

10011  
10028

## **På hvilken måte kan vektleggingen av pasient- og familietilnærmet omsorg ved audiologiske konsultasjoner være til nytte for både pasient og samfunnsøkonomien?**

In what way can an emphasis on patient- and family-centered care in audiological consultations be of benefit for both the patient and the social economy?

**Mai 2020**

**NTNU**

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

**Bacheloroppgave**

**2020**





10011  
10028

**På hvilken måte kan vektleggingen av pasient- og familietilnærmet omsorg ved audiologiske konsultasjoner være til nytte for både pasient og samfunnsøkonomien?**

In what way can an emphasis on patient- and family-centered care in audiological consultations be of benefit for both the patient and the social economy?

Bacheloroppgave  
Mai 2020

**NTNU**

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



Kunnskap for en bedre verden



På hvilken måte kan vektleggingen av pasient- og familiesentrert omsorg ved audiologiske konsultasjoner være til nytte for både pasient og samfunnsøkonomien? En systematisk gjennomgang av litteratur publisert i perioden 2010 – 2019

In what way can an emphasis on patient- and family-centered care in audiological consultations be of benefit for both the patient and the social economy? A systematic review of literature published in the period 2010-2019

Bacheloroppgave i audiologi

Norges teknisk- naturvitenskapelige universitet

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap

Studieprogram for audiologi

BAU2017

**Kandidatnummer:**

**10011 & 10028**

## Forkortelser

- **PCC:** Patient centered care
- **FCC:** Family centered care
- **WHO:** World Health Organization
- **ICF:** International Classification of Functionin, Disability and Health
- **HLF:** Hørselshemmedes Landsforbund
- **SSB:** Statistisk Sentralbyrå
- **UNN:** Universitetssykehuset I Nord-Norge
- **ASHA:** American Speech-Language-Hearing Association
- **REK:** Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk

## Sammendrag

Målet med denne litteraturstudien var å se etter måtene en rehabiliteringsprosess bestående både av pasient- og familietilnærmet konsultasjon kunne være til nytte for både pasient og samfunnsøkonomien. Det er mange som lever med redusert hørsel, som resulterer i store kostander. Ikke bare når det gjelder høreapparater som ikke blir brukt, men også i forhold sykemeldinger og tapt arbeidskraft. Med en kommende eldrebølge er det viktig for audiografer å perfektionere samhandlingen med pasienter og – med eller uten pårørende.

Det ble gjennomført systematiske søk i databasene MEDLINE, Sage Journals, og International Journal of Audiology etter studier fra perioden 2010-2019. Søkordene som ble brukt var “patient-centered or famliy-centered or hearing impaired” AND “care or oriented” AND “audiologist or audiology” AND “approach or outcomes”. Etter endt søkt og bruk av inkludering- og ekskluderingskriterier, resulterte det i elleve relevante artikler.

Litteraturstudien konkluderte med at det å legge større vekt på bruken av pasientsentrert omsorg (PCC) og familiesentrert omsorg (FCC) ved audiologiske rehabiliteringer, kan være med på å bedre pasienttilfredsheten. En slik tilnærming kan være med på å redusere antallet høreapparater som ikke blir brukt, samt redusere kostander når det gjelder effektivt arbeid på hørselsklinikken og tapt arbeidskraft på grunn av sykemeldinger. Etter studien ble det funnet ut at det på sikt også kan redusere ventetidene ved norske sykehus. Det vil sannsynligvis gjøre det mulig for audiografer å håndtere den kommende eldrebølgen på en bedre måte, samtidig som det kan redusere de samfunnsøkonomiske kostnadene.



## Abstract

This study aimed to find how consultations focusing on patient-centered care (PCC) and family-centered care (FCC) could help, not only for the patients but for the social economy as well. Many people suffer from a hearing disability. This costs the Norwegian society large amounts of money. Not only because of the low usage of fitted hearing aids, but also in regard to sick leaves caused by untreated hearing loss. With a coming increase of elderly people, audiologists need to perfect the interaction between audiologists and patients with or without their family present.

To conduct this systematic review, the following databases were used to find relevant data. MEDLINE, Sage Journals, and International Journal of Audiology. Articles published between the period 2010-2019 were used. The following search terms were used: “patient-centered or family-centered or hearing impaired” AND “care or oriented” AND “audiologist or audiology” AND “approach or outcomes”. After finding relevant data in these databases with the use of inclusion and exclusion criteria, eleven relevant articles were found.

This systematic review concluded that the improved focus of PCC and FCC during an audiological rehabilitation will result in greater patient satisfaction. This again can reduce the number of patients who are not using their fitted hearing aids. It could also lead to the reduction of cost caused by ineffective work at the hearing clinics and the loss of labor due to sick leaves caused by hearing loss. In the end, a greater focus on PCC and FCC could lead to reduced waiting times at Norwegian hospitals. This could further help audiologists deal with the increased amount of elderly people with hearing loss in the future in a better way, and reduce the social economic costs.

## Forord

Vi ønsker å takke Steinar Birkeland ved HLF som belyste pasientenes opplevelser og problemene vi som audiografer kan møte i fremtiden. Vi vil også gjerne rette en stor takk til vår veileder for forståelse, gode råd, tilbakemeldinger og stødig veiledning gjennom en prosess preget av sykdom og usikkerhet.

# Innhold

<b>Forkortelser</b>	<b>2</b>
<b>Sammendrag</b>	<b>2</b>
<b>Abstract</b>	<b>3</b>
<b>Forord</b>	<b>3</b>
<b>1 Introduksjon og teori</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Kommunikasjon</b>	<b>1</b>
<b>1.2 Utfordringer</b>	<b>2</b>
<b>1.3 Konsekvensene av redusert hørsel</b>	<b>3</b>
<b>1.4 Rehabilitering</b>	<b>5</b>
<b>1.5 Audiologisk rehabilitering</b>	<b>6</b>
<b>1.6 Pasientsentrert omsorg</b>	<b>7</b>
<b>1.7 Familiesentrert omsorg</b>	<b>8</b>
<b>1.8 Hørselsrelaterte ringvirkninger i samfunnet</b>	<b>9</b>
<b>2 Problemstilling</b>	<b>10</b>
<b>2.1 Avgrensning av oppgaven</b>	<b>10</b>
<b>3 Metode</b>	<b>10</b>
<b>3.1 Fremgangsmåte</b>	<b>11</b>
<b>3.1.1 Litteratursøk og datainnsamling</b>	<b>11</b>
<i>Figur 1</i>	<b>12</b>
<b>3.1.2 Inkludering- og ekskluderingskriterier</b>	<b>12</b>
<b>3.2 Reliabilitet og validitet</b>	<b>13</b>
<b>4 Resultat</b>	<b>14</b>
<i>Tabell 1</i>	<b>15</b>
<i>Tabell 2</i>	<b>16</b>
<b>5 Diskusjon</b>	<b>17</b>
<b>5.1 Pasientenes opplevelser</b>	<b>17</b>
<b>5.2 Familienmedlemmenes påvirkningsfaktor</b>	<b>20</b>
<b>5.3 Høreapparater</b>	<b>21</b>
<b>5.4 Samfunnet</b>	<b>23</b>
<b>5.5 Kommunikasjon</b>	<b>24</b>
<b>5.6 Tilfredshet basert på tidsbruk</b>	<b>25</b>
<b>5.8 Videre studier</b>	<b>26</b>

<i>5.9 Metodekritikk</i>	27
<i>5.10 Refleksjon</i>	27
<b>6 Etske forhold</b>	<b>28</b>
<b>7 Konklusjon</b>	<b>28</b>
<b>8 Referanser</b>	<b>30</b>
<b>Vedlegg 1: Oppsummering av artikler</b>	<b>36</b>

# 1 Introduksjon og teori

Kommunikasjonen mellom audiograf og pasient er et viktig ledd i en audiologisk rehabilitering. Kommunikasjon kommer av det latinske ordet *communicare* som betyr «gjøre felles» (Bruusgaard & Malt, 2019). Kommunikasjon er et viktig begrep i alles hverdag, men det kan ha en større betydning for pasienter i en rehabiliteringsprosess.

Det verbale samarbeidet har vist seg å ha stor innflytelse på pasientens helse, tilfredshet og villighet til behandling, spesielt hos pasienter med kroniske sykdommer (Grenness, Hickson, Laplante-Lévesque, Meyer, & Davidson, 2015). Med lange ventetider på norske sykehus er det viktig at samarbeidet mellom audiograf, pasient og pårørende er bra (Grongstad, 2016). I en tid der flere unge sliter med hørselsproblemer og en lenge varslet eldrebølge er i anmarsj, er det viktig å perfektionere kommunikasjonen for både pasientens tilfredshet og de forskjellige omsorgstjenestenes beste (Wettergren, Ekornrud, & Abrahamsen, 2019). Lange ventetider og flere hørselsrelaterte sykemeldinger skaper store kostnader for samfunnsøkonomien. Derfor kan det være spennende å se nærmere på om god kommunikasjon kan redusere disse kostnadene.

For å kunne klare å håndtere den fremtidige eldrebølgen, må kommunikasjonen mellom helsetjenestene og pasientene perfektioneres for å effektivisere og kvalitetssikre behandling og rehabilitering hos pasientene. På bakgrunn av dette dukker et spørsmål opp. På hvilken måte kan vektleggingen av pasient- og familiesentrert omsorg ved audiologiske konsultasjoner være til nytte for både pasient og samfunnsøkonomien?

## 1.1 Kommunikasjon

Kommunikasjonen mellom pasienter og helsepersonell kalles for *klinisk kommunikasjon*. Det innebærer at helsepersonell deler eller anskaffer nyttig informasjon i samarbeid med pasienten, annet helsepersonell eller pårørende for å tilrettelegge best mulig behandling (Jirjis, Weiss, Giuse, & Rosenbloom, 2005). Når det gjelder utarbeiding av en audiologisk rehabiliteringsplan, er det viktig å finne ut i hvor stor grad pasientens hverdag som er begrenset og hvor mye det fører til restriksjoner når det gjelder deltakelse (Tye-Murray, 2015, s. 437).

Ifølge American Speech-Language-Hearing Association (ASHA), er alle hørselstap unike. På grunn av denne ulikheten, vil et hvert hørselstap trenge ulike tilnærminger for å hjelpe pasienten best mulig. For å kunne hjelpe pasienten best mulig, vil god kommunikasjon og samhandling mellom pasient, audiograf og andre familiemedlemmer, være viktig for en vellykket rehabiliteringsprosess. Det endelige fellesmålet er å redusere de negative konsekvensene av hørselstapet og å stabilisere hverdagen. For å nå dette fellesmålet, må audiografen og pasienten planlegge og jobbe sammen for å finne den beste løsningen på problemene hørselstapet påfører pasienten.

## 1.2 utfordringer

Klinisk kommunikasjon innen det audiologiske miljøet er et vanskelig, men spennende tema. Viktigheten av den kliniske kommunikasjonen viser seg da mengden personer som ikke benytter seg av utdelte høreapparater, er stor (McCormack & Fortnum, 2013). Mange høreapparatbrukere opplever vanskeligheter med å håndtere høreapparatene. På grunn av dårlig opplæring i bruk, og lite informasjon om hva man egentlig kan forvente av høreapparatene, kan pasienter føle at høreapparatene ikke gir nok verdi i form av forventet bedring av hørsel. Høreapparatet er en høyttaler som forsterker de lydene som pasienten ikke hører. På grunn av denne forsterkningen, kan noen pasienter oppleve lyden som unaturlig (McCormack & Fortnum, 2013). At pasienten ikke føler forventningene sine til høreapparatet oppfylles, kan være et resultat av dårlig kommunikasjon mellom audiograf og pasient.

Hørselstap er permanent og fører til redusert hørsel og taleoppfattelse. Høreapparatene skal ikke erstatte det som er tapt, men forbedre det som er redusert (National Institute on Deafness and Other Communication Disorders, 2017). Et høreapparat vil gjøre det mulig å høre det meste av det man kunne høre før, men de hjelper ikke med å gjenvinne den naturlige hørselen man hadde tidligere.

Antallet nordmenn i alderen 70 år eller mer er stort og antallet er estimert til å øke (Solheim & Hickson, 2017). Ifølge Statistisk sentralbyrå (SSB), vil andelen 70-åringer i befolkningen øke fra 12% i 2018, til 21% innen 2060 (Johansen, 2018). Tallene fra SSB (2018) og Solheim & Hickson (2017) gir et bilde på at andelen eldre vil føre til en høyere pågang pasienter hos hørselsklinikene da hørselstap er tett knyttet til alder (Gelfand, 2016, ss. 169-170).

Hvordan kan vi som en spesialisthjelpetjeneste ivareta pasientens beste basert på ulike tilnæringsmetoder, som blant annet patient centered care (PCC) og family centered care (FCC)? Bruken av de biopsykososiale modellene PCC og FCC blir promotert som et nyttig verktøy i rehabiliteringsprosessen, hvor hensikten er å hjelpe pasienten samtidig som pasientens psykososiale faktorer er tatt i betraktning (Montano & Spitzer, 2014, ss. 168-169). En biopsykososial modell vil si at man prøver å forstå pasientens helsetilstand basert på psykologiske og sosiale faktorer, ikke bare de biologiske (Physiopedia, 2020). Det kan, for eksempel, være sosiale faktorer som familieliv og psykologiske faktorer som selvbilde og egenverd.

### **1.3 Konsekvensene av redusert hørsel**

Det finnes flere typer funksjonshemninger for et individ, men tradisjonelt blir de sett på som et tap av en egenskap hos individet. En funksjonshemmet person er en person som på grunn av sin nedsatte funksjonsevne, ikke når opp til samfunnets krav. Dette kan skyldes sykdom eller feil i kroppens fysiske og psykiske funksjoner (Normann, Sandvin, & Thommesen, 2003, s. 21). Funksjonshemningen er subjektiv for det enkelte individet da den ikke kan oppdages objektivt for andre (Tye-Murray, 2015, s. 2), videre fører denne hemningen ulike konsekvenser. I denne oppgaven blir det sett på de konsekvensene som forekommer hos personer med redusert hørsel.

Redusert hørsel fører til redusert kommunikasjonsevne mellom mennesker. Språk er en essensiell kognitiv egenskap, så vel et viktig verktøy for kommunikasjon, som kan bli betydelig redusert av et ubehandlet hørselstap. Videre kan det føre til store negative konsekvenser senere i livet i form av redusert evne og vilje til å delta ved sosiale sammenkomster (Northern & Downs, 2014, ss. 113-115). Personer med redusert hørsel kan slite med å ta del i samtaler. Når personer med redusert hørsel sliter med å være en del av samtaler, kan det før til at de isolerer seg selv. Denne isoleringen er en av flere strategier personer med redusert hørsel bruker for å skjule funksjonshemningen sin, blant annet ved bruk av maladaptive mestringsstrategier. Maladaptive mestringsstrategier er negative strategier personer med hørselstap kan ta i bruk for å forholde seg til eget hørselstap. Disse strategiene kan for eksempel være bløffing ovenfor andre om eget hørselstap og sosial distansering som med tid kan medføre stress og sinne hos personen det gjelder (Tye-Murray, 2015, s. 249).

Studier viser at et ubehandlet hørselstap kan føre til redusert livskvalitet, isolasjon, redusert sosial aktivitet og ensomhet, som igjen kan føre til blant annet depresjon (Arlinger, 2009). Mange av disse konsekvensene styres av alder, livssituasjon og andre faktorer som vil påvirke selve opplevelsen av hørselstapet.

### **1.3.1 Eriksons beskrivelser av faser i den sosiale utviklingen**

Eriksons teori angående personlig psykologisk utvikling sier at det primært sett styres av egne psykologiske behov, samtidig som det motstrider samfunnets behov. Gjennom livet går mennesket gjennom ulike stadier. En vellykket avslutning av hvert stadie vil derfor føre til en bedre livsopplevelse (McLeod, 2018).

Disse stadiene deles opp i aldersgrupper fra fødsel til død, hvor hver gruppe starter med en krise. Måten disse krisene ble håndtert på, ville enten styrke eller svekke individet og påvirke videre identitetsutvikling. Dersom krisen ble konfrontert på en god måte, ville individet utvikle en positiv grunnholdning og motsatt hvis konfrontert dårlig. Denne grunnholdningen beskriver Erikson som en form for mestring. Denne mestringsfølelsen vil underbevisst være en del av individet og resultere i en positiv grunnholdning (Omhelse.no, 2014). Et hørselstap vil kunne påvirke hver gruppe forskjellig basert på alder og livssituasjon. Avslutningsvis vil ikke hørselstapet bare påvirke den som hører dårlig, men også familiemedlemmene og vennene som må forholde seg til en ny hverdag (Peterson, 2009).

### **1.3.2 Eldre mennesker**

I denne litteraturstudien kategoriseres voksne personer i to forskjellige grupper. Den ene gruppen er arbeidsgruppen som gjelder personer i alder 30-65 år og den eldre gruppen som er de i alder 65 år og oppover. Bakgrunnen for denne inndelingen er at et hvert menneske har egne behov som vil motvirke samfunnets behov. Personer i voksen alder vil ved forskjellige faser få ulike problemer basert på fasen de er i når hørselstapet inntreffer (Tye-Murray, 2015, s. 51). Hvordan hørselstapet påvirker disse to gruppene styres etter hvilket stadie de er i livet. Hørselstapet vil påvirke gruppene forskjellig da de er i forskjellige stadier i livet. Arbeidsgruppen må forholde seg til en hektisk arbeidshverdag samt andre familiære oppgaver, som da kan påvirke viljen til å gjøre noe med hørselstapet negativt. Arbeid og

familiære oppgaver kan ofte bli prioritert fremfor det å gjøre noe med hørselstapet sitt. Faktorer som misnøye på arbeidsplassen og problemer innad i familien, kan være med på å svekke viljen til å gjøre noe med hørselstapet (Tye-Murray, 2015, s. 52). På grunn av denne misnøyen og problemene innad i familien, kan et hørselstap føre til store negative konsekvenser som både fysisk og mental utmattelse (Eysel-Gosepath, Daut, Pinger, Lehmacher, & Erren, 2012).

Hos den eldre gruppen vil ikke arbeidspresset påvirke i like stor grad som hos arbeidsgruppen. Aldring medfører store forandringer i kroppen og måten den fungerer på. Dette innebærer en reduksjon i kognitive funksjoner, en naturlig reduksjon av hørselen, redusert motorikk samt andre underliggende sykdommer (Clark & English, 2014, ss. 228-232). Selv om mange vet at hørselen reduseres ved økende alder, er det ikke mange som er innforstått med de konsekvensene som kan følge med hørselstapet. Isolasjon, depresjon, ensomhet, behov for hjelp i hverdagen, frustrasjon og kommunikasjonsvansker er typiske trekk hos eldre personer med hørselstap (Ciobra, Bianchini, Pelucchi, & Pastore, 2012; Gates & Mills, 2005).

Selv om et høreapparat kan være med på å redusere noen av de negative effektene og øke den generelle livskvaliteten, vil det muligens være andre områder som ikke bedres (Mondelli & de Souza, 2015). Disse områdene faller innenfor andre psykologiske og fysiologiske aldringsproblemer. Det er viktig at audiografen klarer å kommunisere at det å bruke høreapparatene hyppig kan hjelpe betydelig med noen av problemene, selv om ikke alt blir slik det var før hørselstapet inntraff. Gruppesamtaler og familiedeltakelse kan i tillegg være med på å hjelpe videre med de psykososiale virkningene et hørselstap kan påføre (Tye-Murray, 2015, ss. 294, 300).

## **1.4 Rehabilitering**

Rehabilitering er et viktig element. Ikke bare innenfor det audiologiske fagfeltet, men også for andre faggrupper innen helsetjenesten. Rehabiliteringen skal gjøre mulig for pasienten å kunne oppnå mest mulig normal funksjon i samfunnet. En rehabilitering innebærer målrettet arbeid med tidsavgrenset innsats, hvor brukeren med en form for ervervet funksjonshemming, skal kunne utvikle nye egenskaper til å leve et normalt liv (Bredland, Line, & Vik, 2002, s. 16). Hvordan hver enkelt helsetjeneste gjennomfører en rehabilitering, bestemmes av behovet brukeren har, samt de funksjonshemningene som foreligger. Det grunnleggende målet med en



rehabilitering er at vedkommende oppnår mest mulig deltakelse i samfunnet slik at pasienten kan være en samfunnsborger med de samme rettighetene og de samme pliktene som alle andre (Normann, Sandvin, & Thommesen, 2003, ss. 38-39). Et hørselstap er en permanent funksjonshemning som gjør at personer som har hatt normal hørsel, men får redusert hørsel senere i livet, opplever en helt ny hverdag. Denne hverdagen kan by på store utfordringer for vedkommende som må leve med funksjonshemningen. Utfordringene til pasienten er noe audiografen må rette seg etter for å kunne hjelpe pasienten mest mulig i den nye hverdagen (Normann, Sandvin, & Thommesen, 2003, s. 22).

## 1.5 Audiologisk rehabilitering

En audiologisk rehabilitering gjennomføres primært sett ved at man setter opp en rehabiliteringsplan i samråd med pasient med eller uten pårørende til stede. Tilpassing av høreapparater er en del av denne planen. Målet er å gjenopprette eller optimalisere en persons reduserte deltakelse i samfunnet som en følge av vanskelighetene som hørselstapet påfører og minimalisere konsekvensene (Tye-Murray, 2015, s. 3). En god rehabiliteringsplan vil hjelpe både pasienten og deres familiemedlemmer med å forstå i hvilken grad hørselstapet påvirker livene deres. Videre danner det et grunnlag hvor de kan utvikle mestringsstrategier og danne selvaksept (Tye-Murray, 2015, s. 344).

Hvordan audiografer gjennomfører rehabiliteringen varierer. I en undersøkelse gjennomført av Tai, Barr & Woodward-Kron, kommer det fram at de biomedisinske aspektene prioriteres oftest av audiografer (Tai, Barr, & Woodward-Kron, 2017). En biomedisinsk tilnærming er en tilnærming som ser på det kroppslige uten å ta i betraktning psykologiske og samfunnsmedisinske forhold (Hem, 2020). Samfunnsmedisinske forhold innebærer sammenhengen mellom samfunn og helse (Nylenna, 2020), noe som har vist seg å være tett knyttet til hørselshemmede.

Testresultater og andre tekniske faktorer påvirker valg av rehabiliteringsmetode (Boisvert, et al., 2017). Da denne biomedisinske metoden er mer rettet mot pasienter uten kroniske sykdommer, faller pasienter med hørselsnedsettelse utenfor rammene (Gagné & Jennings, 2011). En biopsykososial tilnærming er mer fokusert på PCC og er mer egnet i en audiologisk rehabilitering. Ved å benytte seg av en slik tilnærming, tar man pasientens sosiale omkrets og

egne opplevelser med i betraktningen. Personer pasienten omgås med og miljøet pasienten lever i, vil påvirke selve rehabiliteringsprosessen (Gagné & Jennings, 2011).

### **1.5.1 ICF-Modellen**

Når man skal sette opp en rehabiliteringsplan, kan man bruke forskjellige modeller som grunnlag. I 2001 opprettet World Health Organization (WHO) en modell kalt International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) hvor målet var å danne et grunnlag for selve helsen og hvordan den påvirker livet basert på ulike faktorer (Montano & Spitzer, 2014, s. 41).

Et hørselstap påvirker ikke bare livene til den som har hørselstapet, men også de som lever med og omgås vedkommende. Scarinci, Worrall, & Hickson konkluderte med at ICF-modellen virket som et bra redskap for å danne grunnlag for hørselstapets effekt på pårørende. Å implementere ICF-modellen i en rehabiliteringsplan hos eldre mennesker er viktig. Denne implementeringen er viktig siden det oppmuntrer til samarbeid mellom klinikker, pasient og pårørende angående hørselstapets innvirkning på kroppsfunksjon, aktiviteter og deltakelse (Scarinci, Worrall, & Hickson, 2009). Da et hørselstap er permanent, vil en god rehabiliteringsplan være enda viktigere for å redusere de negative effektene et hørselstap kan påføre. ICF-modellen vil da kunne være et nyttig verktøy.

### **1.6 Pasientsentrert omsorg**

Pasientsentrert omsorg (PCC) er et begrep med mange ulike definisjoner blant ulike yrker og fagmiljøer. Fellestrekk blant disse er at pasienten skal settes i fokus. Under en konsultasjon skal pasientens opplevelse av situasjonen, samt egne erfaringer, settes i fokus. Ved å fokusere på pasienten og prøve å danne et helhetsbilde av situasjonen med formål å finne best mulig plan for videre utredning og behandling (Stubberud, 2019, s. 70).

I norsk praksis blir *WHO*s ICF-modell brukt som en retningslinje i habilitering- og rehabiliteringsforløpet for å kartlegge pasientens behov i forhold til pasientens funksjonshemming. Det står også skrevet i det norske lovverket om brukermedvirkning at

pasienten har rett til å medvirke i valg av behandlingsmetoder og diverse helse- og omsorgstjenester (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001).

Grenness, Hickson, Laplante-Lévesque, Meyer & Davidson har i en artikkel fra 2014 konkludert med at en ordentlig definisjon av pasientsentrert omsorg ikke finnes i audiologiens verden (Grenness, et al., 2014). Pasientsentrert omsorg har uansett i stor grad blitt sett på som en av de bedre rehabiliteringstilnærmingene når det gjelder pasienttilbakemeldinger (Montano & Spitzer, 2014, s. 165).

Montano og Spitzer skriver at en pasienttilnærmet metode der pasienten blir hørt på av en audiograf som mestrer den biopsykososiale metoden, vil hjelpe å bedre pasienttilfredsheten (Montano & Spitzer, 2014, s. 165). Det kan derfor være interessant å se videre på hvilken måte denne tilfredsheten innvirker på rehabiliteringsprosessen.

## **1.7 Familiesentrert omsorg**

Familiesentrert omsorg (FCC) er ifølge Tye-Murray en behandlingsmåte hvor familiens emosjonelle og sosiale støtte har en sentral plass i den audiologiske rehabiliteringsplanen (Tye-Murray, 2015, s. 705). Konseptet FCC ble introdusert for 60 år siden hvor hovedmålet var å hjelpe foreldre med syke barn (Deek, et al., 2016). Ved å iverksette FCC vil man prøve å ivareta hele familien gjennom hele rehabiliteringsprosessen og ikke bare det syke individet (Coyne, O'Neill, Murphy, Costello, & O'Shea, 2011). Etter hvert utviklet den seg til å inkludere voksne pasienter med kroniske sykdommer da helbredende behandling ble byttet ut mot lindrende behandling (Deek, et al., 2016). I et behandlings- og rehabiliteringsforløp hos pasienter med høreapparat er det vist gjennom forskjellige studier at pårørende hos særlig eldre pasienter ofte er med på konsultasjon hos audiograf (Ekberg, Meyer, Scarinci, Grenness, & Hickson, 2014).

Det er vist en sammenheng med økt bruk av høreapparater hos førstegangsbrukere når familiemedlemmer har vært med på tilpasningstimen. Flere studier viser til at mangelen på motivasjon og opplæring i bruk og vedlikehold av høreapparat fører til en lavere suksessrate for videre bruk av apparatene (Solheim & Hickson, 2017). Tye-Murray skriver i sine tekster om rehabilitering at familie burde være der som støtte og være en motiverende part i prosessen til hørselshemmede (Tye-Murray, 2015, ss. 19-20).

## 1.8 Hørselsrelaterte ringvirkninger i samfunnet

Ifølge tall fra FHI, har rundt 10% av Norges befolkning et hørselstap som reduserer deres evne til å kommunisere. Denne andelen er anslått til å øke med tiden (FHI, 2014).

Forekomsten av hørselstap blant personer fra og med 65 år er stor, viser en hørselsundersøkelse gjennomført i perioden 1996-1998 (FHI, 2014). Da hørselen gradvis reduseres, vil man anta at denne gruppen personer vil ha behov for høreapparater. Det er derfor naturlig å tro at dette vil skape et stort trykk hos høresentralene i tiden fremover. Høresentralene klarer ikke å redusere dette behovet med den befolkningsutviklingen vi opplever i dag (Stenklev, Møller, Siem, & Gjellan, 2013).

En rapport utgitt av Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) i 2016 oppgir at ventetiden for en hørselstest er på 20 uker, mens ventetiden for tilpasning er på 10 uker (Grongstad, 2016). Da ventetiden er lang, vil pasientene gå lenge med hørselstapet, noe som igjen påvirker livssituasjonen deres. Prevelansen av sykemeldinger grunnet økt utmattelse, psykososialt stress og generelt stress er større blant arbeidstakere med hørselstap enn normalthørende arbeidstakere (Punch, 2016).

Sykemeldinger basert på utmattelser som følge av hørselsvansker forekommer ofte. Arbeidstakere med hørselsvansker som jobber på en arbeidsplass der tilretteleggingen ikke er optimal, er spesielt utsatt (Svinndal, Solheim, Rise, & Jensen, 2018). Konsekvensene av disse hørselsvanskene koster staten store summer. En undersøkelse gjennomført av Oslo Economics på vegne av HLF, anslår at hørselstap koster det norske samfunnet to milliarder kroner årlig i form av tapt arbeidskraft (Guttormsen, Kristensen, & Størksen, 2020). Med den befolkningsutviklingen som ventes og de lange ventetidene vi allerede har i dag, kan det tenkes at denne summen på to milliarder kroner kan øke i tiden fremover. Hvorvidt denne summen øker eller ikke, kan styres av resultat i den audiologiske rehabiliteringen. Effekten av samhandlingen mellom audiograf og pasient kan være en viktig faktor hvor sluttresultatet enten kan redusere summen eller øke summen.

Steinar Birkeland nevner i en rapport fra 2016 at den eldrebølgen som kommer vil føre til kapasitet- og kvalitetsutfordringer i fremtiden når det gjelder mennesker med hørselsnedsettelse. Med de lange ventetidene, vil hovedfokuset primært sett ligge oppfølgingen av pasienter psykososialt (Birkeland, 2016). Det vil derfor være interessant å se nærmere på effekten god pasientkommunikasjon kan ha på samfunnsøkonomien.

## 2 Problemstilling

Denne studien baserer seg på problemstillingen:

*På hvilken måte kan vektleggingen av pasient- og familiesentrert omsorg ved audiologiske konsultasjoner være til nytte for både pasient og samfunnsøkonomien?*

Målet med studien er å undersøke om bruk og implementering av både PCC og FCC ved audiologiske konsultasjoner og rehabilitering kan gi økt tilfredshet hos pasienter samtidig som det letter på det fremtidige presset og de samfunnsøkonomiske kostnadene en eldrebølge vil kunne påføre hørselsklinikkene rundt om i landet.

### 2.1 Avgrensning av oppgaven

I denne oppgaven blir det ikke sett på kliniske tester som gjennomføres ved utredning og tilpassing av høreapparater. Vi har valgt å unngå å gå inn på de spesifikke vanskene, men ser heller på resultatet som helhet ved PCC og FCC. Dette for å enklere kunne sette opp og sammenligne resultatene fra de ulike studiene på en oversiktlig måte.

I dette litteraturstudiet blir heller ikke de ulike typer hørselstap undersøkt, da vi heller vil undersøke den generelle prosessen ved en rehabilitering.

## 3 Metode

For å se på hvilken måte en kombinasjon av PCC og FCC kan påvirke pasientens rehabiliteringsprosess og innvirkning på samfunnet, valgte vi å gjennomføre bacheloroppgaven som en litteraturstudie.

Det finnes mye litteratur angående klinisk kommunikasjon innenfor helsesektoren. Spesielt når det kommer til forskjellige måter å benytte seg av kommunikasjonen med pasient og pårørende. Det har derfor vist seg nyttig å gå gjennom denne litteraturen for å trekke frem forskjellige styrker og eventuelle svakheter ved de forskjellige tilnærmingene. For å best kunne gjøre dette, valgte vi å gjennomføre en litteraturstudie der utgitt litteratur fra forskjellige fagfelt ble undersøkt, sammenlignet og diskutert.

En litteraturstudie innebærer at man tar for seg tidligere studier innenfor det aktuelle temaet og bruker deres funn til å svare på den aktuelle problemstillingen. For å få gjennomført selve oppgaven har vi valgt å bruke en kombinasjon av litteraturstudier, samt kvalitative og kvantitative studier som kilder. Dette for å forsikre oss om at vi får inn nok data (Dalland, 1993, s. 24-25).

Grunnen for dette er at det ikke er mye konkret data angående temaet innenfor det audiologiske miljøet. Da det allerede er lite forskning på det aktuelle temaet, vil en slik tilnærming også gjøre det mulig for oss å bruke data fra andre helse- og omsorgsrelaterte fagfelt. Dette gjør det mulig å sammenligne resultatene fra de forskjellige kildene og diskutere resultatene opp mot hverandre. Ved å bruke denne tilnærmingen kan det dannes et klarere bilde på PCC og FCC og hvordan de påvirker rehabiliteringsprosessen og samfunnet.

## **3.1 Fremgangsmåte**

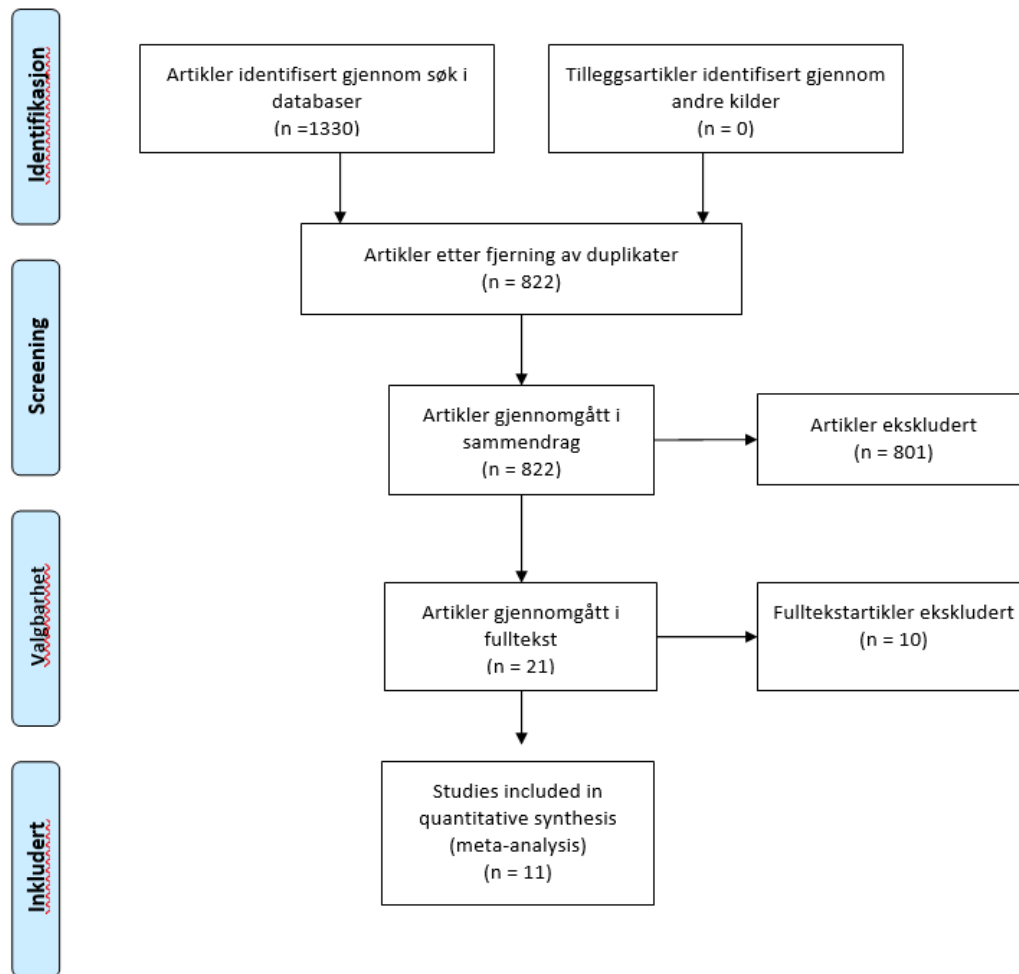
### **3.1.1 Litteratursøk og datainnsamling**

Innsamling av relevant data for denne oppgaven, ble gjennomført ved søk i databasene MEDLINE, Sage Journals, og International Journal of Audiology. Ved å gjennomføre søk på de angitte områdene kan vi forsikre oss om dataen som vi finner er pålitelige og fagfellevurdert. Et grunnleggende krav for data som skal brukes er at det må være relevant. Det gjelder ikke bare for besvarelse av egen problemstilling, men også fra kildene som de er hentet fra (Dalland, 2012, s. 120).

Søkeordene som ble brukt var “patient-centered or family-centered or hearing impaired” AND “care or oriented” AND “audiologist or audiology” AND “approach or outcomes”. Samtidig brukte vi inkluderings- og ekskluderingskriteriene da vi søkte, dette i form av publiseringsår, språk og tilgjengelighet, samt andre kriterier. Figur 1 viser hvordan søket ble gjennomført. Ved første søk fikk vi til sammen 1330 treff: 355 hos MEDLINE, 425 treff hos Sage Journals, og 550 treff hos International Journal of Audiology. Videre ble duplikater fjernet og antallet redusert ned til 822.

Etter å ha lest gjennom sammendragene, ble 801 artikler ekskludert. Disse fulgte ikke de kriteriene som hadde blitt satt opp. De gjenværende artiklene ble gjennomgått i fulltekst, hvor ti ble ekskludert. Deretter ble referanselisten til de resterende elleve artiklene gjennomgått, for

å se om det potensielt kunne være andre relevante artikler, noe det ikke var. De gjenværende elleve ble sett på som pålitelig og relevant data for denne oppgaven og ble derfor inkludert.



Figur 1: (PRISMA) Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses. Flytdiagram som viser antall treff på de ulike trinnene under litteratursøket

### 3.1.2 Inkludering- og ekskluderingskriterier

For å være sikre på at den litteraturen som undersøkes var relevant for selve oppgaven, måtte inkludering- og ekskluderingskriterier bli innført for å kunne kvalitetssikre studiene og luke ut de studiene som var irrelevante for denne litteraturstudien.

Vi ønsket å se på nyere artikler og undersøkelser publisert fra og med 2010, da det audiologiske miljøet er i stadig utvikling. Dagens høreapparater er digitale og mindre enn de

gamle, noe som kan medføre vanskeligheter med å håndtere de. Dette problemet kan være et resultat av dårlig kommunikasjon mellom pasient og audiograf.

For å kvalitetssikre informasjonen som blir brukt i denne litteraturstudien, må artiklene være av høy reliabilitet. Pasientene og/ eller deltakeren i de ulike undersøkelsene må være over 30 år gamle. Dette for å rette søkelyset mot aldersgruppen som arbeider og opp til eldre voksne og virkningene PCC og FCC har hos disse respektive aldersgruppene.

Artiklene må også omhandle det audiologiske faget, eller en annen form for helse- og omsorgsrelaterte fagfelt. Her må de kunne sammenligne forskjellige rehabiliteringsformer. Til slutt må det være på enten norsk, svensk, dansk eller engelsk for å kunne sikre at innholdet ikke blir misforstått i oversettelser.

### **3.2 Reliabilitet og validitet**

Det er viktig at man kvalitetssikrer validiteten og reliabiliteten til de artiklene man skal bruke når man gjennomfører en litteraturstudie. For å kunne stole på litteraturen som blir undersøkt, må den ha en viss reliabilitet. Det vil si at undersøkelsene som har blitt utført er blitt gjort på en korrekt måte. For å styrke resultatene av disse undersøkelsene, må også de pålitelige artiklene nevne de forskjellige feilmarginene som eventuelt oppstår (Dalland, 1993, s. 52)

Validitet er også viktig for å danne et godt grunnlag for litteraturstudien. Validiteten av studiene sier noe om hvorvidt studiene er relevante for temaene som blir undersøkt i denne oppgaven. Dataene som er innsamlet, blir undersøkt for å se om de svarer på det som ønskes å finne ut av. I denne oppgaven vil det bety at de har noe å si i hvilken grad PCC og FCC påvirker pasienttilfredshet og resultatene av en slik tilnærming på rehabilitering.



## 4 Resultat

Etter endt søk og implementering av inkludering- og ekskluderingskriteriene, endte denne oppgaven opp med elleve relevante artikler. Det var stor variasjon mellom artiklene i forhold til problemstilling, hensikt og resultat. Seks av de elleve artiklene ville se på ulike faktorer som påvirker pasienters bruk av høreapparater og valg av rehabiliteringsmetode, hvorav to av de var retrospektive studier (Hickson, Meyer, Lovelock, Lampert, & Khan, 2014; Meyer, Hickson, & Fletcher, 2014), én var litteraturstudie (Meyer & Hickson, 2012), én var kvalitativ spørreundersøkelse (Laplante-Lévesque, Hickson, & Worrall, 2010), én var systematisk litteraturstudie (Ng & Loke, 2015) og én var scoping studie (McCormack & Fortnum, 2013).

Det var fire artikler som undersøkte PCC og hvordan en slik tilnærming påvirker pasientens rehabilitering. Fremgangsmåten som ble brukt ved disse studiene varierte. To av studiene var spørreundersøkelser og måten data ble analysert, var forskjellig. Den ene studien brukte kvalitative og kvantitative metoder for å analysere data (Boisvert, et al., 2017), mens den andre brukte kvalitativ metode (Grenness, Hickson, Laplante-Lévesque, & Davidson, 2014). De to andre artiklene var litteraturstudier, hvor det i den ene ble gjennomført en systematisk gjennomgang av aktuell litteratur (Rathert, Wyrwich, & Boren, 2013). I den andre ble det fokusert på litteraturgjennomgang og syntese (Grenness, Hickson, Leplante-Lévesque, & Davidson, 2014). Den siste artikkelen gikk nærmere inn på FCC og hvordan en slik tilnærming kan være til nytte for pasienten. Studien ble gjennomført ved bruk av en kvantitativ spørreundersøkelse (Ekberg, et al., 2014).

Tabell 1

Artikkel	Navn	Forfatter, år	Hensikt	Utvalg	Resultat
I	Patient-Centred Care and Outcomes: A systematic Review of the Literature	Radhert, Wyrwich, & Boren, (2013)	En systematisk gjennomgang av PCC litteratur for å utforske PCC og utfallene.	40 artikler som omhandler PCC ble analysert, hvor mesteparten av artiklene omhandlet andre kroniske sykdommer.	Forskjellige resultater hvor noen artikler fant klare forhold mellom PCC og utfallene, mens andre var uklare. Det var sterkere bevis for at PCC påvirket pasienten positivt når det gjelder tilfredshet og selvstyre.
II	Factors associated with success with hearing aids in older adults	Hickson, Meyer, Lovelock, Lampert, & Khan (2014)	Sammenligne forbildelsen mellom audiologiske og ikke audiologiske faktorer ved vellykket HA bruk hos eldre pasienter	160 førstegangsbrukere med enten unilateralt eller bilateralt hørselstap. Delt i 2 grupper basert på egenrapportering.	5 faktorer. Deltakere som opplevde støtte fra samboer. Vanskeligheter i hverdagen for de fikk tilpasset HA. Positiv holdning til HA. Økt egenmestring. Økt bedring og gevinst av HA. Dette viser viktigheten av ikke-audiologiske faktorer for å oppnå velstand blant HA brukere.
III	What factors influence help-seeking for hearing impairment and hearing aid adoption in older adults	Meyer & Hickson (2012)	Identifisere faktorer som påvirker eldre pasienters villighet til å søke om hjelp og bruke HA	22 fagfellevurderte artikler mellom 1990 og 2010, som var relevante, ble gjennomgått.	Pasienter var mer villige til å søke om hjelp dersom: (1) Påvist moderat eller alvorlig hørselstap og var lite deltakende i andre settinger (2) Var gamle (3) Opplevde hørselen som redusert (4) Økt nytteverdi (5) Stotte fra samboer
IV	Identifying the barriers and facilitators to optimal hearing aid self-efficacy	(Meyer, Hickson, & Fletcher (2014)	Hensikten med undersøkelsen var å finne faktorer som kunne gi pasienter økt mestringstro med egne høreapparater	Totalt 307 eldre pasienter med en hørseleksjonsstruktur var med i studien. 147 eide ikke høreapparater, mens 160 som eide høreapparater	De som ikke eide høreapparater rapporterte om passende høreapparat selvstendighet, dersom det var ingen visuell funksjonshemming, opplevd nedsatt hørsel over lengere tid, fikk positiv støtte fra samboer og de folte seg ikke engstelige av å bruke høreapparater. De som eide høreapparater rapporterte tilstrekkelig selvstendighet, hvis de hadde positive erfaringer av høreapparatet og det ikke var noe visuell funksjonshemming til stede.
V	Determinants of hearing-aid adoption and use among the elderly: A systematic review	Ng & Loke, (2015)	Frembringe beviser for ervervelse og bruk av HA	22 artikler ble gjennomgått etter systematiske søk i Web of Science, Medline, CINAHL. Et manuell søk ble også gjennomført	4 audiologiske og 7 ikke-audiologiske faktorer ble identifisert som årsaker til valg av ervervelse og bruk av HA. Dette åpner for videre kartlegging i fremtiden av både påværendes og spesialisthjelpetjenestens påvirkning og bruker demografien.
VI	Patient-centred care: A review for rehabilitative audiologists	Grenness, Hickson, Leplante, Lévesque, & Davidson, (2014)	Mennesken med studien var å belyse hva PCC er basert på andre helseprofesjoner og relatere det til rehabilitering i det audiologiske feltet.	Tidlige studier ble identifisert gjennom strukturert søk i PubMed, Cinahl, Web of Knowledge, PsychInfo. Litteraturlisten til relevante artikler ble også gjennomgått.	Basert på de andre helseprofesjonene konkluderte de med at PCC er i tråd med de målene som er i en audiologisk rehabilitering. En klar definisjon av PCC audiologisk rehabilitering må framstilles for å se resultatene.

Tabell 2

Artikkel	Navn	Forfatter , år	Hensikt	Utvalg	Resultat
VII	Why do people fitted with hearing aids not wear them	McCormack & Formun, (2013)	Finne årsaker til ikke-bruk av høreapparater blant personer som har fått tilpasset høreapparater minst en gang tidligere.	10 artikler ble analysert. Disse rapporterte om forskjellige grunner til ikke-bruk av høreapparater	Mange faktorer kommer frem, blant annet høreapparatets verdi, passform, komfort, vedlikehold av høreapparatet, holdning, utstyrs faktorer, finansielle faktorer, psykososiale faktorer, helsevesenets holdning, areproblemer og utseendet.
VIII	Patient-centred audiological rehabilitation: Perspective of older adults who own hearing aids	Greeness, Hickson, Laplaute, Levesque, & Davidson, (2014)	Identifisere og definere en klar mål for PCC audiologisk rehabilitering basert på eldre høreapparaterbrukeres perspektiv.	10 eldre høreapparaterbrukere som hadde brukt høreapparatene i minst 1 år gjennomførte en kvalitativ spørreundersøkelse.	Basert på høreapparaterbrukernes erfaringer, kom de frem til 2 modeller. Den første beskriver hva eldre høreapparaterbrukere mener tilhører en PCC rehabilitering. Den andre er en guide på hvordan en PCC rehabilitering potensielt kan gjennomføres.
IX	Factors influencing rehabilitation decisions of adults with acquired hearing unpairment	Laplaute, Levesque, Hickson, & Worrall, (2010)	Identifisere faktorer som påvirker hvilken rehabilitering eldre mennesker med et hørstepap ønsker å bruke.	153 mennesker med hørselsnedsettelse som aldri hadde gjennomført en rehabilitering skulle velge mellom 4 metoder. Høreapparat, gruppesamtaler, individuell kommunikasjon og ingen intervensjon. Et utvalg av 22 deltakere oppga faktorene som bestemte hvilken metode de ønske å bruke.	Etter endt kvalitativ analyse ble de oppdaget 7 kategorier angående valg av rehabiliteringsmetode (1) Anvendelighet (2) Forventet binding og resultat, (3) Finansielle kostnader (4) Hørselshemning (5) Metodens karakter (6) Andre persons erfaringer, anbefalinger og støtte (7) Forebyggende og midlertidige løsninger. Alle faktorene påvirket valget enten positivt eller negativt hos samtlige deltakere. Det gir støtte for PCC tilnærming.
X	Family member involvement in audiology appointments with older people with hearing impairment	Ekberg, Meyer, Scarinci, Greeness, & Hickson, (2014)	Undersøke familiemedlemmers deltakelse ved konsultasjoner	13 audiologer, 17 eldre pasienter med hørselsnedsettelse og 17 familiemedlemmer. Konsultasjonstimmene ble tatt opp og analysert.	Familiemedlemmer deltar ikke ofte ved konsultasjonstimer, men viser stor vilje og deler deres erfaringer av den berørtes hørselsituasjon. Dette støtter for implementering for FCC ved konsultasjonstimer.
XI	Decision-Making in Audiology: Balancing Evidence-Based Practice and Patient Centred Care	Boisvert, et al., (2017)	For å se om audiografer basere valg av rehabiliteringsmetode mest på kliniske resultater eller pasientens egne preferanser	96 audiografer som deltok på World Congress of Audiology gjennomførte en spørreundersøkelse og data ble analysert ved bruk av kvalitativt og kvantitative tolkning	Audiografer oppgir at de basere valgene sine mest på de kliniske resultatene, samt pasientens egne preferanse. Diskusjon med andre eksperter og kolleger ble også nevnt som en viktig faktor. Informasjon som ble delt ved konferanser var rangert som lav når det kom til betydning og pålitelighet. Dette belyser konseptet og bruken av kliniske resultater sammen med PCC.

## 5 Diskusjon

Målet med denne litteraturstudien var å se om en rehabiliteringsprosess bestående både av pasient- og familietilnærmet konsultasjon ville være til nytte for pasient og pårørende, samt samfunnet. Gjennom vår studie har det kommet frem hvordan de ulike tilnærmingene påvirker pasienttilfredshet og hvordan de kan påvirke fremtidig praksis på hørselsklinikene. Videre diskuterer vi resultatene og hvordan mulige løsninger eventuelt kan forbedre fremtidige problemer.

### 5.1 Pasientenes opplevelser

Den systematiske litteraturstudien til Rathert, Wyrwich & Boren konkluderte med at det var sterke bevis for at PCC gav økt tilfredshet og selvstyre hos pasienter. Pasienter som opplevde tilfredshet følte at de og legen var, ifølge forfatterne, «likestilte med pasienten» (Rathert, Wyrwich, & Boren, 2013). Pasientene i denne studien som opplevde mindre tilfredshet, var pasienter med ulike typer kreft. Det emosjonelle behovet var større hos kreftpasientene, da behandlingsforløpet var krevende. Disse pasientene opplever mer usikkerhet, angst, redsel eller andre problemer som krever større mengder emosjonell støtte (Rathert, Wyrwich, & Boren, 2013).

Selv om denne studien omhandler leger og pasienter med andre kroniske sykdommer, kan det tenkes at behovene vil være lignende hos pasienter med nedsatt hørsel (Punch, 2016). En studie gjennomført i 2017 ville se nærmere på hvordan audiografer bruker PCC og sammenligne det med en biomedisinsk tilnærming der testresultater bestemmer rehabiliteringen. Undersøkelsen ble gjennomført ved bruk kvalitativ og kvantitativ spørreundersøkelse. I denne studien konkluderte de med at mange audiografer verdsetter pasientens preferanser som en del av valg og oppsett når det kommer til selve rehabiliteringsplanen (Boisvert, et al., 2017).

Pasienters preferanser, ønsker og generelle opplevelse av hørselssituasjonen er et viktig hjelpemiddel da det kan være med på å øke tilfredsheten. I undersøkelsen til Grenness, Hickson, Leplante-Lévesque, & Davidson kommer det frem hvor mye pasienter verdsetter et godt forhold til audiografen og hvordan de forventer at dette forholdet skal utvikle seg. Denne forventningen ble nevnt som kjernen til PCC, hvor et samarbeid uten dette forholdet mest

sannsynlig ville resultere i ineffektivitet og feil ved andre deler av selve rehabiliteringsprosessen (Grenness, et al., 2014). Dersom et slikt forhold ikke oppstår, kan det resultere i usikkerhet hos pasienten. Dette kan på sikt medføre til at høreapparatet de får tilpasset, ikke blir brukt. Derfor vil det kunne føre til at pasienter kommer tilbake for ny konsultasjon angående høreapparatet. Denne usikkerheten blir nevnt som en av hovedårsakene til at pasienter ikke bruker høreapparatet, samtidig som press fra andre familiemedlemmer blir nevnt, men i mindre grad enn usikkerheten (McCormack & Fortnum, 2013). Vi mener derfor at bruken av høreapparater sier mye om resultat av god kommunikasjon og samhandling mellom pasient og audiograf.

Ved å la pasienten ta aktiv del i rehabilitering fra startfasen, vil det kunne resultere i bedre deltakelse og troskap til rehabiliteringsplanen. Sluttresultatet av rehabiliteringsplanen vil da gi gode utslag (Rathert, Wyrwich, & Boren, 2013).

Lønvg og Sjöberg nevner at selv om et helsepersonell mener det beste for pasienten, kan pasienten motsette seg forslag til endring av uønsket adferd eller livsstil. Pasienten kan for eksempel si seg enig i det som blir sagt under konsultasjonen, for så å likevel dra hjem og fortsette med gamle vaner. Forfatterne konkluderer med at det kan gå ut over helsepersonell som handler ut ifra det de tenker er pasientens beste. De måtene det kan gå utover helsepersonellet kan være i form av maktesløshet og frustrasjon (Christensen, et al., 2011, ss. 85-86). Det vil derfor være fordelaktig å tilpasse seg pasientens livssituasjon og høre deres tanker for å unngå at konsultasjonen ikke gir nytte for både pasienten og helsepersonellet.

Grenness, Hickson, Leplante-Lévesque & Davidson beskriver PCC som et verktøy hvor pasientens opplevelser og erfaringer av egen helse blir ivaretatt. Spesielt hos pasienter med kroniske sykdommer (Grenness, et al., 2014). En pasients negative opplevelse og erfaring av behandlingen, kan spre seg til eventuelle andre, framtidige pasienter. Undersøkelsen til Leplante-Lévesque, Hickson & Worrall nevner dette som en faktor til at pasienter kvier seg til å oppsøke hjelp (Laplante-Lévesque, Hickson, & Worrall, 2010).

Flere pasienter uttrykker mangel på sosiale interaksjoner på grunn av sitt hørselstap. Bemerkelser de kan komme med er mangelen på selvstendighet og økende usikkerhet (Tye-Murray, 2015, ss. 364-365). Ved å gå rundt med disse negative tankene og mangelen på sosialt stimuli uten å føle at noen er der til å lytte til problemene, kan det føre til forsterkning av de negative tankene rundt hørselstapet og livssituasjonen.

I 2017 ble en studie gjennomført der flere pasienter ble intervjuet angående virkningen av samtalegrupper. I disse samtalegruppene var målet at pasientene fritt kunne snakke om problemene sine med likestilte personer i samme situasjon. Disse samtalegruppene har blant annet som mål å motivere pasienten til å søke kontakt og bedre de negative psykososiale virkningene et hørselstap kan medføre (Southall, Jennings, Gagné, & Young, 2018). Tye-Murray nevner at en liknende metode for samtale med pasientene kan ha positive virkninger. Gruppediskusjonen er ifølge Tye-Murray en mulighet for pasientene til å kunne snakke med andre hørselshemmede og audiograf samlet (Tye-Murray, 2015, ss. 294-295). Ved å bruke denne metoden kan flere problemer settes i lyset som den enkelte pasienten kunne ha glemt ved en vanlig konsultasjon med bare audiograf. Selv om denne metoden har mange positive sider ved seg, kan tilstedeværelsen av en audiograf føre til at pasienter kan føle seg mindre fri til å snakke om dagligdagse temaer angående hørselstapet.

I Southall et al. sine studier er gruppene dannet av hørselshemmede der en hørselshemmet person styrer møtene. Dette er mer en sosial gruppe enn en samlet konsultasjon, som det kan ligne i Tye-Murrays gruppediskusjon. I studien viser forfatterne til at deltakerne føler større grad av likeverd og sosial tilhørighet (Southall, Jennings, Gagné, & Young, 2018). Selv om denne studien undersøker et lite antall personer, kan en se likhetstrekk på resultatene som også diskuteres, blant annet i Tye-Murray (2015).

Det kan derfor være interessant å se nærmere på om implementering av grupper basert på disse to metodene kan bidra til mindre trykk hos hørselsklinikene, samtidig som det øker pasienttilfredshet og bedrer pasientenes psykososiale tilstand.

Eriksons teori om mestring kan være med å påvirke pasientens opplevelse og generelle holdning til rehabiliteringen. Dersom pasienten har opplevd vanskeligheter tidligere i livet, kan deres holdning og mestringsfølelse til denne nye krisen være redusert. Dette kunne kreve mye fra audiografen. Samtidig vil pasienter som har håndtert kriser på en god måte, tidligere i livet, kunne håndtere en slik krise bedre. Dette viser hvor mye PCC påvirker en rehabilitering, ikke bare hos den enkelte, men også andre. Som fagperson må man være profesjonell når man hører på pasienten. Selv om pasienten i en pasientsentrert konsultasjonsmetode skal være en del av hele prosessen, kan det hende at pasienten ikke er oppriktig.

## 5.2 Familiemedlemmenes påvirkningsfaktor

Familiemedlemmer er ofte ikke faste deltakere ved tilpasningstimer, men viser stor vilje til deltakelse når de er med og deler ofte egne erfaringer om pasientens opplevelser (Ekberg, et al., 2014). Dette ser vi er et tydelig mønster hvor familiemedlemmer eller andre pårørende kan påvirke selve rehabiliteringsprosessen. Den psykologiske støtten de gir er en indirekte påvirkningsfaktor. Meyer og Hickson konkluderte med at pasienter som er eldre og som opplever at hørselen er redusert, føler det er flere fordeler enn ulemper med hjelp. I tillegg vil de som opplever støtte fra pårørende velge å søke etter hjelp med hørselnedsettelsen (Meyer & Hickson, 2012).

Et hørselstap kan skape mye angst og redsel, noe som igjen kan føre til tvil og usikkerhet. Pasienter vil da oppsøke trøst og hjelp hos personer de har tillitt til. Hørselstapet påvirker menneskets evne til å kommunisere med andre (Northern & Downs, 2014, ss. 113-114). Familiemedlemmene som pasienten ofte kommuniserer med, motiverer som oftest pasienten til å oppsøke hjelp (Laplante-Lévesque, Hickson, & Worrall, 2010; Meyer & Hickson, 2012). Det kan tenkes at disse familiemedlemmene ikke bare påvirker sine nærmeste, men også andre personer. Med det tenkes det at negative opplevelser ved en konsultasjon der familie er til stede, kan føre til spredning av negative tanker til den sosiale sirkelen deres. Dette kan da føre til at andre som trenger hjelp vil motsette seg å oppsøke dette på grunn av andres erfaring med dårlig kommunikasjon mellom audiograf og pasient med familie.

Rathert, Wyrwich & Boren nevner i sin studie at familiemedlemmer er viktige støttespillere i pasientens liv der de spiller en viktig rolle når det gjelder det psykososiale aspektet. Spesielt hos eldre pasienter og de med kroniske sykdommer (Rathert, Wyrwich, & Boren, 2013). Dersom familiemedlemmer eller andre pårørende er med i selve rehabiliteringsprosessen, kan dette medføre til mindre usikkerhet og heller økt tillit. Det er viktig å presisere at, selv om familiemedlemmer kan være viktige støttespillere, vil de også kunne overstyre pasienten. Familiemedlemmer som deltar på konsultasjonstimer viser en tendens til å svare for pasienten, selv om pasienten er kapabel nok til å svare for seg selv (Ekberg, et al., 2014). Slike situasjoner kan lett oppstå dersom pasienten ser seg nødt til å oppsøke hjelp. Det er viktig å huske at pasienten er hovedfokuset og at det er pasientens egne tanker som skal settes i søkelyset.

Hvis en pasient har andre komplikasjoner i tillegg til et hørselstap, kan det skape tilleggsproblemer for både vedkommende og familiemedlemmene. Ved å kartlegge behovene

til familien og hvordan pasientens situasjon påvirker familien, vil det kunne bidra til mindre frustrasjon og forvirring (Stubberud, 2019, s. 186). Der en hel familie er involvert, må audiografen også bli kjent med hvordan familien fungerer og ta i betraktning de ulike individene og hvordan de interagerer med hverandre som gruppe (Stubberud, 2019, s. 187). Målet er å hjelpe pårørende til å mestre situasjonen best mulig, slik at de kan være en ressurs for pasienten (Stubberud, 2019, s. 187). Ved å iverksette en slik FCC-tilnærming kan det tenkes at de negative effektene av hørselstapet reduseres. Dette vil kunne resultere i en bedre livsopplevelse, ikke bare for pasienten, men også de rundt.

Ng & Loke mener at dersom pasienten er i oppstartsfasen av høreapparatbruk, kan familiemedlemmer og venner være med å gjøre tilvenningsprosessen lettere (Ng & Loke, 2015). Det viser at studiene er enige om at familiemedlemmer kan ha positive innvirkninger på pasienten når det gjelder det psykososiale aspektet. Det skal dog sies at det finnes noen negative virkninger familien kan ha, men at i det hele, er familiedeltakelsen gunstig for pasienten.

### **5.3 Høreapparater**

Høreapparater er et rehabiliteringsverktøy som hjelper hørselshemmede. Siden dagens høreapparater er digitale og mer avanserte, åpner det opp for flere tilpasningsmuligheter. Selv med denne moderne teknologien, opplever mange pasienter vanskeligheter med å forholde seg til det og at det er mye informasjon å bearbeide. To av studiene nevner denne kompleksiteten som en viktig årsak til at de som har fått tilpasset høreapparater, ikke velger å bruke dem (McCormack & Fortnum, 2013; Ng & Loke, 2015). Meyer & Hickson nevner denne nye teknologien som en mulig hindring i pasientenes vilje til anskaffelse av høreapparater (Meyer & Hickson, 2012). Det finnes i dag flere nye hjelpemidler som kan kobles opp mot mobiltelefon. Denne nye teknologien kan vise seg å være vanskelig å forholde seg til da det er mye forskjellig teknologier som er i omløp. Det å måtte lære å bruke, for eksempel, en smarttelefon sammen med et nytt høreapparat, kan virke skremmende og vanskelig. Det er derfor viktig at audiografen er oppdatert på de nye teknologiene slik at audiografen kan lære pasienten å håndtere og bruke denne teknologien på en god og lett vint måte.



Videre kommer de fram til at antallet brukere som ikke benytter seg av tilpasset høreapparat er et stort problem, spesielt hos personer i alderen 55-74 år hvor den kliniske nytteverdien er stor (McCormack & Fortnum, 2013). Grunnen for akkurat dette kan være at redusert hørsel øker risikoen for redusert kognitiv funksjon, hvor personer med redusert hørsel viser en 30-40% økt reduksjon i kognitive egenskaper (Lin, F. R., Yaffe, K., Xia, J., Xue, Q.-L., Harris, T. B., Purchase-Helzner, E., Simonsick, E. M., 2013; Meyer & Hickson, 2012).

Som en del av den ikke-audiologiske faktoren i undersøkelsen til Ng og Loke, velger pasienter å innhente informasjon om høreapparatene ved hjelp av audiografer, pårørende eller andre familiemedlemmer (Ng & Loke, 2015). Dette kan forklare hvorfor forventningene til høreapparatene er koblet opp mot holdninger som påvirker høreapparatbruk (Meyer & Hickson, 2012). Det hender at pasienter får inntrykk av høreapparater fra, for eksempel, en nabo. Når de da møter opp hos audiograf, kan de da ha forventninger om å få samme høreapparat siden det funket bra for naboen. Det kan oppstå problemer som følge av dette da de forskjellige typene høreapparatene må tilpasses den enkelte pasienten. Pasienten kan på grunn av dette oppleve å ikke føle seg forstått eller bli hørt. Det er derfor viktig at kommunikasjonen mellom pasient og audiograf er på en slik måte at pasienten kan være fortrolig med audiografens valg av nødvendig høreapparat.

I undersøkelsen til Hickson, Meyer, Lovelock, Lampert og Khan kommer det frem at pasienter som får tilpasset høreapparater og som opplever positiv støtte fra pårørende, bruker høreapparatene mye (Hickson, Meyer, Lovelock, Lampert, & Khan, 2014). Meyer, Hickson & Fletcher rapporterte at pasienter som hadde fått hjelp av pårørende, opplevde økt egenmestring med høreapparatene og åpnet opp for implementering av pårørende som et ledd i selve rehabiliteringen (Meyer, Hickson, & Fletcher, 2014). Personer som søker etter høreapparater nevner familiemedlemmenes støtte som en årsak til at de ville anskaffe høreapparater (Laplante-Lévesque, Hickson, & Worrall, 2010). Samtidig opplever pasienter som ikke mestrer høreapparatene mindre støtte fra pårørende når det gjelder høreapparatenes nytte (Meyer, Hickson, & Fletcher, 2014). Pårørende opplever høreapparatene som lite nyttige i den forstand at de er vanskelige å forholde seg til, og at de skaper mer problemer enn løsninger. I slike situasjoner vil god kommunikasjon mellom audiograf, pasient og- eller pårørende komme til nytte. Dette kan belyse viktigheten av pårørende i klinisk setting og en implementering av FCC i rehabiliteringsplanen, som igjen kan resultere i fordeler for både pasient og pårørende. Ved å kombinere både en PCC og FCC-tilnærming på konsultasjonstimer, vil det på sikt kunne føre til mindre stigmatisering av høreapparater. Ikke

bare fra pasientens side, men også pårørende. Dette kan være med på å redusere antallet personer som ikke benytter seg av høreapparatene.

## 5.4 Samfunnet

Et hørselstap koster den norske stat store summer (Guttormsen, Kristensen, & Størksen, 2020). Ikke bare når det kommer til antallet personer som ikke benytter seg av høreapparatene, men også personer som blir sykemeldt på grunn av hørselstapet (Punch, 2016). Antallet personer som ikke bruker høreapparater i Norge er også stort (McCormack & Fortnum, 2013). Dersom dette antallet ikke reduseres i framtiden, kan det tenkes at kostnadene vil kunne øke med den kommende eldrebølgen. Det kan også tenkes at de problemene som er nevnt, ikke løser seg i den nærmeste fremtid. Hvis kommunikasjonen mellom pasient og audiograf er dårlig, kan det bidra til problemer og dårlig informasjonsflyt.

Arbeidstakere med hørselstap og fulltidsjobb opplever større grad av utmattelse enn de normalthørende arbeidstakerne (Svinndal, et al., 2018). Hørselstapet krever en del tilrettelegging på arbeidsplassen. Disse tilretteleggingene kan være høreapparater eller andre hjelpemidler. Det kan være alternativ varsling med lys eller vibrasjon, høyttalere eller mikrofoner (Kunnskapsbanken, n.d.).

I en rapport utgitt av Mette Ann Rekkedal kommer det frem at elever og lærere føler de har fått for lite informasjon om andre hjelpemidler, både når det gjelder tilgjengelighet og bruk (Rekkedal, 2007). Slike situasjoner oppstår også hos eldre personer når de skal få tilpasset høreapparater. De opplever at det ikke får tilstrekkelig med informasjon (Grenness, et al., 2014; Meyer, Hickson, & Fletcher, 2014). Denne dårlige samhandlingen kan føre til negative opplevelser. På sikt kan dette skape fordommer mot hørselsklinikkene. Dersom pasienter ikke velger å behandle hørselstap, vil det kunne føre til negative konsekvenser. Dette kan koste samfunnet store summer, i form av sykemeldinger og tapt arbeidskraft.

Audiografer som velger å praktisere på en bestemt måte, kan påvirke andre audiografer. Hvis en audiograf er usikker på hvilken metode som skal brukes, kan han be om råd fra andre kolleger om hvilke tiltak som kan brukes (Boisvert, et al., 2017). Tiltakene kollegaen kommer med kan motivrike målene til audiografen som ber om råd og hans pasient. Pasientene til kollegaen som kommer med innspill, kan ha negative opplevelser med den metoden han har brukt. Hvis denne metoden tas i bruk av andre audiografer, kan de negative opplevelsene

igjen påvirke andre pasienter. Dette kan ikke bare påvirke pasientene, men også andre pårørende. Potensielt kan utfordringer oppstå i form av redusert tillit, som kan fort spre seg i nærmiljøet.

Hvis situasjoner hvor redusert tillit har oppstått, vil det kunne føre til at pasientene søker etter informasjon fra andre. En høreapparatbrukers opplevelse av hele prosessen, kan ha en innvirkning på en annen. Jorunn Solheim skriver at nye høreapparatbrukere har lavere forventninger og at dette kan skyldes enten for store forhåpninger, eller at de har konsultert seg med andre høreapparatbrukere med negative erfaringer (Solheim, 2010). Med den kommende eldrebølgen kan slike situasjoner oppstå oftere. Dette belyser igjen og understreker viktigheten av god kommunikasjon og samhandling mellom audiograf og pasient. Denne kommunikasjonen kan, hvis gjort riktig, reduserer kostnader i form av færre sykemeldinger og en kortere og mer effektiv rehabiliteringsprosess.

## 5.5 Kommunikasjon

Det er tradisjonelt at en biomedisinsk metode blir brukt, der det ifølge Grenness, Hickson, Leplante-Lévesque, & Davidson sidestiller pasienten slik at behandleren velger selv hvilken behandling den tror passer best for pasientens tilstand. Videre mener de at en biopsykososial modell vil balansere denne maktbalansen slik at audiograf og pasient vil være likestilte (Grenness, et al., 2014). Dette kan da føre til at pasienten føler seg motivert til å gjøre egne valg og ha en innvirkning på sin egen rehabiliteringsprosess.

Pasienten som møter opp på konsultasjon hos audiograf vil være en spesialist på sitt eget liv og dermed kunne hjelpe audiografen med å tilpasse sin egen situasjon best. Likevel burde ikke audiografen stole blindt på alt pasienten uttaler seg om. Audiografen har utdannet seg innenfor fagområdet og vil vite best hva som fungerer.

Else-Marie Lønvig og Lene Sjöberg skriver om motivasjonssamtalen som de mener er avansert og effektiv for pasientens beste. Her skriver de om hvordan man skal forholde seg til pasienten i en samtale og påpeker at det er vanskelig da alle er forskjellige. På grunn av disse forskjellighetene er mesteparten av pasientklager på grunn av følelsen av å ikke bli forstått, hørt og mangelen på respekt (Christensen, et al., 2011, ss. 85-86). Denne teksten gjør det tydelig at det å lytte til hver enkelt pasient, og heller tilpasse måten en informerer og konfronterer om hørselstap og eventuelle hjelpemidler for hver enkelt, vil bedre

kommunikasjonen mellom audiograf og pasient. Dette vil igjen føre til en naturlig grad av fornøydhets hos både pasient og audiograf.

For å bedre kunne gjennomføre dette i praksis, vil tid være et av de viktigste verktøyene for audiografen. Montano & Spitzer (2014) mener at bare det å bruke et par minutter mer på en konsultasjon vil minke antall videre konsultasjoner samtidig som det øker pasientfornøydhetsen (Montano & Spitzer, 2014, s. 165).

## 5.6 Tilfredshet basert på tidsbruk

Tid er penger. Dette utsagnet kan man tolke på to måter. Å bruke tilstrekkelig tid med pasienten er viktig, men hvordan denne tiden brukes er desto viktigere. Det tar tid for pasienter å venne til seg høreapparatene. Denne tilvenningsprosessen krever stimulering fra omverden, rådgivning og finjusteringer av høreapparatene (Ng & Loke, 2015). Audiografens rolle blir da å tydeliggjøre denne prosessen. Ved å informere tilstrekkelig og presist, kan man unngå misforståelser og pasienten kan danne seg et realistisk bilde. Dersom man informerer for mye, vil pasienten glemme mellom 40% - 80% av selve informasjonen (Tye-Murray, 2015, s. 350). Ved å bruke en mer familieorientert tilnærming, kan flere få med seg informasjonen, som kan føre til reduksjon av tapt informasjon og åpne opp for mer samarbeid fra pasient og pårørende (Ekberg, et al., 2014). Noen pasienter opplever at de ikke får tilstrekkelig med tid til å belyse problemene sine. Slike opplevelser oppstår spesielt hos eldre mennesker (Grenness, et al., 2014). Ved å bruke mer tid på informasjon og lytting til pasientens betenkeligheter, vil det kunne tenkes at nødvendighetsen for en lengre enn vanlig rehabiliteringsprosess reduseres.

En biomedisinsk tilnærming er produktiv, i form av at flere pasienter blir sendt hjem med høreapparater tilpasset etter å bare ha blitt basert på hørselskurvene. Den er likevel ikke mest effektiv da det vil oppstå flere behov hos pasienter i form av videre tilpassing av deres situasjon. Pasientenes meninger og opplevelser faller dessverre bort ved bruk av denne metoden (Hindhede, 2010).

Jorun Solheim konkluderte med i undersøkelsen sin at hovedfokuset i en rehabilitering burde være investering i tid, bruk av høreapparater, realistiske forventinger og kontrolltimer (Solheim, 2010). Ved å engasjere familimeldemmer i denne prosessen, vil mestringsfølelsen til pasienten bedres (Meyer, Hickson, & Fletcher, 2014).

I rapporten til Grongstad kommer det frem at sykehusene i Nord-Norge ikke bruker like mye tid per pasient. Ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) Tromsø settes det av 15 minutter til kontroll per pasient. Ved UNN Narvik settes det av 30 minutter (Grongstad, 2016). Denne variasjonen kan skyldes pågangen av pasienter. Ved UNN Tromsø kan pågangen av pasienter være større, da UNN Tromsø har regions- og universitetsfunksjoner som kan føre til mer arbeid. Dette kan være med på å redusere kvaliteten, da siden pasienter vil få redusert konsultasjonstid. Det blir viktig at pasienten ikke føler seg som en kunde. Kathy Torpie ville se på denne forskjellen. Hun sier at det er viktig at eksperter ikke danner et bestemt bilde til allmenheten av konsultasjonens oppbygging før pasientens og familiemedlemmers tanker og meninger er tatt i betraktning (Torpie, 2014).

Det skal nevnes at problemet med å ikke danne en universell forventning hos allmenheten er vanskelig å unngå, da private klinikker har andre forutsetninger enn offentlige sykehus. Høreapparatene blir dekket av det offentlige ved sykehusene, mens de private klinikkene tar profitt av salg. Med lange ventetider kan pasienter velge å oppsøke hjelp ved private klinikker der ventetiden kan være mindre. Selv med denne forutsetningen, bør pasientens og familiens velvære fortsatt prioriteres. Ved å bruke nok tid til å informere pasienten og familiemedlemmene, kan det tenkes at pasientens nytte av rehabiliteringen styrkes.

## 5.8 Videre studier

En videre undersøkelse om dette temaet burde gjennomføres. En undersøkelse ved UNN Tromsø og UNN Narvik hvor de tar for seg fornøydheten til pasientene og eventuelt pårørende hadde vært interessant å se da det kan tenkes at ventetiden ved sykehusene i Norge er lange basert på rapporten til Grongstad (Grongstad, 2016). Det hadde vært interessant å se på hva norske audiografer prioriterer i løpet av utredningen og konsultasjonen på hørselsklinikken, basert på denne tiden.

Å gjennomføre undersøkelser ved sykehus i Norge der pasienttilfredshet blir sett på i sammenheng med varighet på konsultasjonstidene, vil være interessant å se nærmere på. Ved å se på dette kan man danne grunnlag av hvordan

## 5.9 Metodekritikk

Ved å bruke en litteraturstudie danner vi oss et bilde av situasjonen, når det gjelder pasienttilfredshet og hvordan denne tilfredsheten påvirker rehabiliteringen. Dersom vi hadde gjennomført en kvantitativ eller kvalitativ spørreundersøkelse, kunne vi ha sett på statusen i Norge. Studiene som ble brukt som datamateriale var fra perioden 2010-2019. I etterkant ser vi at perioden kunne vært utvidet. Dette fordi lignende studier fra tidligere perioder fortsatt kan være relevante.

Det skal nevnes, på grunn av ekskluderingskriteriene våre, at litteraturen som er skrevet om samme tema på et annet språk enn norsk, svensk, dansk og engelsk, ikke er blitt undersøkt. I denne litteraturen kunne det vært informasjon som kunne hjulpet til å formulere resultatet underveis i studien og styrke den. Å se på litteratur fra flere forskjellige nasjoner og sammenligne disse kunne gitt et bredere innblikk i hva som fungerer i en rehabiliteringsprosess og hvor bra det fungerer.

En mulig svakhet i denne studien er at det ikke ble inkludert studier som ble skrevet på andre språk. Disse studiene kunne også potensielt svart på problemstillingen, noe som kunne ha styrket oppgaven. Begrunnelsen for det valget er at vi ikke er helt trygge på andre språk. For å unngå misforståelser og redusere relabiliteten til oppgaven, valgte vi å ikke inkludere andre språk.

## 5.10 Refleksjon

Ved rehabiliteringsprosessen mener vi at bruk, eller mangelen på bruk, av høreapparat har mye å si. For at vi skulle kunne finne ut i hvilken grad de tidligere nevnte metodene hjalp, måtte fornøydheten og bruken tas hensyn til. Ikke bare på grunn av pasienttilfredshet, men også av hensyn til samfunnets kostnader og lange ventetider.

Ved å bruke mange forskjellige kilder, hjalp det oss med å finne frem til en påstand der vi kan understreke og finne ut av resultater fra andre land som også kan tas i bruk hjemme i Norge.

Som audiografstudenter har vi forkunnskaper om rehabiliteringsprosessen, og gjennom praksis i klinikk har vi også lagt merke til resultater ved ulike tilnærminger og metoder ved konsultasjoner. Selv med denne forkunnskapen kunne det vært interessant å se problemet fra

et annet fagfelts synspunkt. Det å kunne trekke inn psykologiens syn på problemstilling og undersøke fagmateriale derfra kunne ha hjulpet oss. Dessverre strekker ikke våre forkunnskaper og erfaring med dette fagområdet til for å kunne sikre et godt nok resultat i vår litteraturstudie.

Det at høreapparat blir dekt av det offentlige i Norge er en stor fordel i forhold til andre land. I andre land kan pris på høreapparater være skremmende for enkelte og påvirke tall. Selv med denne fordel, mener vi at norske audiografer kan opplyses av nytten som bringes ved bruk av mer tid på konsultasjonene.

Det oppstod uforutsett sykdom som påvirket gjennomførelsen av denne studien. Siden denne studien var en litteraturstudie, ble ikke konsekvensene av denne sykdommen store. Hadde det derimot vært en kvalitativ spørreundersøkelse eller intervjuer, kunne dette medført større komplikasjoner for god gjennomføring av oppgaven. I etterkant av denne uforutsette hendelsen er vi fornøyde med valg av metode.

## 6 Ethiske forhold

I denne oppgaven ble det sett på som unødvendig å søke om godkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) da informasjonen som blir brukt i denne studien ikke inneholder sensitiv informasjon om pasienters identitet eller sykdomshistorie.

Vi ble tipset om dette temaet fra Steinar Birkeland som er fagsjef i hørsel ved Hørselshemmedes Landsforbund (HLF). Denne oppgaven ble ikke gjennomført på vegne av HLF.

## 7 Konklusjon

I denne oppgaven ønsket vi å se etter måtene en rehabiliteringsprosess bestående både av pasient- og familietilnærmet konsultasjon kunne være til nytte for både pasient og samfunnet. Etter endt studie kommer vi frem til at en vektlegging av PCC og FCC ved audiologisk konsultasjon og rehabilitering kan være med på å øke tilfredsheten av den audiologiske rehabiliteringen, både for pasienter og pårørende. Dette kan medføre til økt bruk av høreapparater som på sikt vil kunne redusere de enorme kostandene tilknyttet dette. Ikke bare

de kostnadene antallet høreapparater som ikke blir brukt medfører, men også i form av sykemeldingene som er tilknyttet hørselsproblemer.

Med økt tilfredshet og fornøydhhet blant pasienter og pårørende, vil ventetidene kunne reduseres. Dette kan gjøre det mulig for audiografer å håndtere den kommende eldrebølgen. Slik vi ser det, vil en utarbeidelse av en mal for PCC og FCC være til nytte for pasient samtidig som det vil være nyttig fra et samfunnsøkonomisk perspektiv.



## 8 Referanser

- American Speech-Language-Hearing Association. (n.d.). Adult Audiologic (Hearing) Rehabilitation. Rockville, Maryland, USA. Retrieved Mai 12, 2020, from <https://www.asha.org/public/hearing/Adult-Audiologic-Rehabilitation/>
- Arlinger, S. (2009, Juli 7). Negative consequences of uncorrected -a review. *International Journal of Audiology*, 42(2), pp. 17-20. doi:10.3109/14992020309074639
- Birkeland, S. (2016). *Hørselrehabilitering i Norge*. Hørselshemmedes Landsforbund. Retrieved Mai 8, 2020, from [https://www.nas.dk/files/nas\\_report\\_2016/nas\\_report\\_2016\\_hearing\\_care\\_in\\_norway.pdf](https://www.nas.dk/files/nas_report_2016/nas_report_2016_hearing_care_in_norway.pdf)
- Boisvert, I., Clemesha, J., Lundmark, E., Crome, E., Barr, C., & McMahon, C. M. (2017, July 28). Decision-Making in Audiology: Balancing Evidence-Based Practice and Patient-Centered Care. *Trends in Hearing*, 21, pp. 1-14. doi:10.1177/2331216517706397
- Bredland, E. L., Line, O. A., & Vik, K. (2002). *Det handler om verdighet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bruusgaard, D., & Malt, U. (2019, Januar 22). *Store Medisinske Leksikon*. Retrieved Mai 11, 2020, from Pasientkommunikasjon: <https://sml.snl.no/pasientkommunikasjon>
- Christensen, K. S., Cold, S., Gribsholt, S. B., Hansen, T., Jørgensen, M., & Pedersen, B. D. (2011). *Medisinsk kommunikation*. København: FADL's Forlag.
- Ciobra, A., Bianchini, C., Pelucchi, S., & Pastore, A. (2012, Juni 15). The impact of hearing loss on the quality of life of elderly adults. *Clinical interventions in aging*, 7, pp. 159-163. doi:10.2147/CIA.S26059
- Clark, J. G., & English, K. M. (2014). *Counseling-Infused Audiologic Care*. Upper Saddle River: Pearson Education .
- Coyne, I., O'Neill, C., Murphy, M., Costello, T., & O'Shea, R. (2011, Juli 20). What does family-centred care mean to nurses and how do they think it could be enhanced in practice. *Journal of Advanced Nursing*, 67(12), pp. 2561-2573. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05768.x
- Dalland, O. (1993). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Deek, H., Hamilton, S., Brown, N., Inglis, S. C., Digiacomio, M., Newton, P. J., . . . Davidson, M. P. (2016, Januar 10). Family-centred approaches to healthcare interventions in chronic diseases in adults: a quantitative systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 72(5), pp. 968-979. doi:10.1111/jan.12885
- Ekberg, K., Meyer, C., Scarinci, N., Grenness, C., & Hickson, L. (2014, August 21). Family member involvement in audiology appointments with older people with hearing impairment. *International Journal of Audiology*, 54(2), pp. 70-76. doi:10.3109/14992027.2014.948218
- Eysel-Gosepath, K., Daut, T., Pinger, A., Lehmacher, W., & Erren, T. (2012, Juni 15). Effects of noise in primary schools on health facets in German teachers. *Noise & Health Vol 14 (58)*, pp. 129-134. doi:10.4103/1463-1741.97258
- Factors influencing rehabilitation decisions of adults with acquired hearing impairment. (2010, Juni 09). *International Journal of Audiology*, 49(7), pp. 497-507. doi:10.3109/14992021003645902
- FHI. (2014, September 5). *Fakta om hørselstap*. Retrieved Mai 6, 2020, from Folkehelseinstituttet: <https://www.fhi.no/ml/miljo/stoy/om-horselstap/>
- Gagné, J.-P., & Jennings, M. B. (2011, Januar 8). Incorporating a Client-Centered Approach to Audiologic Rehabilitation. *ASHAWIRE*, 16(8), pp. 10-13. doi:10.1044/leader.FTR1.16082011.10
- Gates, G. A., & Mills, J. H. (2005, September 24-30). Presbycusis. *The Lancet*, 366(9491), pp. 1111-1120. doi:10.1016/S0140-6736(05)67423-5
- Gelfand, S. A. (2016). *Essentials of Audiology*. New York: Thieme.
- Grenness, C., Hickson, L., Laplante-Lévesque, A., & Davidson, B. (2014, Februar 14). Patient-centred audiological rehabilitation: Perspectives of older adults who own hearing aids. *International Journal of Audiology*, 53(1), pp. 68-75. doi:10.3109/14992027.2013.866280
- Grenness, C., Hickson, L., Laplante-Lévesque, A., Meyer, C., & Davidson, B. (2015, Mars/April). Communication Patterns in Audiologic Rehabilitation History-Taking. *Ear and Hearing*, 36(2), pp. 191-204. doi:10.1097/AUD.0000000000000100

- Grenness, C., Hickson, L., Leplante-Lévesque, A., & Davidson, B. (2014, Januar 21). Patient-centred care: A review for rehabilitative audiologists. *International Journal of Audiology*, 53(1), pp. 60-67. doi:10.3109/14992027.2013.847286
- Grongstad, L. S. (2016, April 22). *Helse-Nord*. Retrieved Mai 6, 2020, from <https://helse-nord.no/Documents/Fagplaner%20og%20rapporter/Rapporter%20og%20dokumenter/Sluttrapport%20Regionalt%20Innsatsteam%20%20C3%98NH,%20UNN%20HF.pdf>
- Guttormsen, E. W., Kristensen, M., & Størksen, A. T. (2020, April 12). *NRK*. Retrieved 5 6, 2020, from <https://www.nrk.no/norge/en-million-nordmenn-har-nedsatt-horsel-1.14975104>
- Hem, E. (2020, Mars 16). *Store Medisinske Leksikon*. Retrieved Mai 10, 2020, from <https://sml.snl.no/biomedisin>
- Hickson, L., & Scarinci, N. (2007, Januar 1). Older Adults with Acquired Hearing Impairment: Applying the ICF in Rehabilitation. *Seminars in Speech and Language*, 28(4), pp. 283-290. doi:10.1055/s-2007-986525
- Hickson, L., Meyer, C., Lovelock, K., Lampert, M., & Khan, A. (2014, Januar 21). Factors associated with success with hearing aids in older adults. *International Journal of Audiology*, 53(1), pp. 18-27. doi:10.3109/14992027.2013.860488
- Hindhede, A. L. (2010, Desember 17). Disciplining the audiological encounter. *Health Sociology Review*, 19(1), pp. 100-113. doi:10.5172/hesr.2010.19.1.100
- Jirjis, J., Weiss, J. B., Giuse, D., & Rosenbloom, S. T. (2005). A Framework for Clinical Communication Supporting Healthcare Delivery. *AMIA Annual Symposium Proceedings*, pp. 375-379.
- Johansen, T. S. (2018, Oktober 25). Samfunnet må ta hørsel på alvor. Retrieved Mai 9, 2020, from <https://www.dinhorsel.no/samfunnet-maa-ta-hoersel-paa-alvor.6160947-460100.html>
- Kunnskapsbanken. (n.d.). Hørselstekniske hjelpemidler. Retrieved Mai 16, 2020, from <https://www.kunnskapsbanken.net/horsel/horselstekniske-hjelpemidler/>
- Laplante-Lévesque, A., Hickson, L., & Worrall, L. (2010, Juni 9). Factors influencing rehabilitation decisions of adults with acquired hearing impairment. *International Journal of Audiology*, 49(7), pp. 497-507. doi:10.3109/14992021003645902

- Lin, F. R., Yaffe, K., Xia, J., Xue, Q.-L., Harris, T. B., Purchase-Helzner, E., . . . Simonsick, E. M. (2013, Februar 25). Hearing Loss and Cognitive Decline in Older Adults. *JAMA Internal Medicine*, 173(4), pp. 293-299. doi:10.1001/jamainternmed.2013.1868
- McCormack, A., & Fortnum, H. (2013, Mars 11). Why do people fitted with hearing aids not wear them? *International Journal of Audiology*, 52 (5), pp. 360-368. doi:10.3109/14992027.2013.769066
- McLeod, S. (2018, Mai 3). Erik Erikson's stages of psychosocial development. Retrieved from <https://www.simplypsychology.org/Erik-Erikson.html>
- Meyer, C., & Hickson, L. (2012, Januar 18). What factors influence help-seeking for hearing impairment and hearing aid adoption in older adults? *International Journal of Audiology*, 51(2), pp. 66-74. doi:10.3109/14992027.2011.611178
- Meyer, C., Hickson, L., & Fletcher, A. (2014, Januar 21). Identifying the barriers and facilitators to optimal hearing aid self-efficacy. *International Journal of Audiology*, 53(1), pp. 28-37. doi:10.3109/14992027.2013.832420
- Mondelli, M. F., & de Souza, P. J. (2015, Oktober 14). Quality of life in elderly adults before and after hearing aid fitting. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 78(3), pp. 49-56. doi:10.1590/S1808-86942012000300010
- Montano, J. J., & Spitzer, J. B. (2014). *Adult Audiologic Rehabilitation*. San Diego: Plural Publishing.
- National Institute on Deafness and Other Communication Disorders. (2017, Mars 6). Hearing Aids. Bethesda, Maryland, USA. Retrieved Mai 12, 2020, from <https://www.nidcd.nih.gov/health/hearing-aids>
- Ng, J. H.-Y., & Loke, A. Y. (2015, Februar 2). Determinants of hearing-aid adoption and use among the elderly: A systematic review. *International Journal of Audiology*, 53(5), pp. 291-300. doi:10.3109/14992027.2014.966922
- Normann, T., Sandvin, J. T., & Thommesen, H. (2003). *Om rehabilitering: Mot en helhetlig og felles forståelse*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Northern, J. L., & Downs, M. P. (2014). *Hearing in Children*. San Diego: Plural Publishing.

- Nylenna, M. (2020, Mars 16). *Store Medisinske Leksikon*. Retrieved Mai 11, 2020, from Samfunnsmedisin: <https://sml.snl.no/samfunnsmedisin>
- Omhelse.no. (2014, Mai 10). Erik Erikson - Psykososial teori om personlighetsutvikling. Retrieved Mai 13, 2020, from <https://omhelse.no/psykologi-i-sykepleien/erik-erikson/>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Retrieved Mai 8, 2020, from [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL\\_3#%C2%A73-1](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#%C2%A73-1)
- Peterson, K. C. (2009, Mai 9). Hørselstap – sorg og aksept, stress og mestring. *Tidsskrift for Norsk psykologforening Vol 46 (5)*, pp. 460-465. Retrieved from <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2009/05/horselstap-sorg-og-aksept-stress-og-mestring>
- Physiopedia. (2020, Mars 7). Biopsychosocial Model. Retrieved Mai 6, 2020, from [https://www.physio-pedia.com/index.php?title=Biopsychosocial\\_Model&oldid=232424](https://www.physio-pedia.com/index.php?title=Biopsychosocial_Model&oldid=232424)
- Punch, R. (2016). Employment and Adults Who Are Deaf or Hard of Hearing: Current Status and Experiences of Barriers, Accommodations, and Stress in the Workplace. *American Annals of the Deaf Vol 161 (3)*, pp. 384-397. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/26235284>
- Rathert, C., Wyrwich, M. D., & Boren, S. A. (2013, August 1). Patient-Centered Care and Outcomes: A Systematic Review of the Literature. *Medical Care Research and Review, 70(4)*, pp. 351-379. doi:10.1177/1077558712465774
- Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. (n.d.). *REK*. Retrieved from Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk: <https://helseforskning.etikkom.no/>
- Rekkedal, M. A. (2007). Bruk av tekniske hjelpemidler i undervisning av elever med hørselstap. Retrieved Mai 16, 2020, from <http://cfh.dk/assets/1-nk---ann-mette-rekkedal---bruk-av-tekniske-hjelpemidler-i-undervisningen-av-elever-med-h%C3%B8rselstap.pdf>

- Scarinci, N., Worrall, L., & Hickson, L. (2009, Nov 12). The ICF and third-party disability: Its application to spouses of older people with hearing impairment. *Disability and Rehabilitation*, 25(31), pp. 2088-2100. doi:10.3109/09638280902927028
- Solheim, J. (2010, Desember 31). Preconceptions and expectations of older adults. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, pp. 1-8. doi:10.2147/JMDH.S14949
- Solheim, J., & Hickson, L. (2017, Mars 23). Hearing aid use in the elderly as measured by datalogging and self-report. *International Journal of Audiology*, 56(7), pp. 472-479. doi:10.1080/14992027.2017.1303201
- Southall, K., Jennings, M. B., Gagné, J.-P., & Young, J. (2018, Desember 17). Reported benefits of peer support group involvement by adults with hearing loss. *International Journal of Audiology*(58:1), pp. 29-36. doi:10.1080/14992027.2018.1519604
- Stenklev, N. C., Møller, P., Siem, G., & Gjellan, M. (2013). *Høreapparater i avtalepraksis* . Dokument NOLF fagkonferanse.
- Stubberud, D.-G. (2019). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Nosk Forlag AS.
- Svinndal, E. V., Solheim, J., Rise, M. B., & Jensen, C. (2018, April 27). Hearing loss and work participation: a cross-sectional study in Norway. *International Journal of Audiology Vol 57 (5)*, pp. 646-656. doi:10.1080/14992027.2018.1464216
- Tai, S., Barr, C., & Woodward-Kron, R. (2017, Oktober 9). Competing agendas and other tensions in developing patient-centred communication in audiology education: a qualitative study of educator perspectives. *International Journal of Audiology*, pp. 274-282. doi:10.1080/14992027.2017.1385863
- Torpie, K. (2014). Customer service vs. Patient care. *Patient Experience Journal*, 1(2), pp. 6-8. doi:10.35680/2372-0247.1045
- Tye-Murray, N. (2015). *Foundations of aural rehabilitation: children, adults and and their family members*. Stamford: Cengage Learning.
- Wettergren, J., Ekornrud, T., & Abrahamsen, D. (2019, September 17). *Statistisk Sentralbyrå*. Retrieved Mai 9, 2020, from Eldrebølgen legger press på flere omsorgstjenester i kommunen: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/eldrebolgen-legger-press-pa-flere-omsorgstjenester-i-kommunen>

## Vedlegg 1: Oppsummering av artikler

### Artikkel I:

#### **Patient-Centered Care and Outcomes: A Systematic Review of the Literature (Rathert, C., Hickson, L., Laplante-Lévesque, A., & Davidson, B., 2014)**

**Bakgrunn:** Pasient-sentrert tilnærming (PCC) har vært en sentralt tema innenfor behandling av pasienter. Selv med denne forutsetningen, finnes det ingen klar definisjon på hva PCC er og hvordan bestemte PCC kan være relatert til pasienten tilfredshet.

**Hensikt:** Hensikten var å systematisk undersøke PCC og resultatene av PCC basert på ulike sykdomsforløp, gjennom empirisk litteratur som finnes i dag. De ville også se på ulike variabler som kan påvirke utfallet, enten positivt eller negativt.

**Metodevalg:** Det ble gjennomført systematisk litteraturgjennomgang som omhandlet PCC og de kliniske resultatene som følge av en PCC tilnærming.

**Gjennomføring:** Det ble gjennomført søk på tre databaser. Medline, CINAHL og PsycINFO. Det ble søkt etter relevante artikler før 2012 og etter. Referanselisten til relevante artikler ble også gjennomgått. Søkeordene som ble brukt var; “patient centered care” AND “patient experience of care”. Inkludering og ekskluderingskriteriene deres var at artiklene måtte være engelske. At studiene var empiriske (kvalitative eller kvantitative) studier som tok for seg PCC.

**Resultat:** Etter endt søk kom de fram til 40 artikler. De fant blandede resultater når det kom til PCC og de kliniske resultatene. Noen studier fant likhetstrekk når det kom til bestemte deler av PCC og hvordan det kan påvirke utfallet av behandlingen. Samtidig var det også noen studier som ikke fant noe likhetstrekk. Men totalt sett var det sterke bevis for at PCC hadde en positiv innvirkning på pasienten og det kunne føre til gode resultater.

**Diskusjon:** Bruken av PCC ble anbefalt, men at resultatene kunne variere da pasientens sykdom kunne påvirke resultatet. Ved å implementere PCC, kunne man redusere kostnadene når det kom til overbruk og underbruk av utstyr og behandling, samtidig som kvaliteten av behandlingen ble forbedret. Det viktig å undersøke hvordan PCC kan bli påvirket av ulike settinger, dette kan belyse effekten av PCC ved ulike sykdommer.

## **Artikkel II:**

### **Factors associated with success with hearing aids in older adults**

**(Hickson, L., Meyer., C., Lovelock., K., Lampert, M., & Khan, A., 2014)**

**Bakgrunn:** Det finnes ingen bestemt definisjon på en vellykket bruk av høreapparat, men det kan rimelig diskuteres at en vellykket bruk av høreapparat vil si daglig og jevnlig bruk av høreapparatet med ønsket nytteverdi.

**Hensikt:** Sammenligne ulike audiologiske og ikke-audiologiske faktorer for å se om det er en assosiasjon når det gjelder vellykket bruk av høreapparat.

**Metodevalg:** En retrospektiv studie som ville se for seg ulike faktorer, blant annet audiologiske faktorer, bruker demografi, psykologiske faktorer og aldersrelaterte faktorer. 160 deltakere i alderen 60år eller mer med enten bilateralt eller unilateralt hørselstap. Deltakerne hadde fått tilpasset høreapparater i løpet av de 2 siste årene.

**Gjennomføring:** Deltakerne ble plassert i 2 grupper. En for vellykket bruk og en for ikke vellykket bruk. Plasseringen var basert på deltakernes tilbakemeldinger om hvorfor de brukte høreapparater eller ikke og om de opplevde nytte. 8 forskjellige spørreundersøkelser med en ulike mengder spørsmål ble brukt, hvor alle generelt spurte om pasienten følte mestring og nytte av høreapparatene

**Resultat:** Etter endt spørreundersøkelse kommer det frem 5 forskjellige faktorer som påvirker bruken av høreapparater. (1) Pasienter som opplevde støtte fra pårørende og andre familiemedlemmer. (2) Opplevde vanskeligheter i hverdagen når det kom til kommunikasjon i hverdagen før de fikk tilpasset høreapparater. (3) Var mer positive til tanken på å bruke høreapparater. (4) Følte økt egenmestring og selvstendighet når det kom til høreapparatene og vedlikehold av høreapparatet. (5) Opplevde økt livsglede og gevinst av å bruke høreapparatene. Hvis høreapparatbrukere opplevde disse 5 faktorene, kunne dette øke sannsynligheten for vellykket bruk.



### **Artikkel III:**

#### **What factors influence help-seeking for hearing impairment and hearing aid adoption in older adults?**

**(Meyer, C. & Hickson, L. 2012)**

**Bakgrunn:** Mange eldre sliter med hørselstap. Men selv med de negative konsekvensene et hørselstap kan medføre, kvier eldre seg mot å søke etter hjelp og utnytter ikke mulighetene til å gjennomgå en audiologisk rehabilitering.

**Hensikt:** Hensikten med denne studien var å finne og identifisere de faktorene som påvirker Eldres valg til å oppsøke hjelp for hørselstapet sitt.

**Metodevalg:** Studien ble gjennomført som en litteraturstudie som undersøkte sammendragene til fagfellevurderte artikler mellom 1990-2010.

**Gjennomføring:** Forfatterne søkte i ulike databaser på nettet, Medline, Scopus, Web of Science, and PsychINFO ble brukt i søket. Studiene ble funnet etter søk med disse nøkkelordene: hearing; impair \* or loss; seek \* or candidate \* or applicant \* or acquir \*; and hearing aid \* or help or advice. Forfatterne utelukket så artiklene som tok for seg barn, cochleære implantater, tinnitus, beinforankret høreapparat og hørselstap som følge av operasjoner, infeksjoner eller eksplosjoner. Etter å ha innført restriksjonene sine, endte forfatterne opp med 22 artikler i denne litteraturstudien.

**Resultat:** I denne studien ble flere faktorer identifisert som kan påvirke pasienters vilje til å søke hjelp. Disse faktorene er hvis de har et moderat eller alvorlig hørselstap, hvis de ser flere fordeler enn ulemper ved forsterkning av lyd og hvis deres nærmeste blir sett på som støttende under en rehabiliteringsprosess. I tillegg kan faktorer som utdanningsnivå, arbeidsstatus, etnisitet, personlighet, motorikk, forhold til teknologi og foretrukket mestringsmåter av hørselstapet ha noe å si om hvorfor de ikke søker hjelp.

**Diskusjon:** Forfatterne diskuterer om hvorvidt man kan finne bestemte grunner for at eldre mennesker ikke søker hjelp for hørselstapet sitt da det er mange forskjellige grunner som kan forårsake dette. Flere av faktorene i studiene som ble brukt var entydige, noe som forfatterne mener kan gjøre resultatene forvirrende med tanke på at flere faktorer påvirker hverandre. I

studiene de undersøkte ble det i tillegg bare tatt i betraktning eldre som var på et stadiet der de skulle velge å bruke høreapparat. Forfatterne mener at dette kan gjøre at resultatene ikke stemmer overens med faktorene som sier noe om de som bare søker audiologisk konsultasjon for utredning og råd om hørselstapet sitt.

Videre vil forfatterne av denne studien at det gjennomføres streng forskning innenfor temaet for å finne faktorer som er mest forutsigbare når det gjelder oppsøking av audiologisk konsultasjon eller det å anskaffe seg høreapparater.

## **Artikkel IV:**

### **Identifying the barriers and facilitators to optimal hearing aid self-efficacy**

**(Meyer, C., Hickson, L., & Fletcher, A., 2014)**

**Bakgrunn:** Et hørseltap er et av de vanligste funksjonshemmingene blant eldre mennesker. Dette fører til at mange opplever redusert livsglede og andre negative bivirkninger. Høreapparater har visst seg å være gode behandlingsmetoder når det gjelder et hørselstap, men fortsatt er det mange som velger å ikke oppsøke hjelp. Hos de som oppsøker hjelp og får høreapparater, er antallet på ubrukte høreapparater, stort.

**Hensikt:** Mange eldre mennesker føler at de ikke kan mestre høreapparatene. Denne tankegangen har viste seg å være en barriere mot å bruke høreapparater. Studien ville finne hvilke faktorer som kan være med på å bekjempe denne tankegangen.

**Metodevalg:** En retrospektiv studie ble brukt hvor 307 deltakere ble med i undersøkelsen. 147 var personer som ikke brukte høreapparater. 160 var personer som brukte høreapparater. Deltakerne var personer i alderen mellom 60-95 år.

**Gjennomføring:** Deltakerne ble bedt om å gjennomføre 8 spørreundersøkelser hjemme og delta på en konsultasjon som varte i 2 timer. Ved den konsultasjonen skulle gruppen som brukte høreapparater svare på en spørreundersøkelse med 24 spørsmål fra Measure of Audiologic Rehabilitation Self-efficacy for Hearing Aids (MARS-HA). Gruppen som ikke brukte høreapparater skulle svare på en mindre spørreundersøkelse med 10 spørsmål som undersøkte erfaringene med bruk og vedlikehold. Grunne for dette var at forfatterne var usikre på om gruppen hadde nok erfaring hvis de skulle svare på mer avanserte spørsmål angående høreapparatene. Svarene ble sammenlignet for å se etter faktorer.

**Resultat:** Egenmestringen av høreapparater varierte mellom gruppene. Gruppen som brukte høreapparater opplevde egenmestring dersom de hadde positive erfaringer med høreapparatene og ingen visuelle hindringer. Gruppen som ikke brukte høreapparatene oppgir at de hadde opplevd egenmestring dersom det ikke var noen visuelle hindringer, hadde levd med hørselstapet over lang tid, fått mer støtte fra familiemedlemmer og at de ikke var nervøs når det kom til bruken av høreapparatene.

**Diskusjon:** En prospektiv studie burde gjennomføres for å danne et klart bilde om vellykket bruk av høreapparater promoterer egenmestring eller om egenmestring promotere vellykket bruk av høreapparater. Selv med denne usikkerheten, danner dette et bilde av videre forskning når det kommer til implementering av andre kilder som kan være med på å øke egenmestringen. Disse kildene kan være opplæring av høreapparater, implementering av familiemedlemmer i rehabiliteringsprosessen eller visuell opplæring som viser filmer av andre pasienter som bruker høreapparater.

## **Artikkel V:**

### **Determinants of hearing-aid adoption and use among the elderly: A systematic review**

**(Ng, J. H-Y, & Loke, A. Y., 2015)**

**Bakgrunn:** Med det økende antallet eldre mennesker, har redusert hørsel blitt en av de største sykdommene i verden. Denne gruppen mennesker vil ha behov før høreapparater frem i tiden. Selv med denne forutsetningen er det mange som er skeptiske til bruken av høreapparater.

**Hensikt:** For å identifisere grunnen til at pasienter velger å anskaffe høreapparater og viljen deres til å bruke høreapparatene.

**Metodevalg:** En systematisk gjennomgang av litteratur ble gjennomført i databasene Web of Science, Medline, CINAHL, samtidig ble det gjennomført manuelle søk.

**Gjennomføring:** Artikler som utforsket pasienter villighet til å bruke høreapparater ble bruk i studien. Søkeordene som ble brukt var; "older adult" OR "older p\*" OR "aged" OR "ageing" OR "aging" OR "elder\* " OR "geriatric" AND "hearing aid" AND "factor" OR "influen\*" OR "variable" OR "determin \*" OR "decision" AND " use " OR "usage" OR " benefit " OR "satisfaction" OR "adoption" OR "successful fitting" OR "compliance" OR "outcomes".

Referansene til aktuelle artikler ble gjennomgått. Duplikater ble fjernet. Siden undersøkelsen skulle være en syntese, ble eksperters mening fjernet. Etter endt søk ble 22 artikler brukt i undersøkelsen.

**Resultat:** 9 av 22 studier ble gjennomført i USA, åtte ble gjennomført i Vest-Europa og Skandinavia, tre var gjennomført i Australia og bare to var gjennomført i Asia. Mesteparten av de aktuelle studiene var kryss-seksjonale studier og tre var kohort studier. Deltakerne i de ulike studiene var mellom 50-97. To av studiene hadde noen deltakere som var 15år gamle. Totalt sett var 77% av alle deltakerne i de ulike studiene i en alder av 65år eller mer. Det kom frem 11 ulike grunner, hvor fire audiologiske og syv var ikke-audiologiske grunner. De audiologiske var; (1) Grad av hørselstap. (2) Type høreapparat. (3) Bakgrunnsstøy og (4) Insertion Gain. Ikke-audiologiske grunnene var; (1) Egen rapportering angående hørselstapet. (2) Forventninger. (3) Demografi. (4) Gruppesamtaler. (5) Støtte fra andre. (6) Nyttighet. (7) Fornøydhet. Alle disse grunnen ble rapporter som påvirkningsfaktorer når det kom til anskaffelse og bruk av høreapparater.

**Diskusjon:** Disse 11 grunnene påvirker eldre mennesker når det kommer til anskaffelse og bruk av høreapparater. 3 av de 11 grunnene kommer ofte opp og blir sett på som store påvirkningsfaktorer. Støtte fra andre og demografi kommer opp som to viktige ikke-audiologiske faktorer, mens helsepersonellens rolle i rehabilitering blir sett på som den viktigste faktoren. Denne rollen omhandler samtlige 4 grunner, da audiografen har ansvaret når det kommer til valg av riktig høreapparat og tilpasningen. Videre forskning på disse 3 faktorene er nødvendig for å se om det kan være med på å optimalisere både viljen til å anskaffe av høreapparater og bruken.

## **Artikkel VI:**

### **Patient-centred care: A review for rehabilitative audiologists**

**(Grenness, C., Hickson, L., Laplante-Lévesque, A., & Davidson, B., 2014)**

**Bakgrunn:** Pasient-sentrert tilnærming (PCC) er anbefalt når det kommer til behandling av pasienter med kroniske sykdommer, da det kan resultere i positive effekter. Selv med disse positive effektene er det ikke alle i helserelaterte yrker som implementerer denne tilnærmingen.

**Hensikt:** Audiologisk rehabilitering er et område hvor PCC er relevant, men det finnes lite litteratur angående effektene. Målet er å tydeliggjøre meningen med PCC og se hvordan den kan påvirke en audiologisk rehabilitering. Denne undersøkelsen ønsker å belyse 5 spørsmål. Hva er PCC? Hvordan måler man PCC? Hva er resultatene av implementering av PCC? Hvilke faktorer bestemmer bruken av PCC? Er det implikasjoner av PCC i en audiologisk rehabilitering?

**Metodevalg:** Da det ikke var mange studier innenfor det audiologiske yrket, ble det gjennomført en litteraturgjennomgang og syntese av andre helserelaterte yrker.

**Gjennomføring:** Artikler publisert i PubMed, Cinahl, Web of Knowledge, and PsychInfo ble undersøkt, samt referanselisten til relevante artikler ble gjennomgått.

**Resultat:** Det var ikke mange artikler som tok for seg det audiologiske yrket. PCC beskrives som en behandling hvor pasienten blir sett på som et individ med egne erfaringer og følelser. Disse erfaringene og følelsene må tas i betraktning når man skal behandle pasienten. Dette gjelder spesielt pasienter med kroniske sykdommer. Det finnes mange forskjellige måter å måle PCC men at det ikke finnes noen bestemt standard. Resultatene av PCC viser økt tilfredshet fra pasientene.

**Diskusjon:** PCC er et verktøy som burde brukes ofte i audiologiske utredninger da det viser seg å positive effekter på pasienten. Pasientene oppgir økt vilje til deltakelse ved rehabiliteringer. PCC har fått lite oppmerksomhet i det audiologiske miljøet i motsetning til andre helserelaterte yrker, flere undersøkelser når det gjelder PCC innenfor det audiologiske miljøet bør gjennomføres. Dette kan være med på å skape en klar definisjon på PCC. Ved å

gjøre dette, kan selve konseptet på PCC i en audiologisk rehabilitering være relevant, konkret og målbar.



## **Artikkel VII:**

### **Why do people fitted with hearing aids not wear them?**

**(McCormack, A., & Fortnum, H., 2013)**

**Bakgrunn:** Aldersrelatert hørselstap er et stort problem. Problemene som følger med et hørselstap er store. Mange opplever frustrasjon når de skal kommunisere med andre mennesker og videre kan det påvirke andre mennesker i miljøet til den som har hørselstapet. Et høreapparat er den vanligste behandlingsmetoden, men ikke alle faller innenfor kravene når det gjelder tilpasning av høreapparater. Dette kan innebære at andre metoder blir brukt som rådgivning, undervisning eller assistive listening devices (ALDs).

**Hensikt:** Litteraturstudie som tar for seg artikler som omhandler ikke-brukere og deres grunner for akkurat dette. Hensikten med studien var å finne ut hvorfor personer med aldersrelatert hørselstap ikke velger å bruke høreapparatene sine. Selv om hørselstapet medfører til flere negative effekter, velger 1:5 å ikke bruke høreapparatene sine.

**Metodevalg:** Metoden som ble brukt for innhenting av data var en såkalt «scoping study», som vil si innsamlingsstudie. Grunnen for dette var at de ønsket mye data, men også forutse hvor åpninger og nye innovative tilnærminger kunne foreligge. Studiene som blir brukt indikere at det blir oppdaget funn, men at anbefalingene ikke fastsatte.

**Gjennomføring:** En grundig og utstrakt søkestrategi fant 10 artikler som ble brukt til å svare på selve undersøkelsen. Samtlige av artiklene som ble brukt, tok for seg grunner for hvorfor høreapparater ikke ble brukt. Det ble gjennomført i databasene PubMed og Web of Science, samtidig ble referanselisten til relevante artikler gjennomgått. Søkeordene som ble brukt var; Hearing AND aid AND usage – Hearing AND aid AND use – Hearing AND aid AND non AND use – Hearing AND aid AND non-use.

**Resultat:** En av ti studier var fra Storbritannia, tre var fra USA, to var fra Australia, to fra Finland, en fra Sverige og en fra Sveits. Bare tre av studiene ville se spesifikt på grunner til at pasienter ikke bruker høreapparater. Alle andre studier hadde forskjellige hovedmål, men nevnte grunnene til å ikke bruke høreapparater som det sekundære problemet. Gjennom alle artikler, kommer de samme grunnene opp, uansett om de var primære eller sekundære. Når det gjaldt selve høreapparatet var det høreapparatets verdi, passform, komfort og vedlikehold

av selve apparatet. Andre grunner var utsyr faktorer, økonomiske grunner, psykososiale og situasjonelle faktorer, helsepersonellens holdning, øreproblemer og utseende.

**Diskusjon:** Det er mange grunner til pasienter ikke velger å bruke høreapparatene. Selv om det kommer frem mange forskjellige og ulike grunner, kan man se at en bestemt grunn kommer opp flere ganger. Høreapparatets verdi, med andre ord hvor mye nytte høreapparatet gir i form av forbedring av hørsel. Dette tydeliggjør viktigheten av godt samarbeid mellom audiograf og pasient. Audiografer burde bruke nok til opplæring av høreapparatet og generell rådgivning når det kommer hørselstapet og hvordan det påvirker pasienten. Det var lite data angående forskjellen mellom kjønn, om det ene kjønn brukte mer enn det andre. Empiriske undersøkelser burde gjennomføres, hvor man går mer spesifikt inn på de ulike grunnene og hvordan disse kan forbedres og om det vil føre til økt bruk av høreapparater. En undersøkelse angående forskjellen på kjønn burde også gjennomføres, da det kan vise seg å være en faktor. Det er ønsket at forskere setter bestemte agendaer basert på disse resultatene, hvor det blir sett nærmere på antallet høreapparater som ikke blir og hvordan det kan antallet kan reduseres.

## **Artikkel VIII:**

### **Patient-centred audiological rehabilitation: Perspectives of older adults who own hearing aids**

**(Grennes, C., Hickson, L., Laplante-Lévesque, A., & Davidson, B. 2014)**

**Bakgrunn:** Pasientsentrert omsorg er et begrep som ofte er tilknyttet kvalitet på helsetjenester. Selv med mye litteratur om dette emnet, mangler det en

**Hensikt:** Hensikten med denne studien var å finne en spesifikk definisjon av pasientsentrert omsorg innen det audiologiske miljøet ved å ta standpunkt i perspektivet til eldre som har brukt høreapparat i minst ett år.

**Metodevalg:** Studien ble gjennomført med en kvalitativ metode der pasientene ble intervjuet.

**Gjennomføring:** Deltakere til denne studien ble valgt fra hørselsklinikker, allmennt medisinske klinikker og interessegrupper for hørsel. Deltakerne måtte være over 60 år gamle. De måtte også ha eid et høreapparat i minst ett år.

Videre ble de intervjuet på et sted deltakeren foretrakk. Intervjuene varte mellom 40 og 60 minutter. Intervjuet var semi-strukturert der intervjueren hadde en temaveileder. Denne veileder fokuserte på pasientenes erfaring audiologisk rehabilitering og deres tanker, følelser, og preferanser om den pasientsentrerte omsorgsmetoden.

**Resultat:** Resultatene ble delt opp i tre kategorier: Verdien av et terapeutisk forhold, forholdet mellom pasient og audiograf, og den kliniske prosessen.

Deltakerne nevner at et godt forhold til audiografen er hjertet av en pasientsentrert rehabiliteringsprosess. Deltakerne var bevisste over rollen de hadde under rehabiliteringsprosessen, men de la samtidig større vekt på audiografens ferdigheter. I løpet av den kliniske prosessen nevnte flere av deltakerne at mangelen på informasjon og valg var en negativ faktor, og uttrykte et ønske om mer deltakelse i sin egen audiologiske prosess.

**Diskusjon:** Siden deltakerne var 60 år eller eldre, mener forfatterne at det kan gi feil inntrykk siden det er flere forskjellige pasientgrupper som også gjennomgår en audiologisk rehabiliteringsprosess. Eksempler på disse gruppene kunne være helt nye pasienter, forskjellige aldre samt forskjellige etnisiteter. På bakgrunn av etnisitet bemerker forfatterne at alle deltakerne i studien var australske menn og kvinner som hadde erfaring med rehabiliteringsprosessen.

Forfatterne diskuterer også hvordan den pasientsentrerte omsorgsmodellen kan innføres i læreverk slik at fremtidige audiografer får et inntrykk av hvordan pasientsentrert omsorg påvirker rehabiliteringsprosessen. I tillegg til denne informasjonen i utdanningen ønsker også forfatterne av denne studien i videre forskning å undersøke den samme problemstillingen sett fra en audiografs perspektiv samt hvordan utfallet av pasientsentrert omsorg er etter en audiologisk rehabiliteringsprosess.

## **Artikkel IX:**

### **Factors influencing rehabilitation decisions of adults with acquired hearing impairment?**

**(Laplante-Lévesque, A., Hickson, L., & Worrall, L., 2010)**

**Bakgrunn:** Bruken av rehabilitering innenfor det audiografiske miljøet er variert. Det finnes forskjellige metoder og fremgangsmåter, hvor resultatet er sammenlignbart. Hvorfor noen velger en bestemt metode fremfor andre, har ikke blitt systematisk undersøkt.

**Hensikt:** Hensikten med denne studien var å finne ut hvilke faktorer som påvirket rehabiliterings valgene til voksne mennesker med ervervet hørselstap.

**Metodevalg:** 4 alternativer (Høreapparater, Gruppebasert program, Individualisert program og Ingen inngrep) ble diskutert ved bruk av delt beslutning hos 153 voksne mennesker, i alderen 50 år og oppover med ervervet hørselstap, som tidligere ikke hadde vært gjennom en rehabilitering.

**Gjennomføring:** Et underprøve av de 153 deltakerne på 22 personer ble brukt til gjennomføre den kvalitative studien. De 22 ble valgt på ulike grunner for å danne et vidt bilde, basert på alder, kjønn, grad av hørselstap, arbeidssituasjon og bosituasjon. De ble presentert de 4 alternativene og mulig utfall, de skulle velge 1 av de 4 og fortelle hvorfor.

**Resultat:** Studien resulterte i 7 faktorer som mulige påvirkningsfaktorer. (1)anvendelighet, (2) forventet overholdelse og resultat, (3) økonomisk kostnad, (4) hørselsvansker, (5) rehabiliteringens egenskaper, (6) andre personers erfaringer, anbefalinger og støtte, (7) preventiv og midlertidig løsning.

**Diskusjon:** Alle de ulike faktorene påvirket noen deltakere både positivt og negativt i en og samme rehabiliteringsgruppe. Ved å la deltakere være med på valg av retning og oppsett av rehabiliteringsplan, vil oppfølgingen være mer nøyaktig. Et samarbeidsrettet pasient-kliniker forhold kan synliggjøre hvordan en bestemt pasient tolker de ulike faktorene som blir avdekket i denne studien. Resultatene støtter en pasient tilnærming når det gjelder beslutningstaking.

## **Artikkel X:**

### **Family member involvement in audiology appointments with older people with hearing impairment'**

**(Ekberg, K., Meye, C., Scarinci, N., Grenness, C., & Hickson, L., 2015)**

**Bakgrunn:** Familiemedlemmer er ofte deltakere ved konsultasjoner med eldre pasienter og deres deltakelse blir sett på som en viktig faktor når det gjelder pasient- og familietilnærmet rehabilitering.

**Hensikt:** Å undersøke familiemedlemmers deltakelse ved audiologiske konsultasjonstimer.

**Metodevalg:** Audiologiske konsultasjonstimer ble tatt opp på film og analysert ved å bruk av kvalitativ koding og samtale analyse (CA).

**Gjennomføring:** Deltakere ble rekruttert gjennom ulike nettverk, blant annet reklamer fra en audiologisk organisasjon i Australia. Eldre pasienter ble bedt om å delta, hvor deres pårørende var inviterte. 62 konsultasjoner ble tatt opp i fra september 2011 og april 2013. Deltakerne var eldre pasienter i alderen 55år eller mer. Det var bare familiemedlemmer på 17 av 62 konsultasjoner. Disse 17 ble tatt med i undersøkelsen og analysert. Alt fra pauser, overlappende samtaler, avbrytninger og ikke verbal kommunikasjon, som gestikulasjoner ble analysert.

**Resultat:** Konsultasjonene varte i gjennomsnitt 63 minutter. Analysen viste at familiemedlemmene systematisk ble deltakende i samtalen. De viste stor interesse med å dele sine egne erfaring, spesielt når pasienten ble bedt om å oppgi sine egne opplevelser. Familiemedlemmer bestemte selv når de ville ta del i samtalen. Noen ting som ofte kom opp var at familiemedlemmene svarte på spørsmål som var rette mot pasienten eller stilte spørsmål på vegne av pasienten. Samtidig kom det fram at audiografene rettet fokuset tilbake på pasienten når familiemedlemmene begynte å overstyre. Selv med disse funnen, kom det fram at familiemedlemmene bare brukte 12% av den totale samtaletiden under konsultasjonen.

**Diskusjon:** Familiemedlemmer bidrar i dag lite på audiologiske konsultasjoner hvor eldre mennesker er tilstede. Samtidig som de ikke bidrar mye, viser de en stor vilje til å delta når der først er på konsultasjoner. Disse funnen kan vise seg å være viktig når man jobber med

pasienter med kroniske sykdommer som kan påvirke hele familien. Dette tydeliggjør viktighet av FCC ved audiologiske rehabiliteringer.

## **Artikkel XI:**

### **Decision-Making in Audiology: Balancing Evidence-Based Practice and Patient-Centered Care**

**(Boisvert, I., Clemesha, J., Lundmark, E., Crome, E., Barr, C., & McMahon, C. M., 2017)**

**Bakgrunn:** Behandlingsmetoden har utviklet seg fra en legestyrte-tilnærming til en pasient-sentrert tilnærming, men selv med denne utviklingen, faller mye av behandlingsvalget fortsatt på tidligere erfaringer og observasjoner.

**Hensikt:** Studien ville se på hva audiografer baserer sine beslutninger på når det kom til valg av behandling med pasientene sine.

**Metodevalg:** For å se hva som påvirker valgene deres, ble det brukt en spørreundersøkelse fra en studie gjennomført i 1989. Denne studien tok for seg akkurat dette temaet. De ville se om det hadde vært en utvikling. 96 audiografer som deltok på World Congress of Audiology i 2014 ble brukt i spørreundersøkelsen.

**Gjennomføring:** Audiografene skulle svare på spørsmål angående følgende tema. (A) Diagnostikk, hvor bruken av testresultater skulle rangeres. (B) Rehabilitering, hvor beslutningen angående tilpassing av høreapparater eller andre behandlinger skulle rangeres. (C) Prosedyre, hvor blant annet kriteriene for behandling og tildeling av tid til konsultasjon skulle rangeres. Spørsmålene inkluderte både rangerende og åpne spørsmål, samt skalaer angående beslutning.

**Resultat:** Resultatene viste at audiografer rangerte kliniske tester samt pasienten egne preferanser og opplevelser som de viktige faktorene når det kom til valg av behandlingsmetode. Andre kollegers erfaring ble også nevnt som en viktig faktor i beslutningsfasen.

**Diskusjon:** Studien viser at mange audiografer bruker pasientens preferanse når de skal velge behandlingsmetode. Denne tilnærmingen er i samråd med PCC. Selv med denne biopsykososiale tilnærmingen, er det flere audiografer i dag som bruker tidligere erfaring og observasjoner i beslutningsfasen enn før. Samlet sett er det lagt mer vekt på PCC nå.