grad er avhengig av audiografens egne erfaringer og opparbeidet kompetanse.

ABSTRACT

Background: A rapidly expanding population continuously getting older is a growing issue within the health and social services. Old age increases the risk for a multitude of diseases and disorders, such as hearing loss and dementia. This means that the compound diagnosis will become more commonplace and might pose a challenge for audiologists.

Purpose: To research which challenges audiologist encounter when faced with aural rehabilitation on hearing impaired patients with dementia.

Method: In order to elucidate our thesis question, we have chosen to employ a quantitative method of research. A questionnaire was compiled and sent to audiologists across Norway. The questionnaire consisted of 29 questions relating to various aspects of aural rehabilitation. We received 39 replies where 29 identified as female, 9 as male and one as anonymous.

Results: Our research shows that rehabilitation on hearing impaired patients with dementia was deemed to be a challenge by most of our respondents, the main issue being communication and repetition of information. The use of prescribed aids, in addition to the expectations and the involvement from the dependents were deemed to be challenging by our respondents. The majority of the audiologists reported adequate competency for treating elderly demented patients, despite a lack of focused training courses or other competency raising activities at the workplace. Notwithstanding, about half of our respondents did not use interdisciplinary cooperation. Despite this the majority takes special considerations regarding audiological rehabilitation on individuals with hearing impairment and dementia. Finally, we found out that dependents played a crucial role in the aural rehabilitation on hearing impaired individuals with dementia.

Conclusion: We conclude that aural rehabilitation on hearing impaired patients with dementia was challenging for all our respondents. There was a lack of competency raising activities in the workplace, as well as a lack of interdisciplinary cooperation for this patient group, although the need seems to be big. For this reason, how well the patient group is taken care of is in the hands of the audiologist own experiences.

FORORD

Bachelorprosjektet har vært en lærerik og fin prosess, hvor vi har fått verdifulle tilbakemeldinger og innspill fra mange hold. I den forbindelse er det flere vi ønsker å takke. Vi vil rette en stor takk til våre informanter for deltakelse i spørreundersøkelsen som bidro til å gjøre denne studien mulig å gjennomføre.

Vi vil videre takke vår veileder Anita Blakstad Bjørnerås for god veiledning med verdifulle innspill og støtte gjennom hele perioden.

En takk til den autoriserte audiograf for utføring av pilotundersøkelsen og til alle som har korrekturlest studien vår.

Trondheim, 5. mai. 2020

INNHOLDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG	I
ABSTRACT	II
FORORD	III
1.0 INTRODUKSJON	1
1.1 Demens	1
1.2 Alzheimers sykdom	1
1.3 Forekomst av demens	2
1.4 Aldersrelaterte utfordringer, kognitiv svikt og demens.....	3
1.5 Hørselsnedsettelse hos eldre.....	3
1.6 Eldrebølgen.....	4
1.7 Audiologisk rehabilitering	4
1.8 Oppsummering	7
2.0 PROBLEMSTILLING	7
3.0 METODE	8
3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	8
3.2 Spørreskjema	9
3.3 Utvalg	10
3.4 Validitet og reliabilitet.....	10
4.0 ETISKE FORHOLD	11
4.1 Regional etisk komité	11
4.2 Frivillighet	11
4.3 Konfidensialitet	12
4.4 Anonymitet	12
5.0 RESULTATER	12
5.1 Forekomst	12
5.2 Kognitive utfordringer	13

5.3 Kommunikasjon.....	13
5.4 Repetisjon av informasjon	14
5.5 Pårørendes forventninger/ innblandinger	14
5.6 Betjening av hjelpemidler.....	15
5.7 Tverrfaglig samarbeid og kompetanse	15
5.8 Oppfølging og behov	16
6.0 DISKUSJON	16
6.1 Kognitive utfordringer	16
6.2 Kommunikasjon.....	17
6.3 Pårørendes forventninger/ innblandinger	19
6.4 Betjene hjelpemidler	20
6.5 Audiografens kompetanse	21
6.6 Tverrfaglig samarbeid.....	22
6.7 Spesielle hensyn og oppfølging	23
6.8 Brukermedvirkning	24
7.0 METODEKRITIKK	25
8.0 KONKLUSJON.....	28
9.0 REFERANSER.....	30
VEDLEGG	34
Vedlegg I- Informasjonsskriv	34
Vedlegg II – Spørreskjema	36
Vedlegg III- Kommentarer fra informanter	45

1.0 INTRODUKSJON

I denne oppgaven skal vi se nærmere på audiografer sine utfordringer knyttet til audiologisk rehabilitering på demente hørselshemmede pasienter. Innledningsvis vil vi starte med å legge frem hva forskning på området sier om temaet vi har valgt.

1.1 Demens

«En demensdiagnose er en fellesbetegnelse på organiske forandringer i hjernen som medfører kognitiv svikt, atferds- og personlighetsendringer, svekket evne til å utføre dagliglivets funksjoner, og til å ta vare på seg selv» (Brækhus & Lillesveen, 2005, s. 9). Opplevelsen av demens er derimot individuell og baserer seg mye på hvilke områder og funksjoner som blir rammet, men også årsaken til utviklingen (Gjerstad, Fladby & Andersson, 2013, s. 25). Imidlertid finnes det noen elementer som er felles for alle former, nemlig at demens påvirker hvordan man ser på seg selv, hvordan andre forholder seg til deg, og på sikt også hvordan du mestrer og håndterer livet ditt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 11). I Norge er diagnostiseringen av demens basert på det internasjonale klassifikasjonssystemet ICD-10 utviklet gjennom Verdens Helseorganisasjon (WHO) (Gjerstad et.al., 2013, s. 23; Brækhus & Lillesveen, 2005, s. 9). Ved å følge dette systemet må en rekke kriterier være oppfylt for å kunne sette en demensdiagnose (Solheim, 2015, s. 20). Som figur 1 viser finnes det tre kategorier som karakteriserer de ulike gradene av demens: mild, moderat og alvorlig. Samtidig må tilstanden ha en varighet på over seks måneder for å innfri kriteriene for demens (Brækhus & Lillesveen, 2005, s 9).

ICD-10 kriteriene for demens	
«I	(1) Svekket hukommelse, især for nyere data (2) Svikt av andre kognitive funksjoner (dømmekraft, planlegging, tenkning, abstraksjon) Mild: Virker inn på evnen til å klare seg i dagliglivet Moderat: Kan ikke klare seg uten hjelp fra andre Alvorlig: Kontinuerlig tilsyn og pleie er nødvendig Den kognitive svikten må influere på dagliglivets aktiviteter
II	Klar bevissthet
III	Svikt av emosjonell kontroll, motivasjon eller sosial atferd; ≥ 1 av følgende: (1) Emosjonell labilitet (2) Irritabilitet (3) Apati (4) Unyansert sosial atferd
IV	Tilstanden må ha en varighet av ≥ 6 måneder»

Figur 1: Viser kriteriene for mild, moderat og alvorlig grad av demens. Fra *Utredning av demens: Organisering og samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten*. (s. 9), av A. Brækhus & B. Lillesveen, 2005, Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse.

1.2 Alzheimers sykdom

Det finnes mange ulike typer demens. Den vanligste formen er Alzheimers sykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 9; Engedal & Haugen, 2018, s. 60). Alzheimer's Disease International (u.å.) understreker også dette, samt anslår organisasjonen at sykdommen

forekommer i 50-75% av alle tilfellene av demens. Prevalensen av demenslidelser, i hovedsak Alzheimers, øker raskt (Rizzi, Rosset & Roriz-Cruz, 2014, s. 5). Ved denne type demens ødelegges hjerneceller og nerver, noe som dermed forstyrrer sendere som leder meldinger til hjernen, spesielt de som er ansvarlige for å lagre minner, noe som påvirker evnen til å huske, snakke, tenke og ta beslutninger (Alzheimer's Disease International, u.å.). En kjenner ikke til spesifikke årsaksfaktorer til Alzheimer's sykdom, kun til faktorer som øker eller reduserer risikoen. Noen eksempel på ikke modifiserbare risikofaktorer for denne sykdommen er aldring, genetiske årsaker, mutasjon, risikogener og Downs syndrom (Engedal & Haugen, 2018, s. 66).

Tap av minne, vanskeligheter med å finne de rette ordene for hverdagsobjekter eller humørsvingninger er de vanligste symptomene i startfasen av Alzheimers sykdom (Alzheimer's Disease International, u.å.). Videre i utviklingen er det vanlig at den som er rammet glemmer nyere hendelser, navn og ansikter, og har vanskeligheter med å forstå hva som blir sagt. Vedkommende kan også blir forvirret ved håndtering av penger og/eller bilkjøring, samt kan vise apatiske trekk (Alzheimer's Disease International, u.å.) Når sykdommen utvikler seg ytterligere er det vanlig at den rammede står opp midt på natten eller vandrer av gårde og går seg vill. Vedkommende mister hemningene og følelsen av passende oppførsel, og den rammede kan kle av seg i offentligheten eller gjøre upassende seksuelle fremstøt (Alzheimer's Disease International, u.å.).

1.3 Forekomst av demens

Forekomsten av demenslidelser er nasjonalt mellom 80 000 og 100 000 (Folkehelseinstituttet, 2019). Dette antallet er økende, og beskrives som den største globale utfordringen for helse- og sosialsektoren i det 21. århundre (Livingston et al., 2017, s. 1). I Demensplanen 2020 understrekes det også at blant de største utfordringene vi står overfor som følge av økt levealder og endret alderssammensetning, er at tallet på personer med demens sannsynligvis vil fordobles de nærmeste 30-40 årene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 7).

Demenslidelser opptrer i hovedsak hos personer over 65 år (Livingston et al., 2017, s. 1). Ettersom hørselen svekkes med alderen, er denne aldersgruppen kjent for audiografer og deres arbeidshverdag. Hele 96% (n=312) av audiografene i en studie opplyste om at de hadde behandlet demente hørselshemmede pasienter (Wright et al., 2014, s. 223). Dette støtter opp under viktigheten av at audiografer innehar kunnskap og kompetanse om demenslidelser.

Kunnskap om demens fremheves dessuten som viktig å innføre i alle relevante helse- og velferdsutdanninger da brukergruppen rapporterer at de opplever mangel på dette i møte med helsevesenet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 26).

1.4 Aldersrelaterte utfordringer, kognitiv svikt og demens

Audiografer må ha kunnskap om aldersrelaterte, kognitive utfordringer som kan påvirke hørselen og rehabiliteringens tilnærming (Kricos, 2009, s. 39). Dette blant annet fordi mange etter 75-års alderen vil oppleve redusert kognitiv funksjon på noen områder, nettopp på grunn av aldring (Engedal & Haugen, 2018, s. 15). Normale aldersrelaterte utfordringer kan for eksempel være svekket syn og hørsel, nedsatt oppmerksomhet, reaksjonshastighet, arbeidstempo, utholdenhet og toleranse for stress og press (Engedal & Haugen, 2018, s. 215). Det kan være vanskelig å skille om en pasient har aldersrelaterte utfordringer eller om vedkommende er rammet av andre tilstander eller lidelser. Ved mild kognitiv svikt påvirkes hvor hurtig man kan tenke, og hvor godt man kan huske, men personen fungerer normalt i dagliglivet (Engedal & Haugen, 2018, s. 17). Ved demens, i motsetning til mild kognitiv svikt, påvirkes også aktiviteter i dagliglivet, samt sosial funksjonsevne (Livingston et al., 2017, s. 3). Dette viser at hukommelsesproblemer ikke er ensbetydende med en demenslidelse. Samtidig er det viktig å være klar over at mild kognitiv svikt, typisk hos eldre, kan være en begynnelse på demens (Aimoni et.al., 2014 s. 228; Livingston et al., 2017, s. 2).

1.5 Hørselsnedsettelse hos eldre

Ifølge Aarhus, Kvestad, Tambs & Engdahl (2012, s. 175) har 62% av nordmenn over 65 år et hørselstap. Aldring er assosiert med signifikant avtagende hørsel, samt at evnen til å identifisere og huske ord reduseres (Aimoni et al., 2014 s. 231). Diagnosen presbycusis er den hyppigste årsaken til nedsatt hørsel hos eldre mennesker, og innebærer at hørselen gradvis avtar ved økende alder. Som oftest skyldes hørselsnedsettelse hos eldre skader i det indre øret eller defekter nevralt (Solheim, 2015, s. 116). Et ubehandlet hørselstap kan utløse depresjon, apati, og psykomotorisk uro, noe som kan føre til at kognitive funksjoner fremstår dårligere enn de er (Mamo, Oh & Lin, 2017, s. 177; Kricos, 2009, s. 40). Det er dermed ikke alltid lett å oppdage hørselstap på mennesker med demens, da symptom på et ubehandlet hørselstap og demens er overlappende (Hopper og Hinton, 2012, s. 304). Samtidig kan dette være svært viktig, blant annet fordi en hørselsnedsettelse kan øke risikoen for demens (Gurgel et al., 2014, s. 9; Lin & Albert, 2014, s. 671; Livingston et al., 2017, s. 7). Dermed vil det å behandle hørselstapet så tidlig som mulig for å forebygge utvikling av demenslidelse være

essensiell. Funn som understreker at den diagnostiske overlappingen er utfordrende er studien til Hopper og kollegaene (2001, s. 305), som registrerte at 55 beboere med demens ikke besto hørselsscreening, til tross for at bare 15 hadde fått påvist nedsatt hørsel. Dette peker på viktigheten av at audiografer har en rehabiliteringsplan for denne pasientgruppen som trolig vil ha andre behov enn personer med normale kognitive funksjoner. Derfor kreves det kunnskap og kompetanse om denne pasientgruppen og konsekvensene av diagnosene. Samtidig vil det også kreves gode kommunikasjonsferdigheter og god samarbeidsevne med både pasient og omsorgspersoner fra audiografen, på bakgrunn av hvordan denne sammensatte diagnosen utvikler seg.

1.6 Eldrebølgen

Tradisjonelt har ung alderdom blitt definert fra fylte 65 år, til og med 74 år. Fra 75 år kalles det gjerne sen alderdom (Orimo et al., 2006, s. 149). Statistisk sentralbyrå (2019) antar at rundt hver femte person i Norge vil være over 70 år i 2060. Hovedårsaken til den sterke økningen i antall eldre framover, er de store fødselskullene etter andre verdenskrig (Wettergreen et al., 2019). Norge får derfor betydelige utfordringer knyttet til den demografiske utviklingen de nærmeste tiårene, med flere gamle og relativt færre i yrkesaktiv alder (Østbye, 2004). Ettersom befolkningsandelen eldre er økende, vil man i fremtiden oppleve hyppigere forekomst av både demenslidelser og hørselsnedsettelse (Hopper & Hinton, 2012, s. 303). Noe som videre tyder på at audiografene vil møte denne pasientgruppen oftere i fremtiden (Wright et al., 2014, s. 221). Dette understreker hvor viktig det er å belyse utfordringene som oppleves knyttet til audiologisk rehabilitering på denne pasientgruppen, da det trolig bare blir en større oppgave å løse for audiografer i årene som kommer.

1.7 Audiologisk rehabilitering

Audiologisk rehabilitering har som mål å redusere vanskelighetene som pasientene føler på, knyttet til hørselsnedsettelsen, samt minimere konsekvensene av den (Tye-Murray, 2015, s. 3). Dagens praksis for audiografer i Norge starter ofte med kartlegging av hørselen til pasienten før man videre vurderer om hørselstekniske hjelpemidler er aktuelt. I en testsituasjon er man avhengig av at pasienten forstår instruksjoner. Viktigheten av kommunikasjon og hvordan den formidles er sentral gjennom hele konsultasjonen (Wright et al., 2014, s. 227). Graden av demens er også avgjørende for om instruksjoner blir forstått (Wright et al., 2014, s. 223). Før man tildeler hjelpemidler må man forsikre seg om at

pasienten er motivert, har de rette holdningene og forventningene til hjelpemiddelet (Tye-Murray, 2015, s. 396). Imidlertid opplevde audiografer i en studie at pårørendes innblandinger/forventninger byr på utfordringer i forbindelse med hørselstekniske hjelpemidler, da forventningene kan være urealistiske (Wright et al., 2014, s. 225). Samtidig er barrierer i en rehabiliteringsprosess at omsorgspartnere ikke gjenkjenner hørselstap, fordi kommunikasjonsproblemer forbundet med hørselstap og demens ofte overlapper (Hopper & Hinton, 2012, s. 302).

Videre kan en demenslidelse dramatisk påvirke designet og suksessen av en rehabiliteringsplan (Tye-Murray, 2015, s. 473). Tiltak som iverksettes bør derfor ideelt sett ivareta personen som en helhet og ivareta deres medisinske, kognitive, emosjonelle, psykologiske og sosiale behov. Forskjellige personer trenger forskjellige behandlinger, og disse vil endre seg i takt med demenslidelsen utvikling (Livingston et al., 2017, s. 20). Personer med demens vil selv være med og ta avgjørelser som angår dem. Derfor må det legges til rette for økt brukerinnflytelse og brukerinvolvering (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 7).

Selve tilpasningen innebærer også mye ny informasjon, noe som dermed kan bli en krevende innlæringsprosess for denne pasientgruppen. Blant annet fordi personer med demens opplever svekket oppmerksomhet, og at dette ofte handler om redusert evne til å skille uviktige beskjeder fra viktige (Engedal & Haugen, 2009, s. 33). Samtidig forårsaker demens redusert hukommelse og pasienten vil dermed ikke huske eller forstå hva som nettopp har blitt gjennomgått (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 9). Det vil dermed kunne bli utfordrende for demente å betjene tildelte hjelpemidler på riktig måte, og i det hele tatt huske at de har fått utstyr tildelt. Dette kan videre bli en utfordring for audiografer, da man hele tiden vil måtte repetere informasjon. Samtidig som det pekes på manglende ressurser og tid for å kunne praktisere individuell omsorg for denne pasientgruppen for audiografer i Wright et al. (2014, s. 224) sin studie.

Audiografer påpekte også at de opplevde en manglende kompetanse i møte med denne pasientgruppen (Wright et al., 2014, s. 224). Samtidig ble kommunikasjon dratt frem som en stor utfordring, og audiografene viste til viktigheten av å ha gode kommunikasjonsferdigheter i møte med demente hørselshemmede pasienter (Wright et al., 2014, s. 227). Det kom også frem at audiografene mente demente hørselshemmede fikk mangelfull oppfølging (Wright et

al., 2014, s. 223; Kricos, 2009, s. 42), og at omsorgspersoner og andre rundt pasienten hadde manglende kunnskap om demens og hørselstap (Wright et al., 2014, s. 225). Samtidig sies det at å starte tilvenning av høreapparater på personer med demenslidelse er for krevende (Solheim, 2015, s. 118). Videre vises det til at utbytte av høreapparat blant voksne med kognitiv svikt er lavt, og det ser ut til at leger og familier ofte mener at det å behandle hørselstap (eller til og med diagnostisere hørselstap) for personer med demens ikke er verdt innsatsen en familie må gjennom (Mamo et al., 2017, s. 179). Derfor er det viktig at audiografer kan gi oppklarende informasjon om hørselstapets konsekvenser til omsorgspartnere til demente hørselshemmede, slik at de forstår tegn, symptomer og innvirkning hørselstapet har på dagliglivet (Hopper & Hinton, 2012, s. 302).

Audiologisk rehabilitering har imidlertid en rekke fordeler. For det første kan hørselstekniske hjelpemidler bidra til at den kognitive degenereringen skjer langsommere (Brent, 2019, s. 3101; Tye-Murray, 2015, s. 454; Limongi, Noale, Siviero, Crepaldi & Maggi, 2015, s. 98). Noe som dermed taler for å tildele hjelpemidler til denne pasientgruppen, spesielt i et tidlig stadium av sykdommen, til tross for utfordringer som kan oppstå. For det andre kan det å oppdage hørselstap hos eldre tidlig være viktig for forebygging av demens. Audiologisk rehabilitering med hørselstekniske hjelpemidler, som varslingssystemer i hjemmet eller lignende kan dessuten være essensielt for hørselshemmede med mild og moderat demens. Dette kan føre til at den demente hørselshemmede opplever både trygghet og mer selvstendighet i eget hjem, samtidig som de pårørende kan føle på sikkerhet overfor deres nærmeste. Det er derfor viktig at det blir tilrettelagt i form av blant annet skreddersydde timer og at informasjon gis på en forståelig måte, da audiologisk rehabilitering på denne pasientgruppen kan tilføre demente hørselshemmede en betydelig helsegevinst.

Imidlertid vet man at kognitiv svikt, som ved demens, begrenser evnen til å motta informasjon og uttrykke egne preferanser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 34). Både personer som selv har demens og de sosiale omgivelsene, opplever at demensutviklingen gradvis reduserer muligheten til å bestemme over eget liv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 13). Noe som understreker betydningen av kontaktpersoner til demente hørselshemmede pasienter. Dette tyder dermed på at det ikke er en enkel oppgave å rehabilitere denne gruppen til tross for at behovet er stort. Audiografens kompetanse og pårørendes engasjement vil dermed innebære avgjørende suksessfaktorer i rehabiliteringen av denne pasientgruppen, samt hvordan audiografer velger å formidle informasjon.

1.8 Oppsummering

Eldrebolegen vil medføre en økning i antall demenstilfeller, samt hørselsnedsettelse. For det audiologiske miljøet vil dette bety at man hyppigere vil komme i kontakt med denne pasientgruppen i sin arbeidshverdag. Da det har vist seg at en hørselsnedsettelse er en risikofaktor for utvikling av demens, samtidig som at rehabilitering med tekniske hjelpemidler kan medføre at den kognitive degenereringen skjer langsommere. Dette gjenspeiler viktigheten av audiologisk rehabilitering for denne pasientgruppen. Demensplan 2020 understreker dessuten at det kreves mer åpenhet og økt kunnskap om demens i samfunnet generelt, og i helse- og omsorgstjenestene spesielt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 26). Samtidig er det vesentlig å være klar over at utfordringer kan oppstå under audiologisk rehabilitering for denne pasientgruppen, og det å belyse utfordringene kan være viktig for framtidig yrkesutøvelse. En betydelig utfordring innebærer den avgjørende rollen som omsorgspartnere innehar ved at de ofte undervurderer de negative følgesplager et hørselstap kan gi (Hopper & Hinton, 2012, s. 302). Dessuten vil det å sette inn tiltak for forebygging, behandling og pleie av demens i stor grad kunne forbedre livskvaliteten for personer med demens og deres familier (Livingstone et al., 2017, s. 1). Imidlertid er personer med demens underrepresentert i hørselsforskning, til tross for at utbredelsen av demens og hørselstap øker. Forskning innen hørsel og kommunikasjon på personer med mild til moderat demens må dermed prioriteres dersom hørselshelsen til denne pasientgruppen skal forbedres (Hopper, Slaughter, Hodgetts, Ostevik & Ickert, 2016, s. 1540).

2.0 PROBLEMSTILLING

Vi har valgt å se nærmere på utfordringene audiografer møter i sin arbeidshverdag knyttet til audiologisk rehabilitering på demente hørselshemmede pasienter, og problemstillingen vår lyder som følgende:

«Hvilke utfordringer møter audiografer knyttet til audiologisk rehabilitering på demente hørselshemmede?»

3.0 METODE

Ordet metode henviser ofte til en bestemt fremgangsmåte som er brukt i oppgaven, som for eksempel intervju, observasjon eller spørreskjema (Dalland, 2012, s. 50). Vi skal i denne oppgaven undersøke hvilke utfordringer audiografer opplever knyttet til audiologisk rehabilitering på demente hørselshemmede pasienter, og en kvantitativ forskningsmetode med tverrsnittstudie som undersøkelsesdesign er da hensiktsmessig. Dette fordi vi ønsker å sette søkelys på overflaten og belyse tendenser som er utbredt blant et større utvalg. Kvantitativ metode beskrives slik: «*De kvantitative metodene har den fordel at den gir data i form av målbare enheter. Tallene gir oss muligheter til å foreta regneoperasjoner, enten vi ønsker å finne gjennomsnitt eller prosentandeler av en større mengde*» (Dalland, 2012, s. 112).

Problemstillingen vår «Hvilke utfordringer møter audiografer knyttet til audiologisk rehabilitering på demente hørselshemmede?» er generell, da den ønsker å uttale seg om alle audiografer i Norge, og ønsker å beskrive allmenne fenomener. Den vanligste formen for undersøkelsesdesign når problemstillingen er av en slik type, er det man kaller en tverrsnittstudie. Ordet tverrsnitt innebærer at vi studerer virkeligheten på kun ett gitt tidspunkt. Et slikt undersøkelsesdesign egner seg til to ting, å beskrive en tilstand på et gitt tidspunkt eller finne ut hvilke fenomener som varierer sammen på et gitt tidspunkt (Jacobsen, 2010, s. 66).

3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å sikre at den informasjonen vi innhentet skulle være relevant og si noe om vår problemstilling, så hadde vi noen inklusjons- og eksklusjonskriterier. Informantene måtte ha jobbet som autorisert audiograf i minimum ett år for å kunne svare på undersøkelsen vår, dermed ble de som hadde arbeidet mindre enn ett år ekskludert. Vi inkluderte imidlertid én informant som ikke var autorisert audiograf, da utdanningen ikke fantes da vedkommende studerte. Vedkommende hadde derimot jobbet som audiograf i over 40 år, og vi anså at denne personen dermed ville ha nyttige erfaringer. Når det gjaldt arbeidssted ble både offentlig/høresentraler, helprivate audiografklinikker og avtalespesialister inkludert. De som arbeidet hos høreapparat-leverandører og på NAV hjelpemiddelsentral ble ekskludert, til tross for at noen hadde jobbet som audiograf tidligere. Dette fordi vi ønsket å innhente aktuell informasjon om hvordan yrkespraksisen på dette området er på nåværende tidspunkt.

3.2 Spørreskjema

For gjennomføringen av undersøkelsen vår valgte vi å utarbeide et spørreskjema som vi skulle sende på e-post til aktuelle informanter. En fordel med å sende spørreskjema kan være at audiografene kan svare i eget tempo. En ulempe kan derimot være at det er vanskelig å oppnå høy svarprosent, og man kan heller ikke kontrollere om rett person har svart eller om spørsmålene har blitt tolket riktig. Formulering av spørsmålene blir sett på som det primære i utviklingen av spørreskjema. Spørsmålene bør være korte, ha et språk som er tilpasset målgruppen, unngå negasjoner og sterke adjektiver (for eksempel aldri og alltid), presentere bare en sentral ide og unngå dobbelt ladede spørsmål som spør om to ting samtidig (Martinussen et al, 2010, s. 36). Samtidig burde innholdet virke interessant for de som skal svare. Spørreskjemaet vårt ble til slutt bestående av 29 spørsmål (se Vedlegg II). Vi hadde både matriser, tekstfelt med mulighet for utdyping og spørsmål med rangordnede svar inkludert i vårt spørreskjema. For å kvalitetssikre spørsmålene våre, både med tanke på formulering og svaralternativ, valgte vi å gjennomføre en pilotundersøkelse med en autorisert audiograf. En pilotundersøkelse kan øke validiteten til en kvantitativ hovedundersøkelse ved at vi blir sikrere på at vi stiller de rette spørsmålene (Jacobsen, 2010, s. 81).

Vi kontaktet deretter alle hørselsklinikene, avtalespesialistene og private audiografklinikene som vi klarte å finne kontaktinformasjon til. Det viste seg imidlertid at det ikke bare var enkelt å få tak i kontaktinformasjon til de ulike arbeidsplassene. I denne prosessen måtte vi derfor ringe rundt for å forsikre oss om at e-posten hadde kommet frem og var videresendt til audiografer som arbeidet ved stedet, siden bare noen få svarte at e-posten fra oss var mottatt. Vi oppdaget også at fem sykehus hadde elektronisk brannmur, som gjorde at de ikke fikk åpnet lenken til spørreskjemaet vårt. Dette løste seg, da vi fikk sendt e-posten til privatadresser til ulike audiografer ved de aktuelle sykehusene. E-posten vi sendte bestod av et informasjonsskriv om undersøkelsen og en lenke til spørreskjemaet vårt (Vedlegg I), samt en oppfordring om å videresende e-posten til audiografkolleger ved avdelingen eller klinikken. Vi endte opp med å sende 113 e-poster totalt, og med 39 svar gir dette en svarprosent på 34,5%, noe som var forventet med tanke på svarprosenten i tidligere bacheloroppgaver.

3.3 Utvalg

39 audiografer, derav 29 kvinner, 9 menn og én person som ikke ville oppgi kjønn responderte på vårt spørreskjema. Majoriteten av informantene våre arbeidet ved høresentraler på sykehus, men også avtalespesialister og private audiografklinikker var representert i vårt utvalg. Av audiografene i vår undersøkelse var 48,7% (n=19) mellom 36-50 år, 35,8% (n=14) mellom 22-35 år, 10,2% (n=4) mellom 51-60 år, 2,5% (n=1) over 60 og 2,5% (n=1) ville ikke oppgi alder.

Tabell 1: Viser antall audiografer fra de ulike sektorene som deltok i vår studie, samt hvilken arbeidserfaring de ulike hadde (n=39).

Arbeidserfaring	Private klinikker n=6	Offentlige klinikker n=21	Avtalespesialister n=12
1-3 år	-	-	4
4-6 år	1	3	3
7-10 år	1	2	1
>10 år	4	16	4

3.4 Validitet og reliabilitet

Forskningsetikk handler om forskningsresultaters troverdighet. Reliabilitet og validitet står i et avhengighetsforhold, men det er ikke gjensidig. Validitet handler om gyldighet og relevans, noe som innebærer at data må være relevante for problemstillingen (Dalland, 2012, s. 52). Det er dermed ikke nok at kildene er relevante, dersom dataene ikke er det (Dalland, 2012, s. 120). Betegnelsen reliabilitet står for pålitelighet (Dalland, 2012, s. 52). Selv om data i utgangspunktet er relevante, så må de være samlet inn på en sånn måte at de er pålitelige. De ulike leddene i prosessen må være frie for unøyaktigheter. Dersom for eksempel informanten misforstår spørsmålet vil dette føre til redusert pålitelighet (Dalland, 2012, s. 52). Mens høy reliabilitet er en forutsetning for høy validitet, gjelder ikke det motsatte. I testutvikling testes

derfor alltid reliabilitet før validitet (Martinussen et al., 2010, s. 21). Statistisk styrke er viktig å undersøke før forskningen begynner og er nyttig til å beregne hvor mange personer som må inkluderes for å avdekke en forskningseffekt dersom den skulle eksistere i virkeligheten (Martinussen et al, 2010, s. 21).

Alle informantene våre hadde vært i kontakt med denne pasientgruppen, og ingen sjeldnere enn 1-3 ganger i måneden, noe som styrker vår validitet. I tillegg tydeliggjorde vi i informasjonsskrivet at informantene måtte ha jobbet minimum ett år som audiograf, og det viste seg at hele 61,5% (n=24) av våre informanter hadde jobbet i mer enn 10 år som audiograf, noe som dermed kan bidra til relevans og gyldighet med tanke på problemstillingen vår. Noen elementer som styrker vår reliabilitet er blant annet at vi tok forholdsregler med tanke på at vi ikke ønsket svar fra audiografer som ikke jobbet aktivt klinisk, og ombestemte oss dermed fra å dele spørreskjemaet på Facebook-gruppa “Jeg er/Skal bli audiograf”. En annen faktor omhandler at vi gjennomførte en pilotundersøkelse med en autorisert audiograf som dermed har kvalitetssikret og gitt verdifulle innspill knyttet til spørreskjemaet vårt. Også det at vi har gitt informantene mulighet til å supplere kommentarer i fritekst styrker også reliabiliteten ytterligere.

4.0 ETISKE FORHOLD

4.1 Regional etisk komité

Etter at prosjektplanen for denne bacheloroppgaven var levert snakket vi med emneansvarlig for bachelor. Vi kom da frem til at vi ikke hadde behov for REK-godkjenning i gjennomføring av denne undersøkelsen.

4.2 Frivillighet

De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene (2016) beskriver samtykke som en hovedregel ved forskning på mennesker eller på opplysninger og materiale som kan knyttes til enkeltindivider. Samtykket skal være informert, frivillig og dokumenterbart (De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene, 2016). Vi utarbeidet et informasjonsskriv som vi sendte sammen med lenken til spørreskjema. Informantene måtte huke av for samtykke nederst i spørreskjemaet vårt. Det bekreftet dermed frivillig deltakelse og at datamaterialet kunne benyttes anonymt i vår oppgave.

4.3 Konfidensialitet

Informantene har rett til at personlig informasjon holdes konfidensielt (De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene, 2016). Dette vil altså si at personlig data som vi innhenter ikke skal omtales eller fortelles videre. I denne studien har vi innhentet informasjon om kjønn, alder, hvilke utdanning audiograferne har og hvilken sektor de jobbet ved. Hver informant ble tildelt et nummer. Når all rådata var samlet inn og ferdig behandlet, ble alle data og kontaktinformasjon slettet.

4.4 Anonymitet

Opplysningene er anonymisert når man på ingen måte kan identifisere informanter i et datamateriale, verken direkte gjennom navn eller personnummer, eller indirekte gjennom bakgrunnsvariabler (Dalland, 2012, s. 103). Sentral informasjon som informantens kjønn, alder og arbeidserfaring vil være av interesse for vår studie, da slike data vil være med på å systematisk sortere informantene våre i ulike kategorier. Informantene skal som nevnt beholde anonymiteten gjennom hele undersøkelsen. Dataene ble etter innhenting av spørreskjema og analyse makulert, slik at informantenes personlige informasjon er umulig å spore tilbake.

5.0 RESULTATER

Med problemstillingen vår «Hvilke utfordringer møter audiografer knyttet til audiologisk rehabilitering på demente hørselshemmede?» ønsket vi som tidligere nevnt å avdekke om audiografer opplever sentrale utfordringer rundt rehabiliteringsprosessen. I denne delen av oppgaven skal vi presentere funnene våre.

5.1 Forekomst

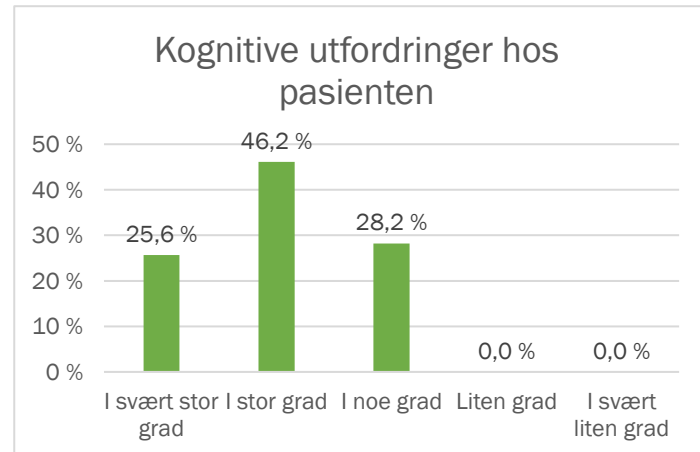
Vi startet med å undersøke hvor ofte audiografer i sin arbeidshverdag møter de ulike aldersgruppene, samt hørselshemmede med aldersrelaterte kognitive utfordringer. Dersom vi ser på de som flere ganger i uken og de som daglig var i kontakt med personer over 60 år var dette hele 92,2% (n=36) av informantene våre. De tre resterende informantene hadde månedlig kontakt med de samme aldersgruppene. Videre undersøkte vi hvor ofte informantene våre var i kontakt med hørselshemmede med tegn på aldersrelaterte utfordringer. Vi fant da at 41% (n=16) møtte hørselshemmede med aldersrelaterte

utfordringer 1-4 ganger i uken. 28,2% (n=11) møtte denne pasientgruppen daglig og 30,7% (n=12) var i kontakt med denne pasientgruppen 1-3 ganger i måneden. Funnene våre viser altså at ingen av informantene våre var i kontakt med denne pasientgruppen sjeldnere enn 1-3 ganger i måneden. Samtidig som mange hyppig møtte aldersgruppene der både demenslidelser og aldersrelaterte hørselstap gjerne inntreffer i sin arbeidshverdag.

5.2 Kognitive utfordringer

Kognitive utfordringer hos pasienten ble sett på som den største barrieren med tanke på gjennomføring av audiologisk rehabilitering på denne pasientgruppen for informantene våre.

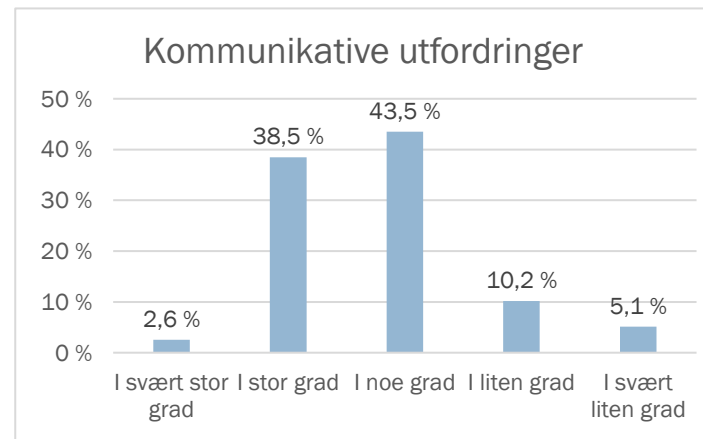
71,8% (n=28) av informantene våre opplevde at kognitive utfordringer er barrierer i audiologisk rehabilitering på demente hørselshemmede i svært stor eller stor grad, og 28,2% (n=11) opplevde det samme i noe grad (figur 2).



Figur 2: Audiografer i prosent som angir i hvilken grad de opplever kognitive utfordringer som en barriere.

5.3 Kommunikasjon

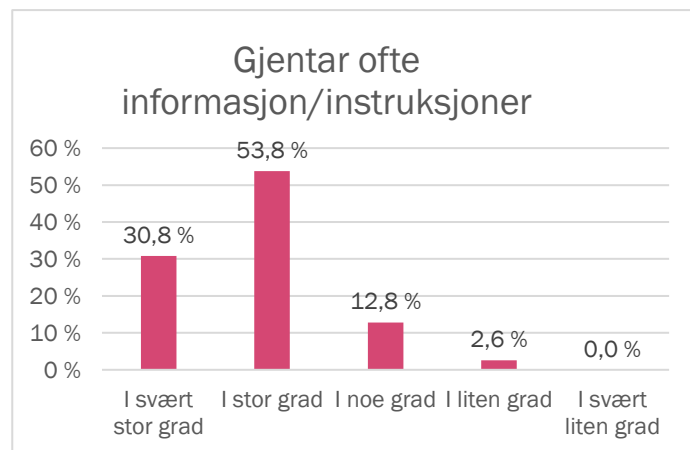
Videre så vi nærmere på hvilke spesifikke utfordringer rehabiliteringsprosessen byr på for audiografene som deltok i vår undersøkelse. Vi fant da at kommunikasjon generelt med demente hørselshemmede pasienter ble rapportert som en stor utfordring for majoriteten av informantene våre. 41,1% (n=16) oppgir kommunikative utfordringer i svært stor eller stor grad, samt 43,5% (n=17) opplever dette utfordrende i noen grad (figur 3). En minoritet av informantene våre opplever dette som svært lite eller lite utfordrende i deres møte med denne pasientgruppen.



Figur 3: Audiografer i prosent som angir i hvilken grad de opplever det kommunikative som utfordrende i en rehabiliteringsprosess.

5.4 Repetisjon av informasjon

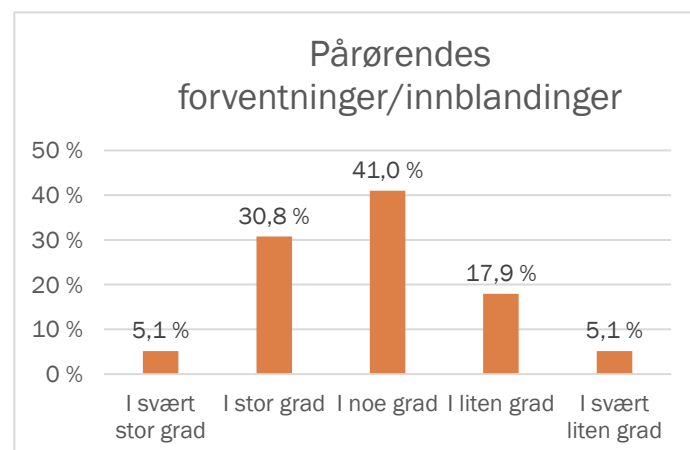
Videre til den utfordringen som kanskje tydeligst skilte seg ut blant våre funn knyttet til utfordringer audiografer opplevde i møte med audiologisk rehabilitering på hørselshemmede demente pasienter. Dette omhandlet å ofte måtte gjenta informasjon/ instruksjoner til denne pasientgruppen. Hele 84,6% (n=33) oppga at de i svært stor eller stor grad hyppig måtte gjenta informasjon/ instruksjoner til demente hørselshemmede pasienter. 12,8% (n=5) av audiografene i vår undersøkelse synes dette var en utfordring i noe grad og bare 2,5% (n=1) syntes dette var en utfordring i liten grad (figur 4).



Figur 4: Audiografer i prosent som angir i hvilken grad det å ofte måtte gjenta informasjon/ instruksjoner er utfordrende.

5.5 Pårørendes forventninger/ innblandinger

Vi fant at pårørendes forventninger/ innblandinger viste seg å være en utfordring for audiografene i vår undersøkelse knyttet til audiologisk rehabilitering på demente hørselshemmede pasienter. 35,9% (n=14) synes dette var en utfordring i svært stor eller stor grad, samt 41% (n=16) i noen grad (figur 5). Samtidig var det noen som ikke opplevde dette som en utfordring, altså i svært liten eller liten grad utfordrende for 23% (n=9) av informantene våre.



Figur 5: Audiografer i prosent som angir i hvilken grad pårørendes forventninger/ innblandinger er utfordrende.

Til tross for at noen av våre informanter opplevde pårørendes innblandinger/forventninger som utfordrende viste det seg at pårørendes rolle er svært viktig i denne prosessen. 76% (n=30) av våre informanter opplevde i svært stor eller stor grad at pårørende hadde en rolle som omsorgsgiver ovenfor den demente hørselshemmede i rehabiliteringen og 69% (n=27) opplevde i svært stor eller stor grad at de var støttespillere for pasienten gjennom rehabiliteringsprosessen, samt 31% (n=12) opplevde dette i noe grad.

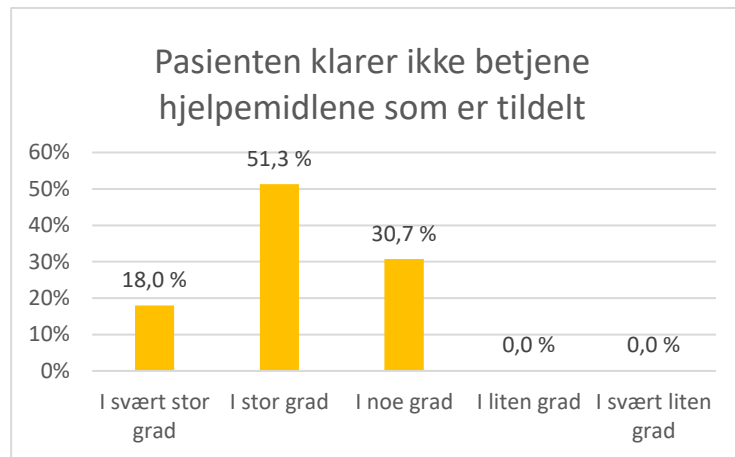
5.6 Betjening av hjelpemidler

Vår studie viser at alle informantene våre opplever utfordringer knyttet til at demente hørselshemmede ikke klarer å betjene tildelte hjelpemidler. Videre om dette gjør audiologisk rehabilitering mer utfordrende for audiografene. 69,3% (n=27) synes dette var en utfordring i svært stor eller stor grad, samt at 30,7% (n=12) i noe grad opplevde dette utfordrende (figur 6).

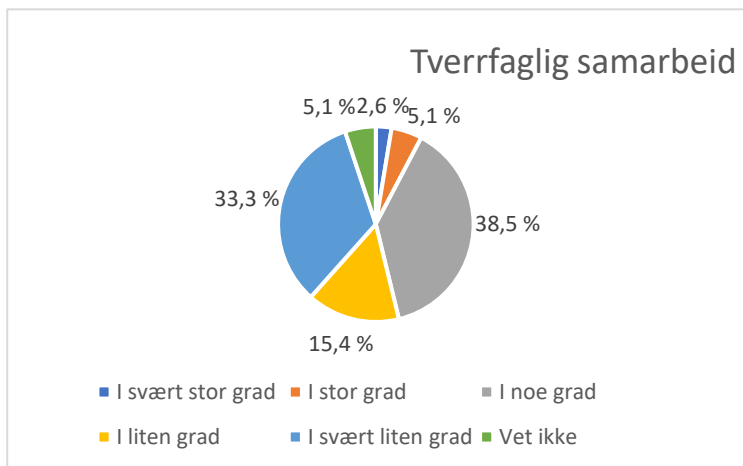
5.7 Tverrfaglig samarbeid og kompetanse

Et annet funn som var fremtredende er knyttet til tverrfaglig samarbeid. Der spurte vi om i hvilken grad tverrfaglig samarbeid ble benyttet i møte med denne pasientgruppen. Vi fant da at svært få, bare 7,7% (n=3) oppga at dette i svært stor eller stor grad ble benyttet i møte med demente hørselshemmede. Nesten halvparten, 48,7% (n=19) responderte at dette i svært liten eller liten grad ble benyttet, samt 38,5% (n=15) i noen grad (figur 7).

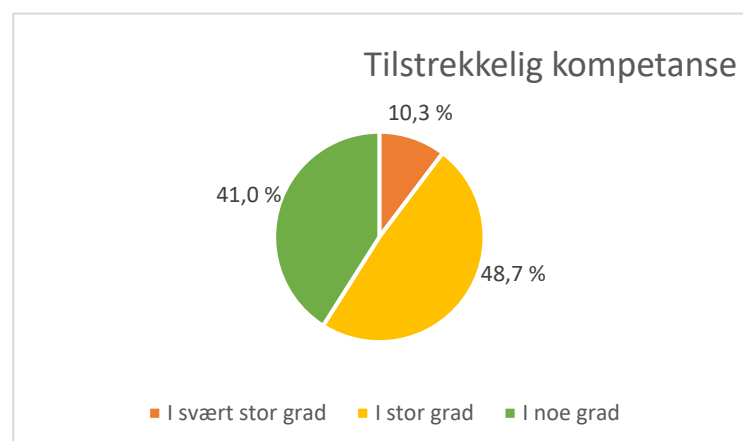
Vi fant at 59% (n=23) av audiografene i vår undersøkelse opplevde sin kompetanse som tilstrekkelig i svært stor eller stor grad og de resterende 41% (n=16) i noe grad (figur 8). Det var ingen i vår undersøkelse som opplevde liten eller svært liten kompetanse i møte med denne pasientgruppen.



Figur 6: Audiografer i prosent som angir i hvilken grad det at pasienten ikke klarer å betjene tildelte hjelpemidler gjør rehabiliteringen utfordrende.



Figur 7: Audiografer i prosent som benytter tverrfaglig samarbeid i møte med demente hørselshemmede pasienter.



Figur 8: Audiografer i prosent som opplever tilstrekkelig kompetanse når det kom til personer med aldersrelaterte kognitive utfordringer.

5.8 Oppfølging og behov

Våre funn knyttet til spesielle hensyn viser at 76,9% (n=30) i svært stor eller stor grad tar spesielle hensyn i en audiologisk rehabiliteringsprosess dersom pasienten har aldersrelaterte kognitive utfordringer (figur 9). 20,5% (n=8) svarer at de i noen grad tar spesielle hensyn og bare 2,6% (n=1) gjør dette i liten grad. Deretter var vi interessert i å undersøke om demente hørselshemmede hadde behov for hyppigere oppfølging sammenlignet med eldre med normal kognitiv funksjon. Funnene våre viser at 43,6% (n=17) opplever at denne pasientgruppen i svært stor eller stor grad har behov for hyppigere oppfølging. Samtidig responderte 25,7% (n=10) at det i svært liten eller liten grad var behov for dette. De resterende 30,8% (n=12) svarte at det var behov for hyppigere oppfølging i noen grad.

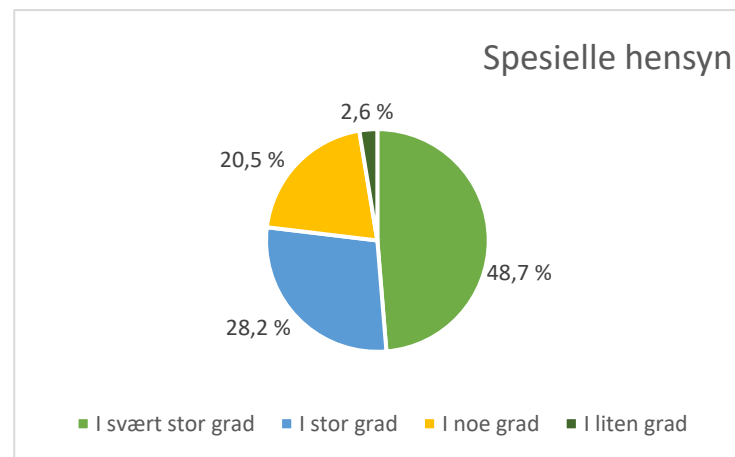
Til slutt så vi på brukermedvirkning. Vi fant da at over halvparten, nærmere bestemt 53,8% (n=21), opplevde i svært stor eller stor grad at demente hørselshemmede pasienter får mulighet til å medvirke i egen rehabiliteringsprosess. 33,3% (n=13) opplevde det samme i noen grad og bare 12,8% (n=5) opplevde dette i liten grad.

6.0 DISKUSJON

I denne delen av oppgaven skal vi drøfte de ulike funnene våre i lys av teori og andre studier.

6.1 Kognitive utfordringer

Kognitive utfordringer viste seg å være en av de største barrierene i audiologisk rehabilitering på demente hørselshemmede pasienter. Dette er kanskje ikke så overraskende med tanke på at redusert kognitiv funksjon innebærer svekket persepsjon, oppmerksomhet, hukommelse og logiske evner, problemløsning og språk (Bernabei et al., 2014, s. 569). Samtidig vil en demenslidelse også redusere evne til å gjennomføre dagligdagse gjøremål, noe som gjør audiologisk rehabilitering mer komplekst for denne pasientgruppen. Dessuten vil et ubehandlet hørselstap medføre at de kognitive funksjonene svekkes hurtigere (Bernabei et al.,



Figur 9: Audiografer i prosent angir i hvilken grad det blir tatt spesielle hensyn i møte med demente hørselshemmede pasienter.

2014, s. 568). Dermed vil man som dement hørselshemmet oppleve ytterligere utfordringer og at kognisjon hurtigere svekkes sammenlignet med andre eldre og gamle uten demens. Dette kan dermed medføre noen store ulemper, noe audiografene i vår undersøkelse også gir uttrykk for. Det kan altså tyde på at denne barrieren gjør det vanskeligere å gjennomføre en rehabiliteringsprosess til tross for at denne pasientgruppen har et stort behov, blant annet på bakgrunn av at hørselstekniske hjelpemidler kan svekke degenereringen av de kognitive funksjonene og demens (Bernabei et al., 2014, s. 568). Samtidig svekkes kognitive funksjoner normalt med alderen, noe som er årsaken til at Kricos (2009, s. 39) peker på at audiografer må ha kunnskap om aldersrelaterte kognitive utfordringer, da disse kan påvirke hørselen og rehabiliteringens tilnærming.

6.2 Kommunikasjon

Den mest fremtredende utfordringen audiografene i vår undersøkelse opplevde omhandlet hyppig å måtte gjenta informasjon/ instruksjoner til demente hørselshemmede pasienter. Samtidig ble kommunikasjon generelt sett på som en stor utfordring i audiologisk rehabilitering på denne pasientgruppen. En hørselsnedsettelse og en demenslidelse medfører problemer med kommunikasjon, samt at demens kan føre til språksvikt (Bott, Meyer, Hickson & Pachana, 2019, s. 185; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 9; Lin & Albert, 2014, s. 672; Hopper & Hinton, 2012, s. 304). Dette vil dermed si at audiografer må kunne adaptere seg kommunikasjonspartner. Samtidig innebærer denne sammensatte diagnosen andre konsekvenser utover kommunikasjonsproblemer, deriblant redusert kognisjon. Dette kan bidra til å gjøre samspillet med pasienten ekstra krevende, da dette vil innebære at demente ikke husker hva som har blitt sagt og gjort, og dermed spør om det samme igjen og igjen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 9).

Ved å se nærmere på resultatene angående kommunikasjon fant vi at 91,6% (n=11) av de som daglig var i kontakt med pasienter med tegn på aldersrelaterte kognitive utfordringer, svarer at de ofte må gjenta informasjonen i svært stor eller stor grad, uavhengig av arbeidssted og utdanning. Det at kommunikasjonsproblemer er til stede tross daglig kontakt med denne pasientgruppen gjenspeiler demensdiagnosens trekk. En demenslidelse opptrer individuelt, men det å gradvis miste hukommelsen er særtrekk ved denne sykdommen, og dersom pasienten i tillegg har et ubehandlet hørselstap vil den kognitive degenereringen skje hurtigere, samt at kommunikasjonen blir et enda større problem. Dermed vil det i kommunikasjonssituasjoner ofte være nødvendig å trekke inn pårørende.

Kommunikasjon er viktig i alle yrker og i samfunnet generelt. For audiografer innebærer kommunikasjon blant annet informasjonsrådgiving. Dette vil si å informere om resultater etter en høreprøve, legge frem fordeler og ulemper med å anskaffe høreapparater, etterfulgt av opplæring i bruk og stell av apparatene (Tye-Murray, 2015, s. 349). Informasjon som gis skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring samt kultur- og språkbakgrunn (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2019, § 3-2.). Samtidig finnes det ingen garanti for at god og tilrettelagt formidling av informasjon ikke vil føre til kommunikasjonsproblematikk. Da blant annet redusert arbeidsminne kan medføre at demente glemmer hva som har blitt sagt og gjort uavhengig av formidlingens form. Om informasjonen/instruksjonene som gis til demente hørselshemmede blir forstått vil dessuten være avhengig av graden av demens (Wright et al., 2014, s. 223). Dette vil si at en person med en moderat til alvorlig demenslidelse kan oppleves vanskelig å rehabilitere for audiografer da pasienten har større vanskeligheter med å forstå det som formidles av informasjon. Demente vil dermed i noen tilfeller ikke forstå hvorfor de trenger høreapparat, da informasjonen knyttet til hørselstesten er glemt. Dette kan videre føre til at de ikke bruker tildelte hjelpemidler, da de ikke forstår behovet, ei heller hvordan det benyttes.

Også i Wright et al. (2014, s. 227) identifiserte de at kommunikasjon med personer med demens var et område med behov for formell opplæring. Samtidig kan dette være vanskelig å få til i praksis. Dette fordi pasienter med demens ikke evner å endre egen kommunikasjonsatferd (Hopper & Hinton, 2012, s. 308-309). Imidlertid finnes det tiltak som audiografer kan gjøre, som å supplere verbal kommunikasjon med kroppsspråk og skriftlig informasjon. Enkle og konkrete beskjeder, øyekontakt og å redusere distraksjoner, kan også bidra til en gjensidig kommunikasjonsforståelse for begge parter (Hopper & Hinton, 2012, s. 309). Det er også viktig å være klar over at kommunikasjonsproblemer for demente hørselshemmede kan medføre sosial isolasjon, og øke risikoen for depressive symptomer (Martini, Castiglione, Bovo, Vallesi & Gabelli, 2014, s. 4). På den andre siden kan det å benytte hjelpemidler gjøre det lettere for pasienten å delta i samtaler, være mer våken og bevisst på lyder, noe som videre kan føre til mindre isolasjon (Kricos, 2009, s. 42). Det er dermed viktig å belyse hvordan kommunikasjon kan innvirke på psykososial funksjon for denne pasientgruppen.

6.3 Pårørendes forventninger/ innblandinger

Wright og kollegene fant at informantene opplevde at pårørende hadde urealistiske forventninger knyttet til utbytte av høreapparatene, og at de trengte økt kunnskap om både demens og hørselstap (Wright et al., 2014, s 225). Forbedring av opplæring og kunnskap av alle som var involvert i omsorg for personer med demens ble dermed oppfattet som viktig (Wright et al., 2014, s. 224). Ettersom våre funn også gjenspeiler at pårørendes innvendinger/ forventninger anses som en utfordring i audiologisk rehabilitering av denne pasientgruppen kan dette peke på manglende kunnskap og opplæring på området for omsorgspersonene. Når det gjelder pårørendes forventninger kan dette handle om at forventningene til hva et hjelpemiddel kan bidra med er urealistisk med tanke på pasienten sitt utgangspunkt. Dette kan også innebære at pårørende har en formening om hvilke typer hjelpemidler deres nærmeste burde ha - uten å tenke på motoriske eller kognitive funksjoner som kan påvirke pasientens utbytte. Kurs, opplæring og informasjonsskriv kan dermed være essensielt for pårørende, og kan bidra til at de får en ny innfallsvinkel når det kommer til rehabilitering, en bredere forståelse av situasjonen, samt hva som er realistisk i forhold til ulike hjelpemidler og hvordan disse fungerer.

Imidlertid kan omsorgspersonene undervurdere effekten hørselstap har på kommunikasjon og psykososial funksjon for demente (Smith & Kricos, 2003 – gjengitt i Hopper & Hinton, 2012, s. 305). Omsorgspersonene kan mene at et hørselstap gir mindre problemer, sammenlignet med andre omsorgsbehov knyttet til hygiene, ernæring, sikkerhet og smertehåndtering (Hinton & Hopper, 2012, s. 305). Dermed kan pårørende mene at å behandle hørselstap for personer med demens ikke er verdt innsatsen familien må igjennom (Mamo et al., 2017, s. 179). På den andre siden tyder mye på at informantene i vår undersøkelse er avhengig av å inkludere og ha et godt samarbeid med de pårørende. Dette blant annet fordi audiografer trenger hjelp fra omsorgspersoner til å forstå tegn, symptomer og påvirkning hørselstapet har på dagliglivet (Hopper & Hinton, 2012, s. 304). Det viste seg også i vår undersøkelse at 41% (n=16) fikk kjennskap til at pasienten har demens via pårørende. Wright et al. (2014, s. 226) fant også at familiemedlemmer, inkludert omsorgspersonell, har en sentral rolle i håndteringen av hørselstekniske hjelpemidler og bruken av disse for pasienter med demens. For demente pasienter som ikke har en tilstedeværende pårørende, er tett samarbeid med en fast kontaktperson essensielt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 29). Vi fant at 97,4% (n=38) av audiografene i vår undersøkelse inkluderte og benyttet seg av den som er med (pårørende, omsorgspersoner, hørselskontakt eller lignende) når det ble formidlet informasjon

til demente hørselshemmede pasienter. Man kommer dermed ikke bort fra at det i mange tilfeller ville vært vanskelig å gjennomføre en audiologisk rehabilitering om det ikke var for omsorgspersonene. Dette gjenspeiles også i funnene der 41% (n=16) av audiografene i vår undersøkelse pekte på pårørende som en viktig samarbeidspartner i audiologisk rehabilitering på demente hørselshemmede pasienter i svært stor eller stor grad.

Samtidig må man være klar over at mange pårørende gir uttrykk for at de opplever situasjonen som en stor belastning når en av deres nærmeste får demens. Symptomene kan være vanskelige å håndtere, og personer med demens kan gjennomgå forandringer, som å endre personlighet og miste språk (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 11). Derfor er det viktig at audiografen ikke legger alt ansvaret over på de pårørende, og heller fokuserer på et tett samarbeid. Dette kan for eksempel innebære at omsorgspersoner kan ringe, sende e-post eller komme innom ved spørsmål eller andre henvendelser, samt at det blir opplyst om kurs og lignende som kan være aktuelt for de pårørende.

6.4 Betjene hjelpemidler

En annen utfordring viste seg å være betjening av hjelpemidler. Vi fant at 69,2% (n=27) av audiografene opplevde i svært stor eller stor grad at pasienter ikke klarte å betjene hjelpemidlene de får tildelt. Høreapparater er de hørselstekniske hjelpemidlene som oftest blir tildelt. Ferdigheten til å betjene hjelpemidler minker betraktelig når evnen til å prosessere inntrykk som informasjon reduseres (Tye-Murray, 2015, s. 441). Imidlertid vil en demenslidelse bidra negativt i prosessering av informasjon, nettopp fordi den gitte informasjonen fort blir glemt blant annet på grunn av nedsatt korttidshukommelse, oppmerksomhet og konsentrasjon (Solheim, 2015, s. 204). Dette medfører at pasienten ikke husker hvordan audiografen fortalte at hjelpemidlene skulle brukes, settes i og rengjøres. For demente kan opplevelsen av å ha vanskeligheter med å mestre hverdagslige gjøremål hvor man blir avhengig av hjelp fra andre, erfares som et nederlag som kan påvirke livskvaliteten. For å sikre at pasienten får hjelp til å betjene hjelpemidlene vil det være nyttig å innkalle nærmeste pårørende og pleiepersonell til konsultasjon for opplæring i bruk og stell av apparater (Wright et al., 2014, s. 226), noe som igjen gjenspeiler pårørendes verdi. Samtidig viser forskning at ved å tildele enklere hjelpemidler med automatiske innstillinger og færre program kan dette bidra til at betjeningen blir lettere, noe som kan føre til økt bruk (Wright et al., 2014, s. 226). Dessuten kan det å tilby høreapparater før eller i et tidlig stadium av demens

bidra til større sjans for at de fortsatt benyttes ved ytterligere utvikling av demens (Solheim, 2015, s. 119; Wright et al., 2014, s. 226; Hopper & Hinton, 2012, s. 307). Dette tyder dermed på at det å forebygge demens ved å behandle et hørselstap tidlig kan være avgjørende for om rehabiliteringen blir vellykket. Vi fant dessuten at 87,2% (n=34) ofte eller svært ofte informerte om de positive effektene hørselshjelpemidler kan gi knyttet til kognitiv funksjon. Og det at hørselshjelpemidler kan senke risikoen for å utvikle demens (Mahmoudi et al., 2019, s. 2364; Bernabei et al., 2014, s. 568) kan også være en årsak til at de tildeles tross noen utfordringer underveis.

6.5 Audiografens kompetanse

59% (n=23) av audiografene i vår undersøkelse vurderte sin kompetanse på rehabilitering av personer med aldersrelaterte kognitive utfordringer som tilstrekkelig i svært stor eller stor grad. Dette mener vi er interessant, siden majoriteten av disse ikke har tilbud på arbeidsplassen for å øke deres kunnskap/ kompetanse om denne pasientgruppen. Dette tyder dermed på at mange audiografer baserer sin yrkesutøvelse på egne erfaringer ettersom det i liten grad ble rapportert om kurs, skriftlig informasjon eller annen opplæring som bidragsyttere til økt kunnskap om denne pasientgruppen. Hele 82% (n=32) oppga at erfaring i svært stor eller stor grad bidrar til deres kunnskap om demente hørselshemmede, og 53,8% (n=21) oppgir at kollegaer i svært stor eller stor grad bidrar til økt kunnskap. Helse- og omsorgsdepartementet (2015, s. 52) sier derimot at kompetansen først og fremst må sikres gjennom utdannings- og rekrutteringstiltak og at det er nødvendig at alle helse- og sosialfaglige utdanninger på universitet-, høyskole- og videregående nivå tilpasser undervisningen til utfordringen knyttet til et økende antall personer med demens (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 52). Bare 5,1% (n=2) opplevde at grunnutdanningen i audiologi bidro til økt kunnskap og kompetanse om denne pasientgruppen i svært stor eller stor grad. Samtidig hadde 61,5% (n=24) av informantene våre jobbet som autorisert audiograf i mer enn 10 år og utdanningen kan ha endret seg mye siden da. Videre så vi på de som i svært stor eller stor grad opplevde tilstrekkelig kompetanse, og 82,6% (n=23) av de hadde jobbet i syv år eller mer som audiograf, noe som dermed kan være en forklaring på hvorfor akkurat erfaringer tydelig bemerket seg og spiller en betydelig rolle for informantenes kompetanse. Vi fant også at de som i stor grad opplever tilstrekkelig kompetanse også var hyppigst i kontakt med eldre og gamle. Hos de som i noen grad opplevde tilstrekkelig kompetanse viste det seg at de sjeldnere var i kontakt med eldre og gamle, noe som dermed kan føre til at det er vanskeligere å ta stilling til om de opplever tilstrekkelig kompetanse.

6.6 Tverrfaglig samarbeid

I sammenheng med kompetanse, ønsket vi å se nærmere på om tverrfaglig samarbeid ble benyttet og hvordan det eventuelt påvirker rehabiliteringen. Med en demensdiagnose vil det være nødvendig å tilpasse audiografens tjenestetilbud opp mot behovene til pasienten. Tverrfaglig samarbeid er et viktig tiltak innenfor Helse- og velferdssektoren for å bidra til større forståelse rundt pasienten på et tverrfaglig plan, samt at dette vil gi et mer helhetlig bilde av pasienten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 44). Våre funn viser at det varierer hvilke instanser som er involvert i et tverrfaglig team, og også i hvor stor grad tverrfaglig samarbeid blir benyttet. Av våre 39 informanter svarte 21 på vårt åpne spørsmål om hvilke faggrupper som vanligvis var involvert i tverrfaglig samarbeid. ØNH/fastlege, audiopedagog og NAV/hjelpemiddelsentral blir hyppigst nevnt som faggrupper i samarbeid med audiografer i tverrfaglig team. Hørselskontakt og sykehjem/hjemmesykepleie ble også trukket frem. Imidlertid ser vi ingen tydelig forskjell mellom offentlig og privat sektor knyttet til hvilke profesjoner som blir inkludert, noe som muligens kan skyldes geografiske forskjeller. Vi fant videre at tverrfaglig samarbeid ikke er standard rutine for denne pasientgruppen. Mindretallet av respondentene, bare 7,7 % (n=3), svarer at tverrfaglig samarbeid i svært stor eller stor grad benyttes, noe som i seg selv er ganske overraskende siden hele 53,8% (n=21) listet opp hvilke instanser som deltok i tverrfaglig samarbeid. Noe som tyder på at yrkesgruppene ble listet opp på generelt grunnlag og ikke direkte knyttet opp mot informantenes behandling av demente hørselshemmede.

Som tidligere nevnt stoler audiografene i stor grad på egne erfaringer i møte med denne pasientgruppen. En betydelig andel av audiografene i vår undersøkelse ser imidlertid et behov for mer tverrfaglig samarbeid. 38,5% (n=15) uttrykker at de i noe grad opplever et større behov og 38,5% (n=15) opplever i svært stor eller stor grad et større behov for tverrfaglig samarbeid. Noe som indikerer et ønske om utvikling fra audiografens side på dette området. Om det er organisasjonens struktur, tidspress eller lignende som er grunnen til nedprioritering av tverrfaglig samarbeid har vi ikke fått innsikt i, men kunne vært interessant å se nærmere på. Det er også vanskelig å vite hva audiografene i vår undersøkelse legger i tverrfaglig samarbeid. Det kan virke som at et besøk hos ØNH-legen etter konsultasjon blir sett på som tverrfaglig samarbeid. Noe vi kunne klargjort bedre i vårt spørsmål, for å forhindre misforståelser. Denne pasientgruppen krever en langt tettere oppfølging av flere instanser, også på hjemmebane. For å håndtere progresjonen av demensrelaterte symptomer for pasientene er man avhengig av at fagpersoner og omsorgspartnere evner en tverrfaglig

tilnærming, og i dette teamet har audiografer en nøkkelrolle (Mamo et al., 2017, s. 178). Dermed vil det for denne pasientgruppen være essensielt med et tverrfaglig team.

I kliniske sammenhenger bør rehabiliteringsprogrammer involvere alle medlemmer av helseteamet, inkludert personer med demens og deres familiemedlemmer, hvis disse programmene skal ha en betydelig, varig innvirkning for demente langtidsbeboere på sykehjem (Hopper et al., 2016, s. 1540). Samtidig for å få et bredere bilde av hva audiografen legger i tverrfaglig samarbeid skulle vi dermed ha undersøkt hvordan ulike tverrfaglige instanser påvirker yrkesutøvelsen til audiografen. Opplever audiografer et godt samarbeid med hørselskontakt, leger og helsepersonell? I så fall, hva fører til at dette samarbeidet fungerer, eventuelt ikke fungerer? Wright et al. (2014, s. 223) nevner at 75% av audiografene i deres studie mente at det var store hull i oppfølgingen av demente, noe som dermed samsvarer med våre funn angående manglende tverrfaglig samarbeid. Økt tverrfaglig samarbeid knyttet til denne pasientgruppen kan dermed bli avgjørende for å håndtere den økende eldre befolkningen og hyppigere forekomsten av demensdiagnosen i fremtiden.

6.7 Spesielle hensyn og oppfølging

Videre ønsket vi å undersøke om audiografer tar spesielle hensyn i en audiologisk rehabiliteringsprosess dersom pasienten har aldersrelaterte kognitive utfordringer. Innenfor dette temaet inkluderte vi dermed hvordan de kommuniserte/formidlet informasjon, om det settes av ekstra tid, velger enklere hjelpemidler eller lignende. Det å tilrettelegge for demente og ta den tiden som behøves vil kunne bidra til å få frem synspunkter fra personer med demens og omsorgspersoner i familien (Livingston et al., 2017, s. 44). Vi fant at både skriftlig, verbal og visuell formidling ble benyttet hos majoriteten av våre informanter i stor grad, samt at kroppsspråk og inkludering av den som er med også var svært viktig i denne prosessen. Dette kan henge sammen med pårørendes viktige rolle som en støttespiller og omsorgsgiver ovenfor pasienten. Samtidig som det peker på at audiografene i vår undersøkelse tar hensyn til den enkeltes individuelle forutsetninger i formidling av informasjon, noe som gjenspeiles i våre funn. Dette samsvarer med funnene til Wright et al. (2014, s. 223) som fant at audiografer benyttet en rekke ulike strategier. For eksempel ble lengden på timer skreddersydd, samt at instruksjoner ble gitt med høy kvalitet og skulle være enklest mulig å forstå, for eksempel ved bruk av bilder, regelmessig oppfølging for å styrke informasjonen og skriftlig/visuell informasjon (Wright et al., 2014, s. 223).

Det å ta spesielle hensyn kan også være knyttet til å velge hjelpemidler på andre premisser enn for de med normal kognitiv funksjon. Våre funn viser at 25,7% (n=10) i svært stor eller stor grad heller velger enklere hjelpemidler i møte med denne pasientgruppen. Vi fant også at 23,1% (n=9) velger i liten grad og 43,6% (n=17) av informantene velger i noe grad enklere hjelpemidler til pasienter med kognitive utfordringer. Hørselshjelpemidler kan brukes som et supplement eller et alternativ til høreapparat, som for eksempel ekstern mikrofon som samtaleforsterker hvor fordelene med slike vil være at lyden når den hørselshemmede uten en ytre lydpåvirkning (Hopper & Hinton, 2012 s. 308). Våre funn tyder på at majoriteten ikke velger enklere hjelpemidler, og at høreapparater virker å være vanligst å foretrekke også for denne pasientgruppen. Samtidig er dette kanskje litt overraskende med tanke på at redusert kognitiv funksjon hos demente hørselshemmede ble sett på som den største barrieren i audiologisk rehabilitering. Man skulle da tro at enklere hjelpemidler hadde vært å foretrekke, da det ville være lettere for denne pasientgruppen å betjene og dermed i større grad kunne sikre bruk.

Med store utfordringer i kommunikasjon og audiografer som tar spesielle hensyn skulle man tro at denne pasientgruppen har behov for hyppigere kontrolltimer sammenlignet med personer med normal kognitiv funksjon, enn det som kommer frem i vår undersøkelse. For dersom man tar spesielle hensyn ville hyppigere oppfølging vært hensiktsmessig for en pasientgruppe som har behov for mye repetisjon. Dette også på bakgrunn av audiografene sine rapporteringer angående kommunikasjon og at pasienten ikke klarer å betjene tildelte hjelpemidler som to av de største utfordringer i denne prosessen. Dermed ville hyppigere og tettere oppfølging, samt å gå frem i et saktere tempo enn normalt kanskje vært hensiktsmessig for denne pasientgruppen.

6.8 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er viktig for å gi brukeren best mulig nytte av rehabiliteringen (Laplante-Lévesque, Hickson & Grenness, 2014, s 77). I vår undersøkelse fant vi til tross for store utfordringer knyttet til kommunikasjon, at 53,8% (n=21) av informantene våre opplevde at demente hørselshemmede pasienter får muligheten til å medvirke i egen rehabiliteringsprosess i svært stor eller stor grad. Demente har ofte en redusert evne til å forstå informasjon og til å bruke den til å fatte beslutninger (reduert samtykkekompetanse) (Engedal & Haugen, 2018, s. 379), og det er dermed noe overraskende at så mange av audiografene i vår undersøkelse opplevde at denne pasientgruppen får medvirke i egen rehabilitering. Dette fordi demens

hemmer kognisjon, og dermed nedsetter personens evne til å selv ta beslutninger, forstå og formidle hva de ønsker og trenger (Livingston et al., 2017, s. 44). Dette bidrar dermed til å gjøre det vanskelig for audiografen å forstå hva pasienten egentlig ønsker og har behov for. Samtidig kan en lidelse eller sykdom føre til at pårørende eller ytre omgivelser må ta over ansvaret og bestemme på vegne av pasienten, noe som kan føre til at pasienten har lettere for å gi opp og utvikle somatiske og psykiske plager (Røkenes & Hanssen, 2012, s 16).

Samtidig klargjøres ikke hva vi som undersøkere legger i begrepet *brukermedvirkning*, og det kan ikke utelukkes at informantene har ulik tilnærming til begrepet. Noen informanter kan mene at for eksempel innhenting av samtykke fra pasienten som bekrefter deres valg av høreapparater er medvirkning, mens andre legger mer i begrepet som tilrettelegging helhetlig ut fra pasient- og brukerrettighetsloven. Samtidig kan det oppleves kontroversielt for en informant å oppgi at vedkommende ikke ivaretar brukermedvirkning som tiltak i tilstrekkelig grad, ettersom dette er lovfestet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2019, § 3-1.). Dermed kan det være vanskelig for en audiograf med tanke på egen yrkesstolthet å svare ærlig om vedkommende ikke er bevisst medvirkning i sin arbeidshverdag.

7.0 METODEKRITIKK

Alle har fordommer eller forforståelse med seg inn i en undersøkelse. Vi har alle en mening om et fenomen før vi undersøker det, selv om vi forsøker å legge vekk forutinntatte tanker (Dalland, 2012, s. 117). Vi kan dermed ikke utelukke at vi har dratt med oss egne erfaringer når det kommer til valg av teori, utarbeiding av spørsmålene, og at dette videre har påvirket tolkningen av resultatene våre. Også hvor valide og reliable kildene vi har basert bakgrunn for temaet på og hvilken kildekritikk vi har benyttet kan påvirket utfallet av undersøkelsen (Dalland, 2012, s. 74). Da temaet utfordringer audiografer møter knyttet til hørselstap og demens er et underbelyst tema i forskningssammenheng, har dette bidratt til å gjøre det vanskelig å finne tilstrekkelig bakgrunnsstoff med aktuelle og relevante fagartikler til vår studie (Hopper et al., 2016, s. 1540). Samtidig har den audiologiske forskningen vi har benyttet oss av representert andre land enn Norge, noe som kan medføre ulikheter i utfordringene audiografene møter. Dette tok vi forbehold om ved å benytte fritekstalternativer, hvor informantene kunne tilføre relevant informasjon. På den andre siden viser våre funn at utfordringene for audiografene i vår undersøkelse samsvarer på flere områder med andre studier.

Samtidig når en undersøkelse gjennomføres – uansett hvilken metode vi bruker – er det en mulighet for at de resultatene vi kommer frem til, faktisk er skapt av undersøkelsen. Dette kalles for *undersøkelseeffekt*, og innebærer at de som undersøkes, ikke forblir upåvirket av dette. Man stiller seg dermed spørsmålet: I hvor stor grad er det vi måler riktig, og i hvor stor grad er det vi måler en konsekvens av selve undersøkelsen? (Jacobsen, 2010, s. 19). Dersom audiografer ikke har tenkt på at det finnes utfordringer knyttet til rehabilitering av demente hørselshemmede tidligere, er dette noe de må ta stilling til i selve undersøkelsen. Gjennom å stille spørsmål rundt en problemstilling, skaper den som undersøker en bevissthet hos informanten om et problem, noe som kan påvirke informantens svar og reliabiliteten i oppgaven vår.

Vi har heller ikke kunne ta høyde for at pasientene som audiografene i vår undersøkelse baserer sine svar på faktisk har en demensdiagnose. Mulige feilkilder kan være både misforståelser knyttet til spørreskjemaet, og om pasienten har en demensdiagnose. Som nevnt kan kognitiv svikt føre til noen av de samme symptomene, og vi kan ikke se bort ifra at audiografer baserer sine svar på møter med pasienter som er rammet av kognitiv svikt og ikke demens. Samtidig kan det være tilfeller hvor pasienten er dement uten at dette fanges opp av audiografen. Noe som svekker reliabiliteten ytterligere, gjelder første spørsmålskategori i vårt skjema. Vi spurte ikke hvor ofte informantene møtte demente pasienter - kun hvor ofte de møtte pasienter med tegn på aldersrelaterte kognitive utfordringer. Dette fordi vi antok at det er vanskelig for audiografer å være sikre på om pasienten har en demensdiagnose. For å styrke validiteten må man hele tiden ha i bakhodet om det er sider ved problemstillingen som ikke belyses ved de spørsmålene som er stilt (Dalland, 2010, s. 120). Å bruke demens som et generelt begrep kan dermed svekke validiteten, da stadiene mild, moderat og alvorlig demens kan føre til ulik grad av utfordringer.

Vi hadde også ulike eksklusjonskriterier for vår studie, blant annet måtte man ha jobbet som autorisert audiograf i minimum ett år, og være klinisk yrkesaktiv på nåværende tidspunkt. Dette fordi informanter kan glemme situasjoner og hendelser lenger tilbake i tid. For dem kan undersøkelseeffekten bidra til at de problematiserer mer enn realistisk. Dette kan ha medført at vi har gått glipp av informanter med kunnskap og erfaringer basert på vår problemstilling. På en annen side kan det styrke validiteten, ettersom kunnskapen fra våre informanter er aktuell for dagens yrkespraksis. Samtidig svekkes reliabilitet på grunn av manglende tilgang på eventuelle informanter med nyttige erfaringer.

En annen svakhet med oppgaven vår er at bruk av spørreskjema kan medføre at vi har mistet informanter med leseproblemer, og informanter som ikke har tilgang til e-post via internett (Jacobsen, 2010, s. 207). De informantene som vanligvis blir overrepresentert i svarene, er ressurssterke med interesse for og kunnskap om temaet det spørres om (Jacobsen, 2010, s. 208). Jacobsen (2010, s. 209) mener det er vanlig å operere med følgende tommelfingerregel knyttet til svarprosent, hvor 50 % er tilfredsstillende, over 60 % er godt og over 70 % er meget godt. Å kunne se de mulighetene og begrensningene som datamaterialet innebærer er en test av undersøkerens faglige nivå (Dalland, 2012, s. 145). Vi hadde en svarprosent på 34,5% i vår undersøkelse. Noe som gjør det vanskeligere å generalisere fra utvalget til populasjonen (Jacobsen, 2010, s. 193). Det vanligste tiltaket mot lav svarprosent er purring, hvor man purrer antall ganger man finner det hensiktsmessig (Jacobsen, 2010, s. 208). Samtidig viser det seg, avhengig av undersøkelsestype, at svarprosenten ikke øker mer enn 3-10 % gjennom en purrerunde (Jacobsen, 2010, s. 208). Forutsetningen for å generalisere er at utvalget er representativt (Dalland, 2012, s. 221). Vårt utvalg besto av 39 informanter, noe som ifølge Jacobsen (2010, s. 202) er for lite for å gjøre rede for en fornuftig analyse av resultatene. Han beskriver en hovedregel som innebærer et utvalg på minimum 100 enheter. Men på bakgrunn av tidsmessige begrensninger og oppgavens omfang har det vært vanskelig å vente på svar over en lengre periode. Etter samtale med veileder ble vi enig om et minimumskrav på 30 informanter.

Vi hadde også en usikkerhet rundt validiteten og reliabiliteten i spørreskjemaet og om spørsmålene dekket helheten i en rehabiliteringssituasjon tilstrekkelig for å belyse vår problemstilling. I gjennomgangen av svarene fant vi at særlig ett spørsmål var uklart formulert, hvor informantene skulle gradere i hvor stor grad de opplevde at de ikke møtte noen utfordringer i møte med denne pasientgruppen. Svarene var upresise da de ikke samsvarte med informantenes rapporterte utfordringer. Ved nærmere gjennomgang av spørsmålene, innså vi dermed at noen av spørsmålene kunne vært formulert på en annen måte eller eventuelt vært fjernet. Også det at svaralternativene i spørreskjemaet vårt angir en viss form for grad og at informantene våre ikke har hatt muligheten til å svare «ikke i det hele tatt», gjør at vi kan ha gått glipp av verdifull informasjon og at informantene har følt det vanskelig å svare på spørsmålene da ingen av de rangerte svarene passet deres opplevelse. Et annet punkt som svekker validiteten av oppgaven vår, omhandler informantenes tolkning av begrepene «brukermedvirkning» og «tverrfaglig samarbeid». Vi kan ikke vite hva de ulike informantene legger i disse begrepene, og spørsmål kan være tolket på en annen måte enn det

som var hensikten. På den andre siden skulle man tro at vi var godt rustet for eventuelle mistolkninger og dårlige formuleringer da vi gjennomførte en pilotundersøkelse og fikk kvalitetssikret spørreskjemaet vårt.

En utfordring med å få tak i kontaktinformasjon var manglende oversikt over yrkesaktive audiografer i Norge. Vi benyttet NAV sin oversikt over høresentraler og privatklinikker, men denne viste seg å være utdatert. Til sammen svarte 53,8% (n=21) fra høresentraler, 30,8% (n=12) fra avtalespesialister og 15,4% (n=6) fra privat audiografklinikker på vår undersøkelse. Da det ikke finnes tilgjengelige kilder som kan bekrefte om denne prosentfordelingen er representativ nasjonalt, er det vanskelig å generalisere og dette svekker validiteten. Vi mottok svar på e-post fra kontaktpersoner tilknyttet høresentraler og private audiografklinikker over hele landet, som har bekreftet at de har svart på undersøkelsen. Men vi vet ikke hvor mange informanter som er representert fra de ulike landsdelene. Da vi ikke etterspurte hvilken geografisk plassering våre informanter hadde i vår undersøkelse. Derfor er det vanskelig å vite om vi har mottatt flest svar fra for eksempel Østlandet, noe som er med på å svekke reliabiliteten ettersom utvalget ikke nødvendigvis er nasjonalt representativt. Da vi tok sikte på å ha et lite utvalg på grunn av oppgavens omfang, fant vi det lite hensiktsmessig å ha med dette i spørreskjemaet. Vi hadde også problemer med å muliggjøre at kontaktpersonene kunne åpne lenken til spørreskjemaet ved de ulike høresentralene, da det viste seg at fem sykehus hadde elektroniske brannmurer som forhindret dem i å åpne undersøkelsen fra oss. Vi visste heller ikke om dette gjaldt flere sykehus enn det som ble rapportert ved de som tok kontakt.

8.0 KONKLUSJON

Denne studien tok for seg hvilke utfordringer audiografer møter knyttet til audiologisk rehabilitering på demente hørselshemmede. Våre funn viser at audiografene i vår undersøkelse er hyppig i kontakt med de eldre aldersgruppene der både kognitiv reduksjon, hørselsnedsettelse og demenslidelser har økt forekomst. Audiografene i vår undersøkelse opplever audiologisk rehabilitering på demente hørselshemmede som utfordrende. Det som er spesielt utfordrende gjelder kommunikasjon generelt, å repetere informasjon/ instruksjoner, at pasienten ikke klarer å betjene tildelte hjelpemidler og pårørendes forventninger/ innblandinger. Vi fant også manglende tverrfaglig tilnærming for demente hørselshemmede

pasienter. I tillegg var det betydelig mangel på tilbud for kompetanseheving på arbeidsplassen til informantene våre. Det ble ikke rapportert om kurs, skriftlig informasjon og tverrfaglig samarbeid som bidragsyttere til økt kunnskap om pasientgruppen. Derimot ble erfaringer, kolleger og eget initiativ rapportert som de viktigste årsakene til kunnskap og kompetanse.

Det er dermed viktig å se på muligheter for å øke fokuset på kompetanseheving, både på arbeidsplassen og i utdanningen. Slik at man sikrer en tverrfaglig tilnærming ovenfor denne pasientgruppen. Hvor godt pasienter med nedsatt kognitiv funksjon ivaretas står og faller på hver enkelt audiograf sine egne erfaringer og opparbeidet kompetanse. Noe som tydeliggjør et sprik mellom opplevd kompetanse og rapporterte utfordringer. Da forekomsten av demente hørselshemmede vil øke i årene som kommer, samtidig som diagnosen regnes som den største globale utfordringen for helse- og sosialsektoren er resultatene våre spesielt alarmerende. Samtidig baseres vår undersøkelse på kun 39 svar, noe som svekker validiteten og reliabiliteten. Det er dermed vanskelig å si om funnene våre er generaliserbare. Resultatene vil videre måtte underbygges av større og mer omfattende forskning med høyere utvalgsstørrelse. Det kunne vært interessant å se nærmere på temaet «demente hørselshemmede» i en annen studie. Funn som mangel på tverrfaglig samarbeid kunne blitt studert gjennom kvalitativ undersøkelse for å få en mer detaljert beskrivelse av fenomenet. En betydelig andel av audiografene i vår undersøkelse ser et behov for mer tverrfaglig samarbeid, og hva som er de bakenforliggende årsaksmekanismene for dette kunne vært interessant å studere grundigere.

9.0 REFERANSER

- Aarhus, L., Kvestad, E., Tambs, K. & Engdahl, B. (2012). Aldersrelaterte hørselstap: En kort oppsummering av resultater fra Hørselsundersøkelsen i Nord-Trøndelag. *Norsk Epidemiologi*, 22(2), 175-176. <https://doi.org/10.5324/nje.v22i2.1563>
- Aimoni, C., Prosser, S., Ciorba, A., Menozzi, L., Soavi, C. & Zuliani, G. (2014). Speech Audiometry Tests in Noise Are Impaired in Older Patients with Mild Cognitive Impairment: A Pilot Study. *The Journal of International Advanced Otolaryngology*, 10(3), 228–233. 10.5152/iao.2014.349
- Alzheimer's Disease International. (u.å.). Alzheimer's disease. Hentet 2. mars 2020 fra <https://www.alz.co.uk/info/alzheimers-disease>
- Bernabei, R., Bonuccelli, U., Maggi, S., Marengoni, A., Martini, A., Memo, M. (...) & Lin, F. R. (2014). Hearing loss and cognitive decline in older adults: questions and answers. *Aging Clinical and Experimental Research*, 26(6), 567-573. <https://doi.org/10.1007/s40520-014-0266-3>
- Bott, A., Meyer, C., Hickson, L. & Pachana, N. A. (2019). Can adults living with dementia complete pure-tone audiometry? A systematic review. *International Journal of Audiology*, 58(4), 185-192. <https://doi.org/10.1080/14992027.2018.1550687>
- Brent, J. R. (2019). A cost-benefit analysis of hearing aids, including the benefits of reducing the symptoms of dementia. *Applied Economics*, 51(28), 3091-3103. <https://doi.org/10.1080/00036846.2018.1564123>
- Brækhus, A. & Lillesveen, B. (2005). *Utredning av demens: Organisering og samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten*. Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2016, 31. mai). Generelle forskningsetiske retningslinjer. Hentet fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/>

- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2018). *Demens - sykdommer, diagnostikk og behandling*. Tønsberg: Forlaget aldring og helse -akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2019, 10. desember). Demens. Hentet 27. april 2020 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
- Gjerstad, L., Fladby, T. & Andersson, S. (2013). *Demenssykdommer*. Oslo: Gyldendal.
- Gurgel, R. K., Ward, D., Schwartz, S., Norton, M. C., Foster, N. L. & Tschanz, J. T. (2014). Relationship of Hearing loss and Dementia: A Prospective, Population-based Study. *Otology & Neurotology*, 35(5), 775-781. [10.1097/MAO.0000000000000313](https://doi.org/10.1097/MAO.0000000000000313)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015, 2. desember). Demensplan 2020. Et mer demensvennlig samfunn. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2020/id2465117/>
- Hopper, T. & Hinton, P. (2012). Hearing Loss among Individuals with Dementia: Barriers and Facilitators to Care. *Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 36(4), 302-313. Hentet fra https://www.researchgate.net/publication/285952980_Hearing_loss_among_individuals_with_dementia_Barriers_and_facilitators_to_care
- Hopper, T., Bayles, K. A., Harris, F. P. & Holland, A. (2001). The relation of Minimum Data Set Ratings Scores on Measures of Communication and Hearing Among Nursing Home Residents with Dementia. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 10, 370-381. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2001/031\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2001/031))
- Hopper, T., Slaughter, S. E., Hodgetts, B., Ostevik, A. & Ickert, C. (2016). Hearing Loss and Cognitive-Communication Test Performance of Long-Term Care Residents with Dementia: Effects of Amplification. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 59(6), 1533-1542. https://doi.org/10.1044/2016_JSLHR-H-15-0135
- Jacobsen, D. I. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring: Innføring i metode for helse- og sosialfagene*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Kricos, B. P. (2009). Providing hearing rehabilitation to people with dementia presents unique challenges. *The Hearing Journal*, 62(11), 39-40,42-43. [10.1097/01.HJ.0000364275.44847.95](https://doi.org/10.1097/01.HJ.0000364275.44847.95)

- Laplante-Lévesque, A., Hickson, L. & Grenness, C. (2014). An Australian survey of audiologists' preferences for patient-centeredness. *International Journal of Audiology*, 53(1), 76-82. <https://doi.org/10.3109/14992027.2013.832418>
- Limongi, F., Noale, M., Siviero, P., Crepaldi, G. & Maggi, S. (2015). Epidemiology of aging, dementia and age-related hearing loss. *Hearing, Balance and Communication*, 13(3), 95-99. <https://doi.org/10.3109/21695717.2015.1013260>
- Lin, F. R. & Albert, M. (2014). Hearing loss and dementia - who is listening? *Aging & Mental Health*, 18(6), 671-673. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.915924>
- Livingston, G., Sommerlad, A., Orgeta, V., Costafreda, S. G., Huntley, J., Ames, D. (...) & Mukadam, N. (2017). Dementia - prevention, intervention and care. *The Lancet*, 390(10113), 1-61. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31363-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31363-6)
- Mahmoudi, E., Basu, T., Langa, K., McKee, MM., Zazove, P., Alexander, N. & Kamdar, N. (2019). Can Hearing Aids Delay Time to Diagnosis of Dementia, Depression, or Falls in Older Adults? *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(11), 2362-2369. <https://doi.org/10.1111/jgs.16109>
- Mamo, K. S., Oh, E. & Lin, R. F. (2017). Enhancing Communication in Adults with Dementia and Age-Related Hearing Loss. *Semin Hear*, 38(2), 177-183. [10.1055/s-0037-1601573](https://doi.org/10.1055/s-0037-1601573)
- Martini, A., Castiglione, A., Bovo, R., Vallesi, A. & Gabelli, C. (2014). Aging, Cognitive Load, Dementia and Hearing Loss. *Audiology & Neurotology*, 19(1), 2-5. <https://doi.org/10.1159/000371593>
- Martinussen, M., Arai, D., Friberg, O., Hagtvet, K. A., Handegård, B. H., Jacobsen, B. K., Lie, S. & Mørch, W. T. (2010). *Kvantitativ forskningsmetodologi i samfunns- og helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Orimo, H., Ito, H., Suzuki, T., Araki, A., Hosoi, T., Sawabe, M. (2006). Reviewing the definition of «elderly». *Japan Geriatrics Society*, 6, 149–158. [10.1111/j.1447-0594.2006.00341.x](https://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2006.00341.x)

- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2019). Lov om pasient og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven>
- Rizzi, L., Rosset, I. & Roriz-Cruz, M. (2014). Global Epidemiology of Dementia: Alzheimer's and Vascular Types. *BioMed Research International*, 15, 1-8. <https://doi.org/10.1155/2014/908915>
- Røkenes, O. H. & Hanssen, P. H. (2012). *Bære eller bryte* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Solheim, K. (2015). *Demensguiden* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Statistisk Sentralbyrå. (2019, 20. november). Key figures for the population. Hentet fra <https://www.ssb.no/en/befolkning/nokkeltall/population>
- Tye-Murray, N. (2015). *Foundations of Aural Rehabilitation* (4. utg.). USA: Cengage Learning.
- Wettergreen, J., Ekornrud, T. & Abrahamsen, D. (2019, 17. september). Eldrebølgen legger press på flere omsorgstjenester i kommunen. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/eldrebolgen-legger-press-pa-flere-omsorgstjenester-i-kommunen>
- Wright, N., Stickley, T., Mulla, I., Bradshaw, E., Buckley, L. & Archbold, S. (2014). Hearing Loss and Dementia: An Exploratory Study of The Views of Audiologists. *Quality in Ageing and Older Adults*, 15(4). 220-231. 10.1108/QAOA-08-2014-0014
- Østbye, L. (2004, 4. mars). Ikke blant Europas største, men dyrt kan det bli. Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/ikke-blant-europas-storste-men-dyrt-kan-det-bli>

VEDLEGG

Vedlegg I- Informasjonsskriv

Forespørsel om deltakelse i undersøkelse tilknyttet bacheloroppgave.

Hei!

Vi er tre sisteårsstudenter som går audiografutdanningen ved NTNU i Trondheim. I forbindelse med vår bacheloroppgave «*Hvilke utfordringer møter audiografer knyttet til audiologisk rehabilitering på demente hørselshemmede?*» trenger vi informanter som kan besvare vårt spørreskjema. Vi ønsker å undersøke og utarbeide kunnskap om hva som oppleves utfordrende rundt denne prosessen, både knyttet til kommunikasjon, samarbeid og tilpasning av ulike hjelpemidler.

For å kunne delta i denne studien må man ha jobbet som autorisert audiograf i minimum ett år.

Håper du har mulighet til å videresende denne mailen til aktuelle audiografer ved din avdeling. Vedlagt lenke til spørreskjemaet finner du nedenfor.

Deltakelsen er frivillig, og opplysningene vil bli benyttet i forbindelse med bacheloroppgaven. I spørreskjemaet kan du velge å samtykke til at din besvarelse lagres anonymt. Vi vil ikke registrere personidentifiserbare data. Etter at du har samtykket er det dessverre ikke mulig å trekke tilbake besvarelsen, da ingen data kan spores tilbake til deg.

Trykk på denne lenken for å komme til spørreskjemaet:

<https://docs.google.com/forms/d/1pLO1EiYi01pnCNq3jypxQQnhe53ItbAj8oUlhLaiAMA/edit>

Spørreundersøkelsen tar ca. 10 minutter å gjennomføre. Vi hadde satt stor pris på om du ønsker å svare på våre spørsmål i vedlagt spørreskjemaet, da det hadde hjulpet oss med å få verdifull informasjon om et underbelyst tema.

Ved spørsmål, ta gjerne kontakt på xxxx eller xxxx

Med vennlig hilsen,

xxxx, xxxx og xxxx.

Program for audiografutdanningen

NTNU- Trondheim

Vedlegg II – Spørreskjema

Audiografens møte med eldre demente hørselshemmede.

Målet med denne undersøkelsen er å utforske audiografer sine utfordringer knyttet til audiologisk rehabilitering på demente hørselshemmede. Demens har flere stadier og er ikke alltid diagnostisert før pasienten kommer til konsultasjon hos audiograf. Dette tar vi høyde for ved å benytte ord som "aldersrelaterte kognitive utfordringer", "reduisert kognitiv funksjon" og "demens" om hverandre. Vi er altså ute etter å finne ut hvordan denne pasientgruppen oppleves for audiografer, uavhengig av stadiet i sykdommen. I denne undersøkelsen benytter vi ordet "audiologisk rehabilitering". Med dette mener vi valg og tilpasning av høreapparater og andre tekniske hjelpemidler eventuelt ny høreprøve, samtidig rådgiving for pasienter og pårørende. Spørreskjema anonymiseres, og data kan ikke spores tilbake til deg.

Takk for du tar deg tid til å svare på denne undersøkelsen.

1. Kjønn

- Mann
- Kvinne
- Vil ikke oppgi

2. Alder

- 22-35 år
- 36-50 år
- >60 år
- Vil ikke oppgi

3. Hvilken sektor jobber du innenfor?

- Offentlig/ høresentral
- Avtalespesialist
- Privat audiografklinik

4. Hvor lenge har du jobbet som audiograf?

- 1-3 år
- 4-6 år
- 7-10 år
- >10 år

5. Hvilken utdanning har du?

- Bachelorgrad
- Bachelorgrad med videreutdanning
- To-årig utdanning
- Vil ikke oppgi

6. Hvor ofte møter du de ulike aldersgruppene ved audiologisk rehabilitering/
høreapparatilpassing?

	Daglig	Flere ganger i uken	Flere ganger i måneden	Mindre enn en gang i måneden	En gang i året	Vet ikke
0-18 år	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19- 35 år	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36-49 år	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50-60 år	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60-75 år	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
>75 år	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Hvor ofte møter du hørselshemmede pasienter som har tegn på aldersrelaterte kognitive utfordringer?

- Daglig
- 1-4 ganger i uken
- 1-3 ganger i måneden
- En gang i halvåret
- En gang i året

8. Hvordan får du som regel kjennskap til at en av dine pasienter har demens?

- Pasient forteller det
- Pårørende forteller det
- Det står i journalen
- Egne observasjoner
- Kollegaer forteller det

Annet: _____

9. Hvilke utfordringer opplever du knyttet til audiologisk rehabilitering på demente hørselshemmede pasienter?

	I svært stor grad	I stor grad	I noe grad	I liten grad	I svært liten grad	Vet ikke
Kommunikasjon under konsultasjon	○	○	○	○	○	○
Valg av hjelpemidler	○	○	○	○	○	○
Tilpasning av hjelpemidler	○	○	○	○	○	○
Gjentar ofte informasjon/ instruksjoner	○	○	○	○	○	○
Pårørendes forventninger/ innblandinger	○	○	○	○	○	○
At pasienten glemmer timer/ hjelpemidler	○	○	○	○	○	○
At pasienten ikke klarer å betjene tildelte hjelpemidler	○	○	○	○	○	○
Utredning/ høreprøve	○	○	○	○	○	○

Jeg opplever ingen utfordringer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---------------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

10. Dersom du opplever ytterligere utfordringer knyttet til audiologisk rehabilitering på demente hørselshemmede pasienter som ikke inngår i svaralternativene ovenfor, fyll ut her:

11. I hvor stor grad vurderer du din kompetanse som tilstrekkelig når det gjelder pasienter med aldersrelaterte kognitive utfordringer?

- I svært stor grad
- I stor grad
- I noe grad
- I liten grad
- I svært liten grad

12. Finnes det tilbud på din arbeidsplass for å få mer kompetanse om audiologisk rehabilitering på denne pasientgruppen? (For eksempel: kurs, skriftlig informasjon og tverrfaglig samarbeid)

- Ja
- Nei
- Vet ikke

13. Hva bidrar til din kunnskap om denne pasientgruppen?

	I svært stor grad	I stor grad	I noe grad	I liten grad	I svært liten grad	Vet ikke
Kurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Skriftlig informasjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tverrfaglig samarbeid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eget initiativ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erfaringer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kolleger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Opplever en manglende kompetanse på området	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grunnutdanningen i audiologi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Dersom det er andre faktorer som bidrar til din kunnskap om denne pasientgruppen utenom de som er nevnt ovenfor, fyll ut her:

15. Benyttes tverrfaglig samarbeid for å ivareta den demente hørselshemmede?

- I svært stor grad
- I stor grad
- I noe grad
- I liten grad
- I svært liten grad
- Vet ikke

16. Hvilke faggrupper er som regel involvert:

17. Opplever du et større behov for tverrfaglig samarbeid for denne pasientgruppen?

- I svært stor grad
- I stor grad
- I noe grad
- I liten grad
- I svært liten grad
- Vet ikke

18. Opplever du at demente pasienter får muligheten til å medvirke i egen rehabiliteringsprosess? (bestemme tiltak, for eksempel høreapparat).

- I svært stor grad
- I stor grad
- I noe grad
- I liten grad

- I svært liten grad
- Vet ikke

19. Hvordan formidler du informasjon til demente hørselshemmede pasienter?

	I svært stor grad	I stor grad	I noe grad	I liten grad	I svært liten grad
Visuell informasjon	○	○	○	○	○
Verbal kommunikasjon	○	○	○	○	○
Kroppsspråk	○	○	○	○	○
Skriftlig informasjon	○	○	○	○	○
Den som er med (Pårørende, helsepersonell, primærkontakt eller lignende)	○	○	○	○	○

20. I hvor stor grad blir det tatt spesielle hensyn i en audiologisk rehabiliteringsprosess dersom pasienten har aldersrelaterte kognitive utfordringer? (For eksempel kommunikasjon, sette av mer tid, fjernkontroll til høreapparat, størrelse på høreapparat, propp eller lignende)

- I svært stor grad
- I stor grad
- I noe grad
- I liten grad
- I svært liten grad

21. Hender det at du heller velger enklere hjelpemidler? (For eksempel samtaleforsterker) for denne pasientgruppen?

- I svært stor grad
- I stor grad
- I noe grad
- I liten grad
- I svært liten grad

Annet: _____

22. Hvor ofte informerer du demente hørselshemmede pasienter eller de pårørende om de positive effektene hørselshjelpemidler kan gi knyttet til kognitiv funksjon?

- Svært ofte
- Ofte
- Noen ganger
- Sjelden
- Svært sjelden
- De har kunnskap om dette når de kommer til konsultasjon

23. Opplever du at hørselshemmede med redusert kognitiv funksjon ikke bruker/ har større utfordringer med å bruke hjelpemidlene de får tildelt, enn de uten kognitive utfordringer?

- I svært stor grad
- I stor grad
- I noe grad
- I liten grad
- I svært liten grad

24. Hva oppleves som barrierer i audiologisk rehabilitering av demente?

	I svært stor grad	I stor grad	I noe grad	I liten grad	I svært liten grad	Vet ikke
Kognitive utfordringer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Motoriske utfordringer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hjelpemiddelet blir for teknisk avansert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stigmatisering	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pasienten opplever ingen nytte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pasientens motivasjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Press fra pårørende	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. I hvor stor grad opplever du at pårørende engasjerer seg i rehabiliteringsprosessen til demente hørselshemmede?

- I svært stor grad
- I stor grad
- I noe grad
- I liten grad
- I svært liten grad

26. Hvilken rolle opplever du at pårørende har ovenfor den demente hørselshemmede i rehabiliteringsprosessen?

	I svært stor grad	I stor grad	I noe grad	I liten grad	I svært liten grad
Omsorgsgiver	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Passiv rolle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Samarbeidspartner for audiografen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Støttespiller for pasienten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dominerende rolle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. Opplever du at demente hørselshemmede pasienter har behov for hyppigere oppfølging/ kontrolltimer sammenlignet med personer med normal kognitiv funksjon?

- I svært stor grad
- I stor grad
- I noe grad
- I liten grad
- I svært liten grad
- Vet ikke

28. Andre relevante opplysninger knyttet til audiologisk rehabilitering på demente hørselshemmede?

29. Jeg har mottatt informasjon om deltakelse i forbindelse med bacheloroppgaven «Hvilke utfordringer møter audiografer knyttet til audiologisk rehabilitering på demente hørselshemmede?», og forstått hva undersøkelsen går ut på. Jeg godtar at min besvarelse kan benyttes anonymt i deres bacheloroppgave.

- JA, jeg samtykker

Vedlegg III- Kommentarer fra informanter

Spørsmål 10. Dersom du opplever ytterligere utfordringer knyttet til audiologisk rehabilitering på demente hørselshemmede pasienter som ikke inngår i svaralternativene ovenfor, fyll ut her.:

Informant 2: *«Pasienten glemmer ofte informasjon fra audiograf angående funksjoner i HA, eller hvordan bruke tilleggsutstyr. Derfor bruker vi å vente med tilpasning av tilleggsutstyr til vi ser pasienten håndterer høreapparater fint. Vi oppfordrer til å ha med følge/familie på time.»*

Informant 5: *«De er avhengig av å få hjelp av pårørende eller pleiepersonell. Ofte lettere hvis de er vant brukere. Problemet er at de 'gjemmer' og kaster høreapp.»*

Informant 13: *«Oppfølgingstime; hvordan HA har fungert og om de ønsker etterjustering.»*

Informant 16: *«Oppfølging av bruk av hjelpemidler på institusjonene de bor på. Det er veldig varierende kunnskap om høreapparat hos de ansatte på sykehjem o.l.»*

Informant 18: *«Manglende motivasjon hos pasient.»*

Informant 20: *«Det kommer jo veldig an på, om du har fått bekreftet diagnosen, om du ser de har fungerende hjelpers som kan hjelpe dem med utstyret etc Oftest er det enkelt å kommunisere her-og-nå, men så blir det jo fort glemt.»*

Informant 22: *“De aller fleste demente får hjelp enten på institusjon eller av pårørende til administrering av høreapparatene”.*

Informant 30: *«Ofte er det ikke kun det å sette høreapparatet på plass som er problemet, men det å huske at en må bytte filter og rengjøre apparatet er ofte årsaken til at apparatet ikke fungerer som det skal, og som også medfører til at pasientene ikke hører noe bedre med høreapparatet»*

Informant 36: *«De har ofte ikke ønske om hjelpemidler selv. I mange tilfeller hadde en samtaleforsterker vært å foretrekke framfor høreapparater, men pårørende ønsker/krever høreapparater. Som oftest finner de ut at audiografen har rett.»*

Informant 37: *«Hvor vellykket rehabiliteringen blir er ofte avhengig av hjelpeapparatet rundt brukeren.»*

Spørsmål 14. Dersom det er andre faktorer som bidrar til din kunnskap om denne pasientgruppen utenom de som er nevnt ovenfor, fyll ut her.:

Informant 2: *«God kunnskap om pasienter med nedsatt kognitiv funksjon tilegnes kanskje best ved erfaring og erfaringsutveksling med kolleger, samt kurs.»*

Informant 4: *«Studentene bør ta hensyn til at det er forskjell mellom demens og aldersrelaterte kognitive utfordringer! Men i begge tilfellene kreves det (som regel) en støttekontakt som kan være behjelpelig og hjelpe til med rengjøring og bruk av HA, ved behov.»*

Informant 9: *«Jobbet med demente på sykehjem tidligere.»*

Informant 21: *«Demens i familien, har erfaring med demens fra andre helserelaterte jobber.»*

Informant 30: *«En lærer litt om dette på skolen, men er hovedsakelig når en kommer ut i arbeid at en får erfaring om dette og hvordan systemet i Norge fungerer.»*

Informant 36: *«Lytt til pasienter, pårørende og pleiepersonell. Og i de tilfeller det tas opp på fagdager/etterutdanningskurs.»*

Spørsmål 16. Hvilke faggrupper er som regel involvert:

Informant 1: *«Fastlege, hjemmesykepleie, hørselskontakt, ØNH, NAV Hjelpemiddelsentral, sykehjem.»*

Informant 2: *«Audiopedagog, hjelpemiddelsentralen, hørselskontakt.»*

Informant 3: *«Hjelpemiddelsentral/Hørselskontakt.»*

Informant 4: *«Omsorgsbolig -eller sykehjem.»*

Informant 6: *«Audiopedagog.»*

Informant 9: *«Vi kan få hjemmesykepleie/ansatte ved evt sykehjem til å hjelpe pas med bruk og stell. Men vi har ingen kommunikasjon med disse - det går via pårørende f.eks.»*

Informant 10: *«Sykepleiere, evt helsearb. på institusjon eller legekantor.»*

Informant 11: *«Audiopedagog.»*

Informant 12: *«Helsepersonell tilknyttet sykehjemmet/helsetunet vedkommende bor på, i noen tilfeller fastlege.»*

Informant 14: *«Hjemmetjenesten, kommunal hørselskontakt (ergoterapeut).»*

Informant 16: *«Hjelpemiddelsentral, hørselskontakt i kommunen.»*

Informanter 17: *«ØNH lege, audiograf og hørselskontakt i kommunen.»*

Informant 18: *«Ergoterapeuter (hørselskontakter) og sykepleiere.»*

Informant 21: *«Hørselskontakter, helsearbeidere.»*

Informant 22: *«Ansatte på institusjon / pårørende.»*

Informant 23: *«Personell fra evt institusjon.»*

Informant 24: *«Lege, audiopedagog og direkte kontakt med sykehjem.»*

Informant 25: *«Øre-, nese-, halslege, audiograf og i noen grad fastlegen.»*

Informant 29: *«Lege og Audiograf.»*

Informant 34: *«Lege / audiopedagog.»*

Informant 36: *«Fastlege, pleiepersonell og oss her på klinikken.»*

Spørsmål 28. Andre relevante opplysninger knyttet til audiologisk rehabilitering på demente hørselshemmede?

Informant 1: *«Jeg opplever også at pasienter med moderat kognitiv svikt, og økende nedsatt selvsikkerhet og selvstendighet, opplever en ny mestringsfølelse når han/hun får tilpasset gode høreapparater. De blir da i stand til å delta mer aktivt i samtaler med sine medmennesker, som igjen kan være med på å bremse økt kognitiv svikt.»*

Informant 2: *«Grad av tilstanden varierer. På grunn av at pasientgruppen har behov for flere gjentakelser oppfordrer vi til å ha med følge, enten fra sykehjem eller pårørende. Apparatene*

er i dag enklere å håndtere, men det er ofte vanskelig å komme i gang med hjelpemidler hjemme, få koblet til TV osv. Hjelpemidler knyttet telefon blir paret sammen på ØNH og testet sammen med pasienten. Informasjon gis både pasient og følge. Hørselskontakt tilbudet er dårlig, så slik det er pr i dag kan vi ikke forvente mye hjelp derfra.»

Informant 4: «Redusert kognitiv funksjon/ demens vil ikke være til hinder for bruk av høreapparat. Nytteverdier, motivasjonen og brukerens evne til forståelse vil være derimot til hjelp for bruk av hjelpemidler. Kognitiv funksjon er et omfattende begrep og bør defineres godt i oppgaven for å kunne få en pålitelig konklusjon.»

Informant 9: «Denne gruppen har egentlig behov for hyppigere timer, både for sin del og pårørende sin del. Men det finnes ikke nok timer for dem - de må ofte vente like lenge som andre pasienter uten kognitiv svikt/demens.»

Informant 10: «Bruken/effekten/nyten av HA er veldig avhengig om man brukte HA før man fikk demensdiagnosen, da mye har med innøvde rutiner i flere år.»

Informant 14: «Mange av dem som har brukt HA før den kognitive svikten kom for langt, kan fungere bra med HA. Et problem er dog at mange mister/roter bort/gjemmer/legger i tannglass/smører inn med tannprotese krem høreapparatene sine.»

Informant 17: «Valg av oppladbart BTE-HA fungerer bra (enklest å forholde seg til med automatisk oppstart, robust og minst vedlikehold). Estetisk sjeldent problem. De aller fleste demente er sykehjemsbeboere, og får hjelp til apparatene ift. vedlikehold og sette dem på plass i ørene dersom pasienten ikke klarer det selv. Det er imidlertid varierende kunnskap blant de ansatte av vedlikehold (bytte av slange og rengjøre propper for cerumen, etc.), men som er et annet tema.»

Informant 19: «De bor ofte på hjem eller har for eksempel hjemmehjelp/hjemmesykepleie som ofte er med på timene eller som hjelper dem med den daglige bruken som å sette på seg apparatene, bytte batteri/lade og rengjøring. Er ofte de som er med på timene også, ikke pårørende.»

Informant 22: «Pårørende er ofte pådrivere for å skaffe tilveie hjelpemidler for hørsel til demente. Noen demente kan til og med ha en voldsom god effekt av høreapparater på mange måter, de blir mere bevisst og kan delta i samtaler.»

Informant 25: «Ofte står det ikke i henvisningen fra fastlegen at det er problemer med det kognitive. De kommer ofte uten pårørende, og/eller med en pleier fra sykehjemmet som egentlig ikke har så mye med brukeren å gjøre til vanlig. Pårørende burde være involvert for å være informert og med på valg om kostnader, forsikring og rengjøring av HA. Audiografen burde tenke på dette ved møblering på kontoret slik at pårørende føler seg mer delaktig i samtalen. Og så trengs det flere Audiopedagoger for å repetere informasjon, øve på plassering og rengjøring av HA samt ivareta sikkerheten i forhold til flere tekniske hørselshjelpemidler som forsterker til røykvarslere ol.»

Informant 31: «Man er ofte avhengig av at de har personer rundt seg som kan hjelpe til.»

Informant 36: «Lese kroppsspråket til pasienten. Dette er en gruppe pasienter som ofte ikke er verbale, men du ser på kroppsspråket om de liker det du gjør eller ikke. Har de ikke lyst på HA, blir de heller ikke brukt. Gå da heller for enkle hjelpemidler til samtale og tv (som er de vanligste/viktigste hjelpemidlene).»