

Elise Liverød Hagen

## **Høreapparater – brukes de?**

En kvalitativ studie om eldres hverdagsliv med et hørselstap



Masteroppgave i Helsevitenskap

Trondheim, Høsten 2012



Elise Liverød Hagen

## **Høreapparater – brukes de?**

En kvalitativ studie om eldres hverdagsliv med et hørselstap



## Forord

Denne masteroppgaven vil fokusere på eldre hørselshemmedes møte med rehabiliteringsapparatet. Som utdannet audiograf er det av faglig interesse å vite om tilbudet som gis i dag møter den eldre brukergruppens ønsker og behov. Tidligere undersøkelser og forskning har vist at dårlig tilrettelagte hjelpetiltak fører til et ufullstendig rehabiliteringsløp. Hørselshemmede, som kommer for å få tilpasset høreapparat for første gang, opplever verken nytte av sine høreapparater eller klarer å nyttiggjøre seg sine hørselstekniske hjelpemidler. Gjennom egen praksis under audiografutdanningen har dette inntrykket blitt ytterligere forsterket. Videre forskning på hørselsrehabilitering kan hjelpe til å bedre dagens praksis og få flest mulig høreapparater i bruk.

I forbindelse med masteroppgaveprosjektet ønsker jeg å takke flere personer. Først og fremst deltakerne i studien for deres villighet til å stille opp til intervju. En takk rettes også til mine veiledere Jan Tøssebro og Jorunn Solheim for konstruktive tilbakemeldinger og oppmuntring. Takk til Audiografutdanningen på HiST for det dere bistod med i forberedelsene til masteroppgaven. Takk til min kjære Bjørn Lyder, for tålmodighet og støtte under skriveprosessen. Jeg vil også takke deg for kjempefin tegning på forsiden av heftet. En siste takk gis til familie og venner for deres bidrag. Prosessen med å komme fram til et sluttprodukt har vært lang og krevende, men etter å ha bodd fem år i Trondheim gjør jeg godeste Nils Arne Eggen ord til mine:

”Det gjelds å ha trua!”

Trondheim, September 2012

Elise Liverød Hagen



## Sammendrag

Bakgrunnen for prosjektet er at helsepedagogisk arbeid synes å være nedprioritert av fagfolk innenfor hørselsomsorgen. En tradisjonell teknisk- medisinsk tilnærming i hørselsrehabiliteringen virker å være hovedfokus. Formålet med prosjektet har vært å få forståelse for hvordan eldre opplever hverdagen med et hørselstap etter endt tidsavgrenset hørselsrehabiliteringstilbud. Jeg ønsket å belyse spørsmålet om hjelpeapparatet er godt nok tilrettelagt for den enkelte hørselshemmede. Analyser fra studien viste at informantene tok tak i en litt annerledes og kompleks prosess enn selve møte med rehabiliteringstjenesten. Det virker som sosiale prosesser i hverdagen påvirker i hvilken grad eldre ønsker å ta i bruk høreapparater. Datamaterialet er samlet inn ved hjelp av semistrukturerte intervju. Utvalget bestod av fem eldre personer, som alle var førstegangsbrukere hos hørselsrehabiliteringstjenesten. Deltakerne er over 65 år. Materialet er analysert ved systematisert tekstkondensering.

Funnene i studien viser at det er flere ”hverdaglige” prosesser som spiller inn for bruk av høreapparat, og dette gjenspeiles også når eldre vurderer nytten av hjelpemiddelene. Høreapparat kan ha en positiv effekt på praktiske og sosiale forhold, også når det gjelder opplevelse av emosjonell velvære. Likevel står individuelle faktorer og organisatoriske barrierer i veien for at eldre fullt ut får dekket sine rehabiliteringsbehov. En personlig hindring for bruk av høreapparat er opplevelsen av stigma, og den påvirkningen dette har på identitet og selvbilde. Eldre som ikke opplever behov for tekniske hjelpemidler, vil ikke føle behov for å ta i bruk hørselstekniske hjelpemidler. Tilgang til hjelpeapparat, imøtekommenhet og oppfølging har også vist å ha betydning for at eldre skal ta i bruk høreapparat. I studien konkluderes det med at forhold utenfor tekniske og medisinske problemstillinger må få større fokus i møte med den eldre brukergruppen.

## Summary

The background for this project is that educational work in regards to health seems to be neglected by professionals within the hearing care. It may seem that a traditional technical-medical approach within the hearing rehabilitation takes the main focus. The aim of this project has been to attain an understanding of how the elderly experience everyday with a hearing loss after ended hearing rehabilitation program. My wish is to shed light on whether or not the support services is sufficiently adapted to the situation of those with a hearing loss. Findings from the study show that the respondents have taken part in a slightly different and more complex process than the hearing aids they have had adjusted to them, and it appears to be social processes in everyday life that affects to what degree the elderly wish to make use of their hearing aids. Data has been gathered by the help of semi-structured interviews, and the selection of respondents consisted of five elderly people, all first time users of the hearing rehabilitation service. All are above the age of 65. The material is analysed by systematic text condensation.

The findings of the study show that there are more 'everyday' processes that play a part in the use of hearing aids, and that this is also reflected when the elderly consider the use of the hearing aids. These aids can have a positive effect on practical and social conditions, but also when it comes to the experience of emotional wellness. Nevertheless, individual factors and organizational barriers stand in the way of the elderly fulfilling their needs for rehabilitation in regards to auditory measures. A personal obstacle for the use of hearing aids is the experience of stigma, and the effect this has on identity and self-image. Amongst elderly who do not experience subjective discomfort as a result of a hearing loss, they will not feel the need to make use of auditory support like hearing aids. Access to hearing aids, reception and support have also proven to be of importance for elderly to make use of their aids. From these findings, the conclusion is that several processes, transcending the medical and the technical, need to be a bigger priority in the meeting with elderly users.



# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1	<i>Bakgrunn for studien.....</i>	1
1.2	<i>Forskningsbehov.....</i>	3
1.3	<i>Problemstilling .....</i>	4
1.4	<i>Avgrensninger.....</i>	4
1.5	<i>Begrepsavklaringer .....</i>	5
1.6	<i>Disposisjon.....</i>	6
<b>2</b>	<b>Bakgrunn og kunnskapsstatus.....</b>	<b>7</b>
2.1	<i>Forekomst av hørselstap i Norge.....</i>	7
2.2	<i>Klassifisering av hørsel og hørselshemming.....</i>	8
2.2.1	<i>Opplevelsen av å ha et hørselstap .....</i>	10
2.3	<i>Teoretiske perspektiver på funksjonshemming .....</i>	11
2.3.1	<i>Forståelsesmodeller av funksjonshemming .....</i>	11
2.3.2	<i>Klassifikasjonsmodell av funksjon, funksjonshemming og helse .....</i>	13
2.4	<i>Hverdagslivet.....</i>	14
2.5	<i>Identitet og stigma .....</i>	15
2.5.1	<i>Identitetsteori .....</i>	15
2.5.2	<i>Stemplingsteori .....</i>	16
2.6	<i>Betydningen av erkjennelse .....</i>	17
2.6.1	<i>Teori om erkjennelse .....</i>	17
2.6.2	<i>Sosiale konsekvenser av hørselstap.....</i>	18
2.6.3	<i>Emosjonelle konsekvenser av hørselstap .....</i>	19
2.7	<i>Tidligere forskning .....</i>	20
<b>3</b>	<b>Møte med hørselsrehabiliteringstjenesten .....</b>	<b>25</b>
3.1	<i>Kartlegging og utredning .....</i>	25
3.2	<i>Organisering og oppfølging .....</i>	27
3.2.1	<i>Fagkompetanse innen hørsel.....</i>	27
3.2.2	<i>Den ideelle rehabiliteringsprosessen – fra start til slutt.....</i>	28
3.3	<i>Evaluering av dagens situasjon.....</i>	31
<b>4</b>	<b>Metode .....</b>	<b>34</b>
4.1	<i>Kvalitativ metode.....</i>	34
4.1.1	<i>Intervju .....</i>	35

4.1.2	Intervjuguide .....	36
4.2	Utvalg .....	37
4.3	Analyse og tolking .....	39
4.3.1	Transkribering .....	39
4.3.2	Systematisk tekstkondensering .....	39
4.4	Etiske betraktninger .....	40
4.4.1	Personvern .....	41
4.4.2	Oppbevaring av data .....	41
4.4.3	Konsekvenser .....	42
4.5	Pålitelighet, gyldighet, og overførbarhet .....	42
4.5.1	Forskerens forforståelse .....	43
4.5.2	Kritiske vurderinger .....	44
<b>5</b>	<b>Funn og fortolkninger .....</b>	<b>46</b>
5.1	Erfaring og opplevelse .....	46
5.2	Individuelle faktorer .....	51
5.2.1	Opplevelse av identitetskrise og stigmatisering .....	51
5.2.2	Erkjennelse .....	57
5.3	Organisatoriske barrierer .....	67
5.3.1	Tilgjengelighet .....	67
5.3.2	Møte med hjelpeapparatet .....	70
5.3.3	Oppfølging .....	73
<b>6</b>	<b>Avslutning .....</b>	<b>78</b>
6.1	Oppsummering .....	78
6.2	Konklusjon .....	80
6.3	Avsluttende refleksjoner .....	81
6.4	Videre forskning .....	81
	<b>Litteratur .....</b>	<b>83</b>

Vedlegg 1: Forespørsel med informasjonsskriv til høresentral

Vedlegg 2: Forespørsel med informasjonsskriv til høreapparatbruker

Vedlegg 3: Intervjuguide

Vedlegg 4: Audiogram

Vedlegg 5: Vedtak fra REK

# 1 Innledning

Tidligere studier finner at mange utdelte høreapparater blir liggende ubrukt (Bertoli et al., 2009; Stark & Hickson, 2004; Vuorialho et al., 2006). Dette prosjektet tar for seg i hvilken grad sosiale prosesser i hverdagslivet påvirker personer med hørselstap til ikke å nyttiggjøre seg av og bruke hørselstekniske hjelpemidler. Hørselshemmede har i dette prosjektet delt sin egen erfaring og opplevelse av å ha et hørselstap i et hverdagslig aspekt. Deres historier belyser hva det medfører og betyr å ha et funksjonstap. Med utgangspunkt i de beskrivelsene som fremstilles kan studien bidra til å klargjøre hva som er virksom hjelp for bruk av hørselstekniske hjelpemidler. Det kan med andre ord belyse hva fagfolk og hjelpesystem bør sette fokus på under en brukerorientert hørselsrehabiliteringsprosess. Prosesser som påvirker totalopplevelsen for at enkelte ikke ønsker å nyttiggjøre seg av hørselstekniske hjelpemidler er presentert og vurdert.

I første kapittel vil bakgrunn for studien og valg av tema bli introdusert. Deretter vil studiens problemstilling bli presentert samt oppgavens fokus og avgrensninger som er foretatt. Avslutningsvis vil det bli gitt en kort gjennomgang av kommende kapitlers innhold.

## 1.1 Bakgrunn for studien

Hørselstap er et vanlig helsereelatert problem hos eldre personer over 65 år (Cruickshanks et al., 1998), men allerede fra 30 års alderen kan hørselen bli gradvis dårligere (Arlinger et al., 2007). Hørselen har flere funksjoner, blant annet har den betydning for at vi kan orientere oss i forhold til varslingslyder. Vi oppfatter alarmer, som for eksempel brannalarmer, telefon og vekkeklokke, og foretar de handlinger som forventes ved slike lydinntrykk. Vi orienterer oss i forhold til lyder i omgivelsene og vi bruker hørselen for å kommunisere med andre mennesker. Hørselssansen gir oss muligheten til å lytte til personer vi er glad i, og gir oss også mulighet for å høre på musikk vi liker. Bakgrunnsstøy fra omgivelsene gir oss en følelse av å være en del av verden og slik sett har hørselen både en kommunikativ, følelsesmessig og praktisk funksjon (McGlade & Solheim, 2003; Tesch-Römer, 1997). Et hørselstap vil påvirke overnevnte hørselsfunksjoner på en negativ måte. Mange hørselshemmede opplever de

problemene det skaper å kommunisere med andre som det mest utfordrende. En person med normal hørsel er ofte ikke klar over hvor stor betydning hørselssansen har for daglige funksjon og velvære. Først når hørselen svikter vil den enkelte erfare de praktiske og sosiale konsekvenser dette medfører (Heine & Browning, 2002).

Hørselstap blir hevdet å være et lite forstått handikapp (Dalton et al., 2003). Utover de praktiske problemene, som det å ikke kunne høre dørklokke og varslingslyder, kan et hørselstap gi komplekse problemer av sosial og emosjonell art (Kvam & Tingvold, 2004; McGlade & Solheim, 2003; Kaland & Salvatore, 2002; Jones et al., 1984; Erber & Scherer, 1999). Forskning viser at eldre kan oppleve redusert livskvalitet og bli deprimert som følge av hørselstap (Helvik et al., 2006; Dalton et al., 2003; Backenroth & Ahlner, 2000). Dette kommer av at misforståelser eller vanskeligheter med å høre i kommunikasjon med andre påvirker den sosiale samhandling. For en hørselshemmet kan de begrensede mulighetene for å delta i sosiale settinger oppleves som sosialt isolerende (Dalton et al., 2003).

Hørselsrehabilitering er relatert til hørselsrettede tiltak på et individnivå, og høreapparat er det mest anvendte hjelpemiddelet blant hørselshemmede (Laplante-Lévesque et al., 2010). Hørselstekniske hjelpemidler skal bidra til økt deltagelse i samfunnet for den enkelte med hørselsproblemer, og vil være av vesentlig betydning for å kunne bryte ut fra en isolert tilværelse (Kurtze & Hem, 2009). Med tanke på de konsekvenser et hørselstap kan medføre, kan hjelpemidler ha positiv effekt på den enkeltes livssituasjon (Tesch-Römer, 1997). Bruk av høreapparat er funnet for å ha generell positiv effekt på livskvalitet, vennskap, familieforhold, ekteskap og humør (Bolliger, 2012).

Det hevdes imidlertid at brukergrupper er misfornøyd med arbeidet til hjelpeapparatet da de ikke opplever å bli møtt etter deres ønsker og behov. Følgelig påvirker dette til at ikke alle opplever nytte av mottatte rehabiliteringstiltak (Helse- og sosialdepartementet, 2002; Lorentsen & Berge, 2003; Bergseth, 2007). Falkenberg (2007) hevder det er flere utfordringer som må imøtekommes i arbeidet til hjelpeapparatet. Det belyses at hørselsrehabiliteringen i Norge har et ensidig fokus på medisinske problemstillinger og hørselsteknisk tilpasning, og fokuset synes hovedsakelig å ligge på det skadede øret og hørselstapet. En individuell brukerorientert tilnærming med et primært fokus på brukerens hverdagsliv med en hørselshemming synes å være tilsidesatt.

## 1.2 Forskningsbehov

En opptrappingsplan fra Helse- og Sosialdepartementet (2002) synliggjør at det er nødvendig å forbedre det offentlige rehabiliteringstilbudet til hørselshemmede, både med hensyn til individrettede tjenester, kompetanseutvikling og systemforbedring. Planen tar tak i at et vesentlig problem i hørselsrehabiliteringstjenesten er manglende brukerorientering. Det påpekes også manglende pedagogiske ferdigheter og kommunikasjonskunnskap blant fagpersonell i hjelpeapparatet (ibid).

Brukermiljøer hevder at tradisjonell forskning har for lite fokus på deres prioriterte behov (Borg, 2009a). Dette belyser at problemstillinger med fokus på brukerens hverdagsliv må trekkes fram. Gullestad (1989) understreker at dette kan bli usynlig og lett å glemme i forskningssammenhenger, og innen hørselsforskning er hverdagslivet til hørselshemmede lite påaktet (Gullacksen, 2002). Dette skyldes daglige hendelser og gjøremål blir tatt for gitt. En studie med utgangspunkt av denne tilnærmingen kan avdekke hvordan sosiale prosesser virker inn på eldres opplevelse av å ha et hørselstap. Funnene i studiene kan synliggjøre om hjelpeapparatet treffer individuelle behov og hverdagslige utfordringer. Samtidig vil det si noe om rutiner og tilbud ved offentlige sykehus.

Når folk inviteres for å fortelle om sine hverdagsliv vil man lære mer av hva det vil si å ha et hørselstap. Som Borg (2009) påpeker om hverdagslivsforskningens bidrag, vil det ikke være mulig å få fram hvor kompleks situasjonen med å ha et funksjonstap er dersom ikke hele livssituasjonen blir utforsket. Det å inkludere og studere i et større perspektiv bidrar til en mer helhetlig analyse av og innsikt i situasjonen. Dette skaffer også større forståelse for hvorfor et problem er et problem samt hva som er til hjelp og hvorfor. Samtidig vil fokus på hverdagslivet til eldre hørselshemmede være viktig for å kunne si noe om sosiale relasjoner mellom mennesker. Det blir mulig å se ulike virksomhetsområder i sammenheng, vi kan få forståelse av hva disse sammenhengene handler om, og vi formulere teorier om nettopp disse sammenhengene (Gullestad, 1989). Bergseth (2007) påpeker at det er et behov for å finne ut hva som ligger til grunn for at enkelte opplever ikke å ha nytte av mottatte hørselsrehabiliteringstiltak.

Hørselsrehabiliteringstjenesten blir mye benyttet av eldre brukere (Karlsson & Rosenhall, 1998), og det vil således være gunstig å vite hvordan den største brukergruppen opplever og erfarer hele prosessen av å ha et hørselstap, sett fra personens hverdagsperspektiv.

### 1.3 Problemstilling

For å få kunnskap om hvordan eldre mennesker opplever å få et aldersrelatert hørselstap og hvordan deres hverdagsliv preges av dette, vil denne studien belyse følgende:

*Hva er det av hverdagslige prosesser som påvirker eldre til å bruke eller la være å bruke høreapparat?*

For å ta tak i effekten av og problematikken rundt hørselsrehabilitering har jeg valgt en underproblemstilling. Dette for å få større forståelse av hvordan eldre vurderer det mottatte hørselsrehabiliteringstilbud, og det spørres:

*- På hvilken måte opplever eldre nytte av høreapparat?*

Siden prosjektet startet har problemstillingen(e) endret seg. Dette er et resultat av at informantene ga et bilde av en mer kompleks prosess enn hva som var utgangspunktet. I et første utkast ønsket jeg å få fram eldre hørselshemmedes erfaringer og opplevelse av å leve med et hørselstap etter endt tidsavgrenset hørselsrehabilitering. Den tidligere problemstillingen var: *- Hvordan opplever eldre mennesker å få høreapparat for første gang?* I lys av denne problemstillingen skulle funnene vise om rehabiliteringssystemet er godt nok tilrettelagt etter de eldre hørselshemmedes ønsker og behov. Etter en datareduert analysemetode ble det funnet at informantene hadde tilnærmet seg problemområdene på en annen måte enn opplevelsen av å få høreapparat, isolert sett. Det viste seg at nesten ingen av informantene brukte høreapparatet de hadde fått tildelt, og det var derfor nødvendig å omformulere prosjektets hovedproblemstilling. Gullestad (1989) tar til orde for at det er positivt å reformulere problemstillinger i lys av de oppdagelser forskeren gjør i stedet for å holde på problemstilling(er) som er formulert på forhånd. Endringen av problemstillingen har i så måte vært en styrke for prosjektet, og gjort det mulig å få fram det sentrale i eldres hverdagsliv med et hørselstap, og hvordan dette påvirker møte med hjelpeapparatet.

### 1.4 Avgrensninger

Hørselsrehabiliteringstjenesten rettes mot ulike brukergrupper. Barn, unge, voksne og eldre med spesielle behov har alle rett til å motta hørsels(re)habiliteringstiltak (Bautz-Holter et al., 2007). Jeg har i dette prosjektet valgt å rette søkelyset mot eldre over 65 år fordi

hørselsrehabiliteringstjenesten hyppigst blir benyttet av denne aldersgruppen (Karlsson & Rosenhall, 1998).

## 1.5 Begrepsavklaringer

Innledningsvis ønsker jeg å avklare og utdype noen sentrale begrep som inngår i teksten. Begrepene er relatert til diagnostisering av hørselstap og utredning av hørselstekniske hjelpemidler.

*Hørselstap:* Årsaken til hørselstap skyldes biologisk svikt i hørselssystemet. Svekket hørsel kan skyldes en misdannelse, sykdom eller en skade i ytre øre, mellom- eller indre øre, men det kan også skyldes en skade på hørselsnerven. Hørselsskaden kan komme akutt eller gradvis, og kan både være forbigående eller permanent. Utviklingen av hørselstapet og alvorlighetsgrad kan være varierende, og den også kan være medfødt eller oppstå senere i livet. Gjennomføring av nødvendige hørselsmålinger for diagnostisering vil ha betydning for den videre behandlingen (Gelfand, 2001).

*Rentoneaudiometri:* Denne type måling er en av standardmålingene ved diagnostisering av hørselstap. Resultatet blir nedtegnet i et audiogram, og viser grafisk fremstilling av høretersklene. Høretersklene viser det laveste lydnivået en person klarer å oppfatte (McGlade & Solheim, 2003; Stach, 2003). Hørselstapet blir fremstilt i desibel hørenivå og er forkortet dB HL<sup>1</sup>. Skalaen, som måler lydets styrke går fra 0-120 dB HL og vises i y-aksen på audiogrammene. Normalt hørende har en høreterskel  $\pm 10$  dB HL. Når man snakker om et hørselstap er det terskler høyere enn 10 dB HL som sier noe om alvorlighetsgraden til hørselstapet (Bixio et al., 2004). Hørselsmålingen av rene toner blir målt mellom 125-8000 hertz som tilsvarer frekvensspektret for tale og vises ses i audiogrammets x-akse (Gelfand, 2001).

*Hørselshemming:* Begrepet er en fellesbetegnelse, som dekker alle grader og arter av hørselstap (Helse- og sosialdepartementet, 2002, s. 10). Hørselshemming viser til de sosiale og praktiske konsekvensene av nedsatt hørsel. I sosiale settinger begrenser det tilgangen til de hørendes språklige miljø. Av praktiske faktorer vil hørselshemmingen blant annet redusere muligheten for lydorientering og detektering av alarmer (Grønlie, 2005; Tesch-Römer, 1997).

---

<sup>1</sup> Engelsk forkortelse; desibel hearing level

*Tekniske hjelpemidler:* Majoriteten av hørselshemmede som oppsøker hørselssentralen for tilpassing av individuelle hjelpemidler, får tilpasset høreapparat. Høreapparat forsterker lyder til et hørbart nivå. Høreapparatet kan plasseres bak øret eller spesialstøpes for å passe i øret, og kan komme i forskjellige størrelser og fasonger. Mange mottar også varslingsanlegg for dør eller telefon, og hjelpemidler som kan benyttes i sammenheng med brannvarsling, telefonering og i samtale med flere (Laplante-Lévesque et al., 2010). Tekniske hjelpemidler forbindes ofte til flere ting som funksjon, deltagelse, identitet og meningsfullhet. I prosjektet blir tekniske hjelpemidler forstått som et tiltak til å bedre funksjonstap som i neste omgang er en forutsetning for økt aktivitet og deltagelse (Ness, 2011).

## **1.6 Disposisjon**

Innledningsvis i kapittel 1 ble prosjektets tema kort presentert. I kapittel 2 vil det bli gitt en generell introduksjon omkring forekomst av nedsatt hørsel og klassifisering av hørsel og hørselshemming. Ulike forståelsesparadigmer og teoretiske modeller av funksjonshemming er tatt med for å forklare hva det menes med begrepet *hørselshemming*. I tilknytning til prosjektets teoretiske referanseramme vil sentrale elementer fra hverdagslivsteori bli klarlagt. Det vil også bli lagt frem annen relevant teori som er grunnlagene for diskusjon i empiridelen. Dette er snakk om teori knyttet til identitet, stempling, og erkjennelse. Ut i fra prosjektets tema vil relevant forskning belyses avslutningsvis i kapittelet. Kapittel 3 vil inneholde en gjennomgang av hørselsrehabiliteringstjenesten med hovedvekt på verdigrunnlagene og systemet, og det vil bli belyst hvordan tjenesten i dag oppleves av brukergruppene. Valg av metode og begrunnelse for metodevalg vil deretter bli gjennomgått i kapittel 4. Funn fra analysearbeidet vil i kapittel 5 presenteres, og diskuteres opp mot tidligere litteratur, teori og relevant forskning. Avslutningsvis i kapittel 6 vil studiens hovedfunn oppsummeres og sammenfattes.



## 2 Bakgrunn og kunnskapsstatus

I dette kapitlet vil jeg gå nærmere inn på bakgrunn og kunnskapsstatus omkring hørsel og hørselshemming. Innledningsvis vil forekomst av nedsatt hørsel blant befolkningen i Norge bli presentert. Deretter vil klassifisering av hørsel og hørselshemming bli gjort rede for. Videre vil begrepet *funksjonshemming* bli introdusert, og dette er satt i kontekstuell sammenheng med begrepet hørselshemming. Denne presentasjonen gis for å kaste lys over hvilken innvirkning hørselshemming har i sosiale relasjoner i dagliglivet. Senere vil sentrale elementer fra hverdagslivsteori bli klarlagt. I lys av de funn som blir presentert i et senere kapittel, vil man se at prosesser knyttet til stigma og erkjennelse er sentrale årsaker for liten bruk av høreapparat. Ut i fra dette har jeg valgt å belyse relevante tema omkring identitets-, og stempelingsteori samt teori om erkjennelse. En oversikt over tidligere forskning som er av relevans for studien vil redegjøres for avslutningsvis.

### 2.1 Forekomst av hørselstap i Norge

Funksjonsnedsettelse av hørselssystemet kan forekomme i alle aldersgrupper, men eldre er spesielt utsatt. I 1995-97 ble det gjennomført en omfattende helseundersøkelse i Nord-Trøndelag, og som en del av undersøkelsen ble det foretatt en hørselsundersøkelse. I alt ble 51 200 deltakere hørselstestet. Undersøkelsen er blant de største i verden, og studien viser at andelen med mildt og betydelig hørselstap er 36,0 % blant den voksne befolkningen. I gruppen av personer mellom 20-39 år har totalt 16,8 % et mildt eller betydelig hørselstap, og hos personer mellom 40-59 år har 28,5 % et påvist hørselstap. Omfanget av hørselstap forekommer i 60,2 % av tilfellene i gruppen 60-79 år, og 91 % i gruppen over 80 år. Ut fra prosentandelen kan vi antyde at de fleste hørselshemmede er over 80 år (Tambs, 1998).

Det fremheves at mer enn  $\frac{3}{4}$  av landets 600 000 hørselshemmede har et rehabiliteringsbehov, og blant disse vil man anta at mange er eldre (Helse- og sosialdepartementet, 2002).

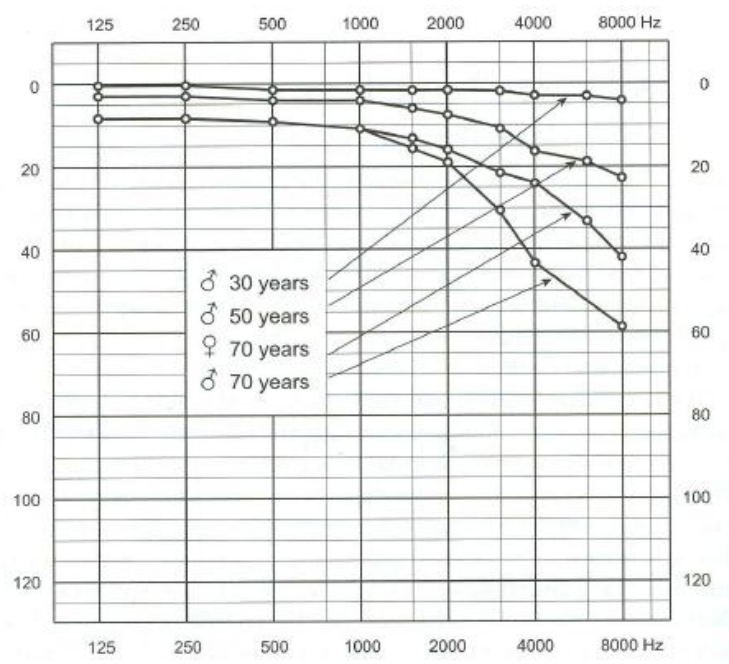
Blant Norges befolkning vil antall personer med en hørselshemming øke. Økningen skyldes trolig flere eldre i samfunnet og er relatert til bedre helse og flere leveår (Statens helsetilsyn, 2000). Det hevdes at andelen eldre over 67 år er forventet å bli mer enn fordoblet innen 2050,

og forteller oss at hørselsrehabiliterende tiltak i stigende grad vil bli etterspurt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

## 2.2 Klassifisering av hørsel og hørselshemming

Det finnes mange årsaker til nedsatt hørsel, men jeg vil først og fremst konsentrere meg om den vanligste hørselsdiagnosen hos eldre; presbycusis, også kalt aldersrelatert hørselstap. Aldersrelaterte hørselstap er typen hørselstap som forekommer hos de fleste eldre mennesker, men kan oppstå allerede i 30-40 års alderen. Dette skyldes at funksjonsevnen til øret og det sentrale hørselssystemet eldes med årene, og helt ubemerket begynner vi å høre dårligere. International Organization for Standardization har laget en standardisering som viser utviklingen av aldersrelatert hørselstap hos ulike aldersgrupper. Figur 1 illustrerer dette i et audiogram, og som vi kan se er det forskjeller mellom kjønnene. Menn får oftere dårligere hørsel enn kvinner. I hovedsak viser ISO 7029 gjennomsnittlige høreterskler for menn og kvinner i aldersgruppen 20-70 år, men for å forenkle bildet vises det frem på denne måten (Norges standardiseringsforbund, 2000). Hva som skyldes kjønnsforskjellene er foreløpig ikke fullstendig kjent (Arlinger et al., 2007).

**Figur 1:** ISO 7029. Fordeling av høreterskler som funksjon av alder satt opp i et rentoneaudiogram for personer i aldersgruppen 30-70 år, menn og kvinner. Et karakteristisk tegn på et typisk aldersrelatert hørselstap er tosidig symmetrisk fallende kurve i diskantområdet (Arlinger et al., 2007, s. 290)<sup>2</sup>.



<sup>2</sup> Nærmere forklaring av selve audiogrammet beskrives i kapittel 1.5 under "rentoneaudiometri".

Svært mange eldre er diagnostisert med kombinasjonen av aldersrelatert hørselstap og støyskade (Statens helsetilsyn, 2000). Aldersrelatert hørselstap oppstår som en naturlig del av alderen, mens støyskade skyldes påvirkning utenfra. Støyskade oppstår i situasjoner der en person har oppholdt seg i omgivelser med for sterk og langvarig lydbelastning. Skaden kan komme akutt av en enkeltstående kraftig impulslyd, men kan også utvikles gradvis ved langvarig lydeksponering over tid (Arlinger et al., 2007).

Eldre opplever også ofte å få tilleggsplager som øresus. Øresus framkommer med ulike grader av hørselstap. Øresus innebærer å høre lyder i ørene eller i hodet uten noen form for ekstern lydkilde, det vil si at det er personens auditive system som lager lydene. Fornemmelsen av øresus kan ha ulik karakter. For eksempel kan fornemmelsen av øresus oppleves tonalt eller som støy, og kan opptre kontinuerlig eller periodevis (Bixio et al., 2004).

Hvor alvorlig et hørselstap er klassifiseres i ulike kategorier. Klassifiseringen gir ikke nødvendigvis et representativt bilde av personens totale hørselsfunksjon, men likevel kan klassifiseringen gi en beskrivelse om hørselstapet er lett, moderat, betydelig eller meget betydelig (Gelfand, 2001). Verdens Helseorganisasjon klassifiserer ulike grader av hørselstap slik:

<b>Grad av hørselstap:</b>	<b>Gjennomsnittlig høreterskel:</b>	<b>Beskrivelse:</b>
0 – Ingen tap	25 dB HL eller mindre (beste øret)	Ingen eller små problemer med å høre. Klarer å høre andre hviske.
1 – Lett nedsatt	26-40 dB HL (beste øret)	Klarer å høre og repetere ord som blir sagt i normal tale fra 1 meters avstand.
2 – Moderat	41-60 dB HL (beste øret)	Klarer å høre og repetere ord som blir sagt med hevet stemme fra 1 meters avstand.
3 – Betydelig	61-80 dB HL (beste øret)	Klarer å høre tale når ordene blir ropt inn i det beste øret.
4 – Meget betydelig	81 dB HL eller større (beste øret)	Umulig å oppfatte tale selv om ordene blir ropt med høy stemme.

**Tabell 1:** WHO sin klassifikasjon av grader av hørselstap. dB HL = desibel hørenivå (World Health Organization, 1991).

### 2.2.1 Opplevelsen av å ha et hørselstap

Slik Helse- og Sosialdepartement (2002) definerer begrepet *hørselshemming* (jf. kapittel 1.5), får vi en forståelse av at det er hørselstapet som forårsaker hørselshemmingen. Vi får ikke noe entydig forståelse av hva det innebærer å være hørselshemmet. Dette vil bli synliggjort nærmere i de neste avsnittene.

Mellommenneskelig kommunikasjon krever at begge parter anvender samme system og felles symboler. De aller fleste personer som er født normalt hørende har lært å benytte talespråk for å formidle og motta informasjon. Når normalt hørende får en hørselsnedsettelse senere i livet kan mellommenneskelig kommunikasjon bli en utfordring. Problemene oppstår når personer ikke klarer å oppfatte lyder som vil gjøre det vanskelig å motta informasjon gjennom talespråk (Jones et al., 1984).

Graden og kurven på hørselstapet kan avgjøre om en hørselshemmet klarer å kommunisere med andre via talespråk. Dette skyldes at et aldersrelatert hørselstap vil gå utover oppfattelsen av spesielle språklyder. Denne hørselsdiagnosen vil ikke gå utover lavfrekvente språklyder, men vil gi problemer med å oppfatte lyse lyder. Vokalene i talespektret har mørke frekvenser og har lite å si for å høre meningsbærende ord. De viktigste meningsbærende ordene finnes i konsonantene. Disse språklydene er lyse og vil bli påvirket av hørselstapet (Gelfand, 2001).

Når hørselshemmede med diskanttap bare oppfatter vokalene i samtalen og ikke klarer å oppfatte konsonantene, kan det virke svært problematisk å forstå sammenhengen. Jeg vil vise et eksempel på en lydskrift med bare vokaler; ” *\_a\_ \_å\_ \_å\_ \_ei\_ \_i\_ \_u\_ \_e\_* . Personer med normal hørsel ville forstått setningen som: ” *Han kom for seint til bussen* ” (Bixo et al., 2004).

Ofte må hørselshemmede gjette deler av ordene i samtaler, og faren for misforståelser øker med størrelsen på hørselstapet. Eksemplet som ble vist, gjenspeiler hvor utfordrende det kan være å delta i samtaler. Aldersrelatert hørselstap forverres naturlig over tid, og opplevelsen av hørselshemmingen vil dermed endre seg. I den sammenheng vil hørselstapet gå hardere utover taleoppfattelsen. Endringene krever at hørselshemmede ofte må lære seg nye strategier for å lytte optimalt (Statens helsetilsyn, 2000). Et høreapparat vil forsterke frekvensområdet der hørselen er dårlig og vil øke evnen til å oppfatte tale, men hørselsproblemene kan likevel vedvare avhengig av personlige og sosiale ressurser (Helvik et al., 2008).

## 2.3 Teoretiske perspektiver på funksjonshemming

I denne delen av kapitlet vil jeg diskutere hva det vil si å være funksjonshemmet. Ulike forståelsesparadigmer av begrepet *funksjonshemming* kan i et kontekstuellet aspekt kaste lys over hvilke konsekvenser et hørselstap vil ha i eldres hverdag.

### 2.3.1 Forståelsesmodeller av funksjonshemming

Begrepet *funksjonshemming* kan bli forstått og tolket på ulike måter, både i en individuell- medisinsk, sosial og en relasjonell forståelsesmodell (Tøssebro, 2010).

Gjennom tidene har det vært debatter om hvilken forståelsesmodell som belyser funksjonshemming best. En individuell- medisinsk forståelsesmodell tar utgangspunkt i at en person er funksjonshemmet på grunn av skade eller lyte som en årsak for funksjonelle begrensninger og psykososialt tap. For en hørselshemmet person dreier denne forståelsesmodellen seg om at selve hørselsskaden er opphavet for at denne personen faller utenfor det språklige miljø. Den beste løsningen for å overvinne eller minimalisere konsekvensene av funksjonshemmingen blir å behandle skaden med for eksempel et høreapparat. Apparatet vil gi muligheten for å tilpasse seg i omgivelsene (jf. generell diskusjon hos Kassah & Kassah, 2009). I en rehabiliteringsprosess antyder rapporter at denne forståelsesmodellen er mye i fokus (Falkenberg, 2007; Helse- og Sosialdepartementet, 2002). Rehabilitering med fokus på den individuelle forståelsesmodellen vil bli tatt nærmere opp i neste kapittel.

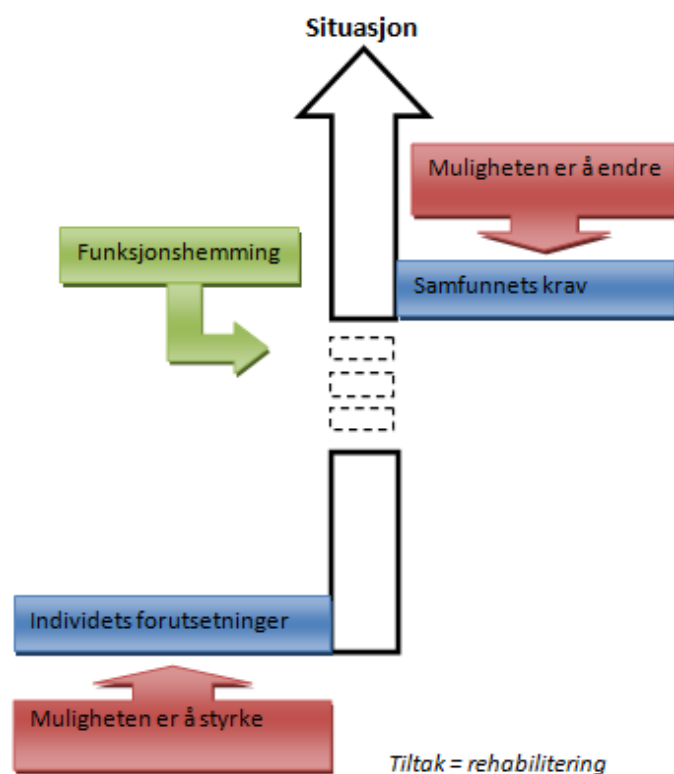
I lys av den individuelle forståelsesmodellen er oppmerksomheten rettet mot selve funksjonsnedsettelsen. Denne tar ikke hensyn til at omgivelsene kan være med på skape funksjonelle begrensninger. Dette er kritisert og har resultert i at det har blitt dannet en sosial forståelsesmodell. Fokuset er rettet mot hvordan forhold i omgivelsene påvirker personer til å bli hørselshemmet, og hvordan sosiale barrierer påvirker hverdagslivet. Det legges vekt på hvordan det fysiske miljøet er tilrettelagt for funksjonshemmede og hvordan funksjonshemmede opplever samfunnets holdninger. I den sosiale forståelsesmodellen er det ønskelig å utvikle samfunnsmessige ordninger som muliggjør sosial deltagelse for flest mulig (jf. generell diskusjon hos Kassah & Kassah, 2009).

For et par tiår tilbake ble det foreslått at en relasjonell forståelsesmodell skal være gjeldende i Norge. Denne forståelsesmodellen hevdes å være en brobygger mellom den individuelle og

sosiale forståelsesmodellen, og har en mer åpen forståelse av begrepet *funksjonshemming* (Hedlund, 2009). Ut i fra den relasjonelle modellen definerer regjeringen begrepet på følgende måte: ”*Funksjonshemming er et misforhold mellom individets forutsetninger og miljøets krav til funksjon på områder som er vesentlige for etablering av selvstendighet og sosial tilværelse*” (Arbeidsdepartementet, 1996). Funksjonshemming kan i denne modellen forstås å være gapet mellom individets forutsetninger og miljøets krav. Uten individrettede tiltak eller samfunnsmessige ordninger vil personer med funksjonshemninger få begrensede muligheter for å delta i en sosial tilværelse (Hedlund, 2009).

Figur 2 viser en skisse av hvordan funksjonshemming kan forstås i en relasjonell modell. Gap- modellen illustrerer hensikten med en rehabiliteringsprosess, som å gjøre gapet mindre med endring av personens forutsetninger og tilpasning av omgivelsens krav. Rehabilitering er en kombinasjon av flere tiltak, både individrettet og omgivelserrettet (Ness, 2011). Individrettede tiltak ovenfor hørselshemmede kan relateres til for eksempel hørselstekniske hjelpemidler, som høreapparat. Teleslynge og gode lydakustiske forhold i offentlige bygg er eksempler på samfunnsmessige ordninger tilpasset hørselshemmede (Helvik et al., 2008).

**Figur 2:** Illustrasjon av ”gap – modellen”. Modellen beskriver hensikten av rehabiliteringstiltak på individnivå, for eksempel hørselstekniske hjelpemidler og høreapparat (Kurtze & Hem, 2009).



I likhet med den medisinske og sosiale forståelsesmodellen har også denne modellen svakheter. Gap- modellen kan forstås slik at det dreier seg om enten individuelle tiltak eller omgivelsesrettede tiltak. Modellen gjør ikke tydelig det dynamiske samspillet som må til for at en person skal føle at hjelpemiddelet blir den riktige ”matchen”. Eksempelvis vil ikke en hørselshemmet føle at høreapparatet fungerer optimalt om ikke samfunnet etterfølger kravene om teleslynge på offentlige bygg. Modellen kan derfor misforstås dit hen at individrettede tiltak er tilstrekkelig for å utligne gapet. Eller omvendt; hvis omgivelsene er tilrettelagt optimalt, vil den funksjonshemmede fungere godt (Ness, 2011, s. 73).

### **2.3.2 Klassifikasjonsmodell av funksjon, funksjonshemming og helse**

Samspillet mellom kropp, aktivitet og deltagelse vil være nøkkelord for å få større forståelse av funksjonshemming. Jeg vil henviser til klassifikasjonsmodellen av funksjon, funksjonshemming og helse, som ble utarbeidet i 2001 av Verdens Helseorganisasjon. Klassifikasjonsmodellen beskriver hvordan de ulike forholdene påvirker hverandre i en kompleks prosess, det vil si hvordan kropp, aktivitet og deltagelse påvirker hverandre bio-psyko-sosialt. Mennesket er en sammensatt helhet, og sådan flettes de ulike prosesser inn i hverandre (Tøssebro, 2010). I neste avsnitt synliggjøres hvorfor en hørselshemmet kan føle problemer med å delta i sosiale settinger, som for eksempel i et familieselskap, og kan understreke betydningen av for eksempel høreapparat.

Hørselstap er en skade (kropp), og vil gi kommunikasjonsproblemer i det språklige miljø (aktivitet). Uten tilrettelagte tiltak (f.eks. høreapparat, teleslynge etc.) vil en person ha vansker med å delta i familieselskapet fordi han/hun ikke hører (deltagelse). Uten gode individuelle og samfunnsmessige ordninger vil vedkommende oppleve hørselshemmingen større enn om det ikke er tilrettelagt for tiltak.

Konsekvensene det medfører å ha et hørselstap kan oppleves ulikt, og vil variere for hver enkelt person. Imidlertid vil begrenset sosial aktivitet og deltagelse kunne føre til negative emosjonelle konsekvenser (Bautz-Holter et al., 2007). Sosiale og emosjonelle konsekvenser som kan oppstå i kjølvannet av hørselshemming vil bli drøftet senere i kapittelet.

Ut i fra de forståelsesmodellene som ble belyst, ser man hvordan ulike forhold kan skape en hørselshemming. Ifølge Kassah og Kassah (2009) har mennesker med funksjonsnedsettelse forskjellige barrierer og muligheter til aktivitet og deltakelse i møte med omgivelsene. Dette vil imidlertid avhenge av hvordan funksjonshemming blir tolket og forstått. For personer med

hørselstap vil både samfunnsskapt barrierer og den enkeltes skade ha betydning for aktivitet og deltakelse i hverdagslivet. Et høreapparat vil tilføre en ressurs, men en hørselshemmet vil samtidig være avhengig av at omgivelsene tar hensyn. Tilføring av et høreapparat, kan om vi ser i utgangspunkt av dette, gi forståelse innenfor både en individuell og rasjonell forståelsesmodell.

## 2.4 Hverdagslivet

Temaet for studien er valgt med tanke på å undersøke sammenhenger mellom to ulike instanser; hørselshemmedes hverdagsliv og hjelpemiddel. Til vanlig utforskes disse instansene hver for seg, men hos enkelte er hverdagslivet og det tilbudte et hjelpeapparat gir tett forbundet; prosessene inngår i ett hele. Dette prosjektet samler materiale om det mellomliggende, selve fundamentet bak den enkeltes opplevelse og erfaring. I dette tilfellet vil det relateres opp mot hvordan eldre opplever å ha et hørselstap, og hvordan sosiale prosesser som inngår i hverdagslivet påvirker bruken av høreapparat (Gullestad, 1989). Siden hverdagslivet til informantene er et av selve grunnlagene for prosjektet, vil det bli gått nærmere inn på sentrale elementer fra hverdagslivsteori.

Hverdagslivet er en viktig del av alle mennesker i samfunnet, kvinner og menn, barn og voksne. Begrepet blir ansett for å være diffust, og skyldes at den ikke har en konkret definisjon (ibid). Bech- Jørgensen (1994) fremhever likevel at det som kan defineres, er hverdagslivets betingelser og måter disse håndteres på. Analyser basert på dette tar utgangspunkt i hvordan ulike aktiviteter, relasjoner og prosesser i hverdagen gjenskapes og omskapes. Det som foregår i hverdagen er som oftest upåaktede handlinger og kan beskrives som alt det vi gjør, men som vi ikke legger merke til at vi gjør. Så selv om de er upåaktede, er de likevel ikke ubevisste; - en legger bare ikke merke til dem fordi de blir ansett for å være ”hverdagslivets selvfølgeligheter”. Selvfølgeligheter er hverdagslivets grunnleggende betingelse. Uten at handlinger skjer naturlig vil det ikke være noe hverdagsliv (ibid).

Gullestad (1989) beskriver to perspektiver som er relevant i sammenheng med dette prosjektet. Den ene dimensjonen går på den daglige organiseringen av oppgaver og virksomheter, og dreier seg om de aktivitetsmønstre og roller vi har i sosiale relasjoner med andre. Den andre dimensjonen handler om hverdagslivet som erfaring og livsverden, og kan bli forstått som opplevelsen av mening og hva som er viktig for den enkelte. Hverdagslivet



foregår på sosiale arenaer der vi opplever samvær, samhandling og mening i relasjoner med andre (Borg, 2009b).

I et rehabiliteringsperspektiv har dimensjonene på begrepet *hverdagsliv* en vesentlig betydning. De mønstre av upåaktede handlinger som skjer i hverdagslivet kan bidra til å understreke behovet for å sette fokuset vekk fra den teknisk- medisinske biten, som tar mesteparten av tiden i møte med hjelpeapparatet.

## 2.5 Identitet og stigma

### 2.5.1 Identitetsteori

Identitet handler om hvordan vi oppfatter oss selv og vårt selvbilde (Kassah & Kassah, 2009). Tidligere sentrale identitetsteoretikere hevder at vi skaper en identitet og et selvbilde i interaksjon med våre omgivelser (Mead, 1934). Identiteten og selvbildet blir påvirket i møte med andre mennesker fordi vi vurderer oss selv ut fra andres handlinger og reaksjoner (Kassah & Kassah, 2009, s. 42).

Gullestad (1989) fremhever at mennesket i det daglige streber etter å skape integrasjon og mening med livet. Mennesker oppnår dette ved å søke etter og forholde seg til en livsverden. Livsverden kan bli forstått som en helhetlig verden hvor kropp, tanke og følelse er involvert i alle menneskelige aktiviteter. Det vil si hvordan mennesker subjektivt ser på verden. Det å skape en livsverden blir det samme som skape en identitet. Når fokuset er rettet mot kroppslig abnormitet og mangler hos den enkelte kan en person føle at funksjonshemmingen går utover ens identitet og selvfølelse (Ravneberg, 2009). Flere hørselshemmede opplever hemmingen emosjonelt vanskelig, noe som synes å henge sammen med oppfattelsen av negative holdninger fra den hørende kultur. For mange føles det som en trussel mot egen identitet (Kvam & Tingvold, 2004). Blant personer uten synlig hemminger finner Magnus (2009) at enkelte personer i slike situasjoner tar snarveier, som ikke å fortelle om hemmingen for å beskytte seg selv.

Gjennom samhandling og kommunikasjon styrkes selvfølelsen og identiteten. Vi har kontroll over vår egen situasjon og klarer å mestre den. Kvinner og menn fyller forskjellige sosiale roller, men et hørselstap kan forandre dette samspillet. En hørselshemmet kan erfare tap av identitet fordi denne personen ikke lenger utfyller sin sosiale rolle på samme måte. Det kan på

grunn av dette være emosjonelt vanskelig ikke å ha like stor kontroll over situasjoner i kommunikasjonsammenheng (Statens helsetilsyn, 2000).

### 2.5.2 Stemplingsteori

Begrepet *stigma* er et negativt merke eller et stempel. Opplevelsen av å bli stigmatisert forklarer hva som skjer når en person har egenskaper som avviker fra det normale og konsekvenser dette kan føre til. Uttrykket er gammelt. Grekerne brant kroppslige tegn inn i huden på slaver, kriminelle eller forrædere for å vise noe uvanlig eller dårlig ved personene. Markeringen kunne vise at de hadde dårlig moral og skulle ydmyke og vanære personene det gjaldt. Begrepet stigmatisering viser til skammen av å være annerledes. Om vi tar utgangspunkt i et funksjonshemmingsperspektiv handler stigma i sosiale settinger om å kategorisere personer som ”normal” eller ”avvikende”. En funksjonshemmet kan anse seg selv innenfor den ”normale” gruppen, mens andre kan vurdere personen for å avvike ut over det normale på grunn av annerledeshet. Misforholdet som oppstår som følge av andres negative reaksjoner kan ødelegge de funksjonshemmedes selvbilde og identitet (Goffman, 1986).

Flere hørselshemmede uttrykker ubehag av å gå med høreapparat, og beskriver det stigmatiserende. Hørselshemmede ønsker å være på lik linje med alle andre, men bruker en person høreapparat så vil man lett kunne bli oppfattet som ”annerledes” (Kvam & Tingvold, 2004). Opplevelsen av å bli stigmatisert synes å påvirke flere yngre enn eldre. Likevel synes mange eldre også å være påvirket av situasjonen (Ness, 2011). Hvor sterkt enkelte vil ta til seg holdningene kan avhenge av størrelsen på hørselstapet. Det vil for eksempel være vanskelig for en person som er betydelig hørselshemmet å skjule tapet, og i slike tilfeller vil ofte den beste løsningen være åpenhet om hemmingen (Nævdal, 1992).

Ifølge Magnus (2009) er stigma en subjektiv følelse, som i realiteten ikke stemmer. Synliggjøring av funksjonshemmingen vil skape større forståelse fra omgivelsene, og oppleves bedre enn ikke å si i fra om ”problemet”.

Det har oppstått en diagnosedebatt på bakgrunn av blant annet opplevelsen av stigma. Et kontroversielt spørsmål er om tildeling av en diagnose er inngang til nødvendig hjelp eller snarere en påføring av et stigma. Diagnosen forteller ”hva som er veien” og kan i så måte fremheve retten til videre utredning og offentlig støtte (Tøssebro & Lundeby, 2002, s. 51). Om situasjonen ses på en annen side kan imidlertid tildeling av en diagnose prege hvordan

samfunnet ser på og tolker en person. Det kan likeledes prege hvordan den enkelte ser på og snakker om seg selv, som at diagnosen går utover selvbildet og identiteten (Tøssebro, 2010). Ut i fra dette belyser diagnosedebatten ulike sider av et aktuelt tema som bør vurderes i en rehabiliteringsprosess. En diagnose kan knytte til seg negative effekter, og kan oppleves stigmatiserende fordi den på forhånd har en belastende sosial mening. Et høreapparat kan for eksempel synliggjøre at en person er hørselshemmet. Dette hjelpemiddelet blir et stempel, og kan følgelig være et stigma som hindrer bruken av det. I stedet for å benytte seg av hjelpemiddelet kan noen føle det enklere å skjule hemmingen. Imidlertid, om situasjonen ses fra en annen side, kan tildeling av diagnose ha motsatt effekt. Det kan oppleves som en lettelse når omgivelsene har forståelse for ”problemet”, og vet hvorfor en person avviker utover det normale (Tøssebro & Lundeby, 2002; Magnus, 2009). De komplekse prosessene det kan skape av å synliggjøre eller la vær å synliggjøre hørselshemmingen er en utfordring i møte med hjelpeapparatet.

## **2.6 Betydningen av erkjennelse**

### **2.6.1 Teori om erkjennelse**

Erkjennelse handler om hvor presist vi kan oppnå sikker viten, og innebærer at sikker viten erverves gjennom erfaring (Birkler, 2005). Mange personer med hørselsvansker har ikke kommet til fasen av å ha erkjent hørselstapet. Dette kan skyldes at enkelte ikke *erfarer* å ha et hørselsproblem. Objektive hørselsmålinger vil synliggjøre om det foreligger hørselstap, og vil belyse om personer kan ha fordel av hørselstekniske hjelpemidler. Det er nødvendigvis ingen sammenheng mellom objektive målinger og sanseerfaringer. Våre sanseintrykk er vår primære kilde til kunnskap, dette fordi sanseintrykkene går forut fornuften. De forestillinger vi gradvis tilegner oss, er gjengivelser og sammenstillinger av våre sanseintrykk. I hovedsak innebærer erkjennelse det som forbinder det tenkende subjekt med det observerte objekt (Kvarv, 2010).

Vår bevissthet er knyttet til hva det er som erkjennes (ibid). Enkelte vil ikke erkjenne at de har et hørselstap, og dette kan bunne i frykt for stigmatisering (Biering-Sørensen et al., 1997). Et interessant perspektiv er grenseoppganger av erkjennelse. Tar man utgangspunkt i teorien om erkjennelse kan det diskuteres om folk ikke ønsker å forholde seg til et hørselstap og høreapparat på grunn av den stigmatiserende effekten, eller om de faktisk ikke opplever problemer med å ha nedsatt hørsel (Kvarv, 2010).

Erkjennelse vil skje når hørselstapet oppleves å gå utover den daglige fungeringen. Mennesket uttrykker følelser og mottar og formidler informasjon gjennom kommunikasjon med andre. Kommunikasjon gjør det mulig å opprettholde den sosiale kontakten med omverden. Ettersom det meste av kommunikasjonsoverføringen skjer via tale, vil det for hørselshemmede kunne by på utfordringer å høre dårlig. Belastningen det medfører vil få enkelte til å se behov for hørselstekniske hjelpemidler (Engelund, 2006). Disse belastningene det snakkes om er påvirkningene hørselstapet kan ha på sosiale og emosjonelle forhold, som for eksempel opplevelsen av ansenhet, anstrengelse, angst og nedstemthet (Kaland & Salvatore; 2002; Kvam & Tingvold, 2004; Jones et al., 1984; Erber & Scherer, 1999; McGlade & Solheim, 2003).

### **2.6.2 Sosiale konsekvenser av hørselstap**

Et hørselstap vil som nevnt, stenge en person utenfor det språklige miljø. Hørselsnedsettelsen vil naturlig virke inn på kommunikasjonsformene. Dette ses i så måte som en konsekvens av å høre dårlig (Grønlie, 2005).

Uavhengig om en person er oppmerksom på hørselstapet, kan hørselshemmede også oppleve å bli utestengt fra sosiale relasjoner på andre måter. Simpelthen fordi mennesker i sosiale sammenhenger kan ha vanskelig med for å forholde seg til personer det er noe ekstra ved, som hørselstap eller en annen funksjonshemming. Å utestenge noen fra sosiale sammenhenger er ikke nødvendigvis relatert til funksjonshemmingen, men kan skyldes usikkerhet. En person kan for eksempel bli usikker på hvordan han eller hun skal forholde seg til en hørselshemmet fordi vedkommende hører dårlig. Usikkerheten kan føre til at den andre personen vil trekke seg tilbake (jf. generell diskusjon hos Tøssebro, 2010).

Når en funksjonsvanske ikke er diagnostisert kan eldre med nedsatt hørsel bli forvekslet med kognitiv svikt eller begynnende demensutvikling. Bakgrunnen for dette er problemene det medfører å kommunisere med andre. Om en eldre person for eksempel ikke holder en avtale, kan andre tro at vedkommende har glemt beskjeden, mens i realiteten har ikke denne personen hørt. Noen svarer også feil på grunn av misforståelser. Opplevelsen kan skape reaksjoner hos samtalepartnere, og gi negative konsekvenser for den hørselshemmede (Lyng & Svingen, 2001). På den annen side kan personer velge å trekke seg tilbake av eget initiativ fordi deres funksjonsbegrensning oppleves å skape et sosialt problem (Tøssebro, 2010).

En annen sosial konsekvens er at det kan skape irritasjon for andre når noen ikke hører. I situasjoner hvor samtaledeltakerne ikke er likestilte kan samtalen bli betegnet asymmetrisk, for eksempel hvis den ene parten hører dårlig (Skollerud, 1991).

Hørselshemmede kan også oppleve at hørselstapet har stor påvirkning på fritidsaktiviteter, sosiale relasjoner og familielivet. Personer med progredierende hørselstap kan oppleve å bli mindre aktive i fritidsaktiviteter og flere kan unngå sosiale sammenkomster fordi det er slitsomt (Dalton et al., 2003). Mange er også redde for å dumme seg ut fordi de ikke lenger hører. De føler seg ikke like komfortable blant mennesker (Statens helsetilsyn, 2000), og etter hvert blir det vanskelig å holde på det sosiale nettverket (Halvorsen, 2005). I en studie av enkeltpersoners erfaring av å være hørselshemmet beskrives hørselshemmingen utmattende. Utfordringen av å lytte intenst for å delta aktivt i sosiale sammenhenger kan være svært energikrevende (Kvam & Tingvold, 2004). I situasjoner en person er erkjent og åpen om hørselstapet vil det være lettere å ta tak i utfordringene det medfører å være hørselshemmet (Engelund, 2006).

### **2.6.3 Emosjonelle konsekvenser av hørselstap**

Ved progredierende hørselstap vil personer være i en kontinuerlig tilpassningsprosess, og for svært mange kan tilpassningsprosessen være vanskelig å takle. Opplevelsen kan føre til emosjonelle plager fordi de ikke vet å mestre hørselstapet (Nævdal, 1992).

Tidligere forskning viser at hørselshemming kan medføre nedstemthet og depresjon (Sund, 1994). En årsak til dette kan skyldes begrenset mulighet for å gjennomføre daglige aktiviteter, som for eksempel å holde kontakt med venner og å drive med sosiale hobbyer (Ekeberg, 2007). Ifølge Helvik og kollegaer (2006) kan liten form for aktivitet og sosial deltakelse gi lavere sans for humor, og følgelig medvirke til mindre interesse for å ta kontroll over hørselshemmingen.

Det blir også belyst at enkelte hørselshemmede kan oppleve nervøsitet og angst (Sund, 1994). Jones og kollegaer (1984) finner de samme tendensene, og underbygger at hørselshemming kan forårsake plager av emosjonell art. Redselen for å svare feil på grunn av misforståelser, kan gå utover emosjonell velvære. Depresjon virker å forekomme blant de fleste eldre med moderat til svært betydelige hørselstap, og kommer av at funksjonstapet går hardere utover muligheten for å delta i sosiale sammenkomster. Opplevelse av redusert emosjonell velvære kan oppstå spesielt hos eldre som allerede er plaget av andre funksjonshemninger (ibid).

Enkelte funksjonshemninger er av eldre sett på for å være en del av aldringsprosessen. Dette relateres til hemninger som nedsatt hørsel, bevegelersvanser og synstap, og beskrives av eldre som ”den andre funksjonshemningen”. Ifølge litteratur blir fenomenet kalt for *sekundær funksjonshemning*. Dette er definert som gradvis eller plutselig forverring av den fysiske tilstanden, og som dermed blir en tilleggfunksjonshemming. Tilleggsplagene som kommer i alderdommen kan medføre utmattelse og livstretthet (Binder (2006, s. 8).

Det påpekes at eldre kvinner har lavere emosjonell velvære enn menn. De opplever trolig å være mer ensom og deprimert (Helvik et al., 2006). Grue (1998) mener at kjønnsforskjellene og opplevd psykososial helse kan komme av at kvinner har andre forventninger til integrasjon og sosialt samvær enn menn (i følge Halvorsen, 2005, s. 117). Disse funnene støttes også opp i studien til Kramer og kollegaer (2002), som finner at kvinner både er mer ensomme og har mindre mestringstro enn menn.

Hvor emosjonelt plaget en person er vil avhenge av den enkeltes evne til å mestre hørselstapet. Ifølge studien til Jones og kollegaer (1984) kan plagene avskaffes om den enkelte er erkjent med situasjonen og er åpen om hørselshemmingen til omgivelsene (Jones et al., 1984)

## 2.7 Tidligere forskning

Ofte ender hjelpemidlene i skuffer og skap, og gjennom tidene har det vært et stort tema om hvorfor høreapparat og andre hørselstekniske hjelpemidler ikke blir brukt. Innsikt i hva det skyldes vil kunne brukes av tjenesteapparatet som leverer hjelpemidlene til å forbedre tjenesten. Økt innsikt kan forbedre kvaliteten i arbeidet til hjelpeapparatet og gi den enkelte økt nytteverdi av deres høreapparater (Dijcks et al., 2006).

Det brukes store økonomiske ressurser til tildeling av hjelpemidler. Det tilpasses og tildeles i overkant av 40.000 høreapparater årlig (Gundersen & Lippestad, 2000), der flesteparten av høreapparatene går til den eldre delen av befolkningen (Breidablik, 1998). Nettsiden til Hørselshemmedes Landsforbund opplyser at cirka 200.000 nordmenn bruker høreapparat, men at flere kunne hatt god nytte av hjelpemiddelet (Hørselshemmedes Landsforbund, under overskriften ”høreapparatbruker”). Det foreligger ikke noe entydig bilde av i hvor stor grad tildelte høreapparater er i bruk (Gundersen & Lippestad, 2000). Likevel anslår forskning at mellom 1 – 30 % av antall utleverte høreapparat blir sjeldent eller aldri brukt (Bertoli et al.,

2009; Stark og Hickson, 2004; Vuorialho et al., 2006). Den store variasjonen kan blant annet skyldes at forskere har ulike definisjoner på hva det vil si å bruke hjelpemidler jevnlig, sjeldent eller aldri (Dijcks et al., 2006).

Mindre bruk av hjelpemidler oppleves oftere hos førstegangsbrukere, og kan skyldes et misforhold mellom forventningene til disse personene og faktiske utfall (Dijcks et al., 2006). Et høreapparat medfører ingen fullstendig gjenoppretting av hørselsskade, og høreapparatet er kun et hjelpemiddel til en delvis funksjonsbedring (Laukli, 1998). Urealistisk høye forventninger til høreapparat kan i så måte medføre mindre bruk av høreapparat. På den annen side er det også funnet at førstegangs høreapparatbrukere har lavere forventninger til høreapparat enn aktive høreapparatbrukere (Solheim, 2011).

En gjennomgang av tidligere forskning viser at det kan være andre og sammensatte forhold som forklarer avvisningen av høreapparat. Studier har funnet indikasjoner på at ubrukte høreapparat blant annet kan skyldes forhold hos personene selv, da for eksempel ikke alle personer med høreapparat har opplevelse av å ha problemer med hørselen. Dette kan ses opp mot Helseundersøkelsen i Nord- Trøndelag. I tillegg til at alle deltakerne ble hørselstestet, ble det i forbindelse med helseundersøkelsen også levert ut spørreskjema. Spørreskjemaene handlet om hørsel og subjektive plager knyttet til hørselstapet. Som nevnt ble det oppdaget at totalt 60,2 % av eldre mellom 60-79 år og 91 % av eldre over 80 år har et mildt eller betydelig hørselstap. Tross dette var det bare 27,9 % i gruppen 60-79 år og 39,2 % i gruppen 80 år eller eldre, som selv opplevde å være subjektivt plaget av hørselstapet (Tambs, 1998). Liten eller ingen høreapparatbruk kan skyldes at eldre har blitt presset av andre til å bli hørselsrehabilitert, men selv ikke opplever behov for høreapparat (Brooks, 1989).

Av det totale antall mennesker med nedsatt hørsel antas det at kun halvparten av disse vil kunne dra nytte av høreapparat. Dette har sammenheng med at milde hørselstap, som utgjør en vesentlig andel, ikke gir så store problemer i forhold til de problemer det medfører å benytte høreapparat (Laukli, 1998). At høreapparat ikke blir brukt kan også relateres til forhold ved selve hjelpemiddelet. Liten eller ingen høreapparatbruk kan også komme av at personer opplever liten effekt av hjelpemiddelet (Dijcks et al., 2006). Bertoli og kollegaer (2009) fant i sin studie at den største årsaken til liten eller ingen høreapparatbruk var knyttet til støyende forstyrrelser. Opplevelsen av ikke å ha behov, dårlig lyd kvalitet, ubehagelige bi-effekter som kløe, utslett, smerte og vanskeligheter med å håndtere høreapparat var andre årsaker som påvirket bruken av hjelpemiddelet. Deltakerne som sjeldent tok i bruk

høreapparat brukte det kun i spesifikke kommunikasjonssammenhenger, som for eksempel under konserter, i møte med familie og venner, og i kirken.

I en annen studie er det funnet at bruksfrekvensen av høreapparat er høyere enn antatt. Det ble intervjuet 83 eldre over 70 år uanmeldt hjemme fra et halvt år til et år etter de fikk tildelt høreapparat, hvor hensikten var å finne i hvilken grad hjelpemiddelet var i bruk og til nytte i dagliglivet. Nær 50 % av personene hadde apparatet i øret idet de åpnet døren og oppga at de brukte hjelpemidlet aktivt hver dag. Fire prosent var ute i stand til å finne det, og et mindretall på 16 % brukte ikke hjelpemiddelet i det hele tatt. De eldre opplevde å mestre de praktiske sidene av høreapparatet godt. De kunne plassere apparatet i øret, justere volumknapp og skifte batteri. Det ble funnet at høreapparatbrukerne var jevnt fordelt i alle grader av hørselstap. Imidlertid ble det funnet at flergangsbrukere, det vil si personer som har hatt høreapparat tidligere, brukte hjelpemidlet i større omfang enn førstegangs brukere (Breidablik, 1998).

Man kan anta at folk som ikke bruker høreapparatet er misfornøyde med hjelpemiddelet. Påstanden kan ses opp mot tidligere funn, som er gjort i forbindelse med en studie av Kochkin (2000). Det er funnet at 10,6 % som ikke bruker høreapparat er fornøyde med produktet, og 62,3 % bruker ikke høreapparatet fordi de er misfornøyde, mens resten stiller seg nøytrale. Dette synliggjør at liten eller ingen høreapparatbruk ikke har noe med at folk opplever lite behov for høreapparat, men er relatert til andre årsaker.

Hensikten med Kochkins (2000) studie var å finne ut hvorfor ikke høreapparat brukes. Nærmere 350 personer oppga flere og sammensatte begrunnelser; i alt 32 stykker. En sentral årsak for liten eller ingen høreapparatbruk er knyttet til forhold ved selve høreapparatet. Forhold knyttet til egenopplevelse/ikke behov, stigma og familiepress er også andre faktorer som spiller inn. Helt konkret oppgir flesteparten at liten eller ingen bruk har med opplevelse av at apparatet gir liten nytteverdi. Dette er den mest fremtredende årsaken, som til sammen oppgis av 29,6 %. De fleste begrunner det med at mange fortsatt opplever det vanskelig å forstå ord, på tross for bruk av hjelpemiddelet. Tjuefem prosent opplever høreapparatet ubehagelig å bruke på grunn av bakgrunnsstøy. Flesteparten av hørselshemmede opplever størst behov for lydforsterkning i støyende omgivelser, men deltakerne oppga at høreapparatet ikke var til hjelp i vanskelige lyttesituasjoner. Den tredje største årsaken til liten høreapparatbruk er relatert til tilpasning og komfort. Dette tilsvarte til sammen tilsvarte 18,7 %, og i hovedsak dreier det seg om at mange synes det er vondt og ukomfortabelt å ha høreapparatet på øret. Litt lenger ned på listen oppga 8 % at de ikke føler behov for



lydforsterkning og brukte derfor heller ikke høreapparat. Dette kan relateres tilbake til Laukli (1998), som påpeker at noen kan oppleve hørselstapet så mildt at de ikke føles behov for hørselstekniske hjelpemidler.

Det påpekes at det ikke er uvanlig å finne kandidater for tekniske hjelpemidler som nekter å tro at de har en hørselshemming (Brooks, 1989). Liten behov for høreapparat kan være personens egenopplevelse av situasjonen fordi de ikke føler seg subjektivt plaget av hørselstapet. Opplevelsen kan på den annen side være relatert til andre bakenforliggende faktorer som påvirker holdningene til disse personene. I en tidligere studie er det funnet sammenheng mellom ”vil-ikke/trenger-ikke høreapparat” og opplevelse av liten nytteverdi, og ”vil-ikke/trenger-ikke høreapparat” og problemer med bruk og stell av apparatet (Brooks & Hallam, 1998). Ifølge Gatehouse (2003) handler bruk av høreapparat mye om motivasjon og interesse for hørselstekniske hjelpemidler. Motivasjon og interesse blir ansett å være en vesentlig faktor for bruken. Det spiller stor rolle om en person har oppdaget og erkjent hørselstapet og ser et subjektivt behov for tekniske hjelpemidler. Sett i forhold til tidligere studier, virker negative holdninger og bortforklarende unnskyldninger å være et sentralt problem for liten bruk. Dette er også en utfordring som må imøtekommes av fagpersonell i rehabiliteringstjenesten (Gundersen & Lippestad, 2000).

En annen forklaring kan skyldes variasjoner land imellom samt oppfølging. Fallgruvene kan være hvordan organiseringen av tjenester til hørselshemmede er lagt opp i ulike land (Gatehouse, 2003). I Kochkins (2000) studie svarte 3,2 % at de ikke brukte høreapparat på grunn av dårlig oppfølging fra hjelpeapparatet. Ut i fra hvordan tjenestearbeidet belyses i rapporter kan man anta at skårprosenten er høyere i Norge (Helse- og sosialdepartementet, 2002; Lorentsen & Berge, 2003). Nærmere diskusjon omkring dette vil klarlegges i et senere kapittel.

Dette kan synliggjøre at bruk og nytte av høreapparat er koblet til hvordan arbeidet i hjelpeapparatet er tilrettelagt hver enkelt bruker. Tøssebro og Lundeby (2002) fremhever at mange med funksjonsnedsettelse opplever hjelpeapparatet som tungrodd. Ofte vil effektivitet og lønnsomhet stå i fokus, både i det private næringsliv og i offentlig sektor. Dette er faktorer som vil kunne påvirke kvaliteten av mottatte tjenester (Lorentsen & Berge, 2003).

I studien til Kochkin (2000) svarte 2,9 % at de ikke brukte høreapparat på grunn av at det oppleves stigmatiserende. Denne lave skårprosenten er motstridende sammenliknet med andre

studier, som finner at opplevelse av stigma er en vesentlig årsak til liten høreapparatbruk (Bolliger, 2012; Gagné et al., 2011; Ravneberg, 2009; Dijcks et al., 2006; Biering-Sørensen et al., 1997; Brooks, 1989). I en studie av Biering-Sørensen og kollegaer (1997) ble en gruppe eldre over 80 år stilt spørsmål angående kunnskap om, og holdninger til høreapparat. Selv om ingen av deltakerne hadde høreapparat trodde totalt 63 % at høreapparat kunne være nyttig. Imidlertid opplevde totalt 28 % av dem at høreapparat ”gjorde deg gammel”, og 62 % oppga at høreapparat burde være usynlig.

Svært mange opplever det flaut å gå med høreapparat. Det pekes på at høreapparatet er med å undergrave identitetsbyggingen til hørselshemmede, og at utformingen av hjelpemiddelet forklarer hvorfor de ikke ønsker å gå med høreapparat (Ravneberg, 2009). Høreapparat er et tegn på alderdom, og alderdom betraktes for noen å være et symbol på skrøpeligheit (Rørbye & Kirk, 1992). Opplevelsen av stigma synes å påvirke svært mange personer med hørselshemminger, og mange opplever situasjonen vanskelig. Likevel blir det nevnt at det i situasjoner er et bedre alternativ å bruke høreapparat enn å la være. Dette er relatert til at man uten høreapparat kan misforstås som å oppføre seg dum, ignorant eller uhøflig, og dette kan oppleves mer pinlig (Brooks, 1989).

Det kan også tyde på enkelte skaffer seg høreapparat uten selv å føle behov for det. Ifølge tidligere forskning kan press fra familie føre til lite bruk (Kochkin, 2000), og i en rehabiliteringsprosess vil dette gi dårlige utfall. En annen studie finner imidlertid ingen sammenheng mellom press fra familie og lite bruk av høreapparat. I denne studien ble det funnet at personer som ble motivert til rehabilitering, brukte hjelpemiddelet ofte (Breidablik, 1998). Dette peker på at den enkelte ikke må føle seg presset, men oppleve å bli motivert for hørselsrehabilitering. Engelund (2006) fremhever at jevnlig bruk av høreapparat vil være avhengig av om personer har kommet et stykke i erkjennelsesprosessen og ser behovet for høreapparat.

Til nå har det blitt synliggjort mulige forklaringer for liten bruk av høreapparat. Mitt bidrag vil være å kaste lys over hva disse årsakene skyldes. I en rehabiliteringsprosess må det tas høyde for at ulike faktorer og barrierer kan virke inn, og økt innsikt i hva det skyldes kan framskynde en dialog mellom bransjene (hjelpeapparat, hjelpemiddelleverandør og fabrikater). Dialogen vil inneholde en vurdering om hvorvidt fagfolk kan få personer til å bruke høreapparat (Kochkin, 2000).

### 3 Møte med hørselsrehabiliteringstjenesten

I dag finnes det ingen standardiserte nasjonale krav til innhold i en tidsavgrenset hørselsrehabilitering etter diagnostisering. Likevel er det et krav at alle skal ha rett til helhetlige og koordinerte rehabiliteringstilbud (Sund & Langmark, 1998). Personers rett til helhetlig rehabilitering gjelder for de som står i fare for å få varig funksjonssvikt eller de med allerede oppstått svikt. Rett til hørselsrehabilitering og annen rehabilitering ses i sammenheng med om brukerrettede tiltak kan redusere funksjonshemmingen. I dette vil inngå om brukerrettede tiltak kan fremme aktivitet og deltagelse (Bautz-Holter et al., 2007).

I starten av dette kapitlet vil jeg drøfte verdigrunnlaget for rehabilitering, sett opp mot forståelsesmodellene av funksjonshemming. Begrepet *rehabilitering* og *funksjonshemming* henger nært sammen, men de behandles hver for seg for å skape struktur. Deretter vil brukernes vei til og i systemet bli klarlagt, altså brukers vei i hørselsrehabiliteringsprosessen fra start til slutt. Relatert til organiseringen av systemet inngår det å fortelle litt om de ulike fagpersonene, som vanligvis er involvert i en rehabiliteringsprosess. En kunnskapsoversikt vil vise hvordan systemet oppleves å fungere for brukere av tjenesten i dag. Relevante lover og regelverk vil bli presentert underveis for å belyse hvilke rettigheter brukere har i møte med hjelpeapparatet.

#### 3.1 Kartlegging og utredning

Det er flere forståelser av begrepet *rehabilitering*. Innenfor sosial- og helsetjenester handler ofte rehabilitering om a) å gjeninnsette tidligere verdighet og stilling, eller b) å bli satt i funksjonsdyktig tilstand igjen (Bredland et al., 2011, s. 31).

I Stortingsmelding nr. 21 (1998-99) ”Ansvar og meistring mot ein helskapeleg rehabiliteringspolitikk” blir rehabilitering definert som (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998):

”... tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet”.

En helhetlig rehabilitering innebærer å vurdere forhold ved funksjonshemmingen fra ulike ståsted. Utgangspunktet for dette er at de enkelte skal fungere godt med sin funksjonshemming i et hverdagslig perspektiv. Tradisjonelt har helsesektoren fokusert på å gjenvinne funksjonsdyktighet, men senere har det blitt utviklet flere forskjellige rehabiliteringstradisjoner. Dette baserer seg på utviklingen av de ulike forståelsesparadigmer som er oppstått av begrepet *funksjonshemming*. Det ene perspektivet går på trening av funksjonsevne, det andre vektlegger like muligheter til å delta i samfunnet, mens det siste perspektivet fokuserer på indre prosesser. Perspektivene bygger på ulike verdisyn, og hver av dem har stor betydning for å kunne tilby en helhetlig rehabilitering. Hvilket verdisyn, menneskesyn, og etiske holdninger fagpersonell har i forhold til rehabilitering, er med å styre praksisen av tjenesten. Verdier og normer avdekker behovet for rehabilitering, effektiviserer samhandlingen og øker sjansen for at personer blir fulgt opp etter mottatte rehabiliteringstiltak. Perspektivene vil hver for seg gi ulike resultater, og har på hver sin måte en verdi for brukerne av tjenesten (Bredland et al., 2011). Målet med rehabiliteringen er å kunne fungere best mulig innenfor de rammer og muligheter samfunnet gir. Det handler om at funksjonshemmede skal ha muligheten til få økt livskvalitet og verdighet (Bautz-Holter et al., 2007). Det blir påpekt at det i en rehabiliteringsprosess kan være gunstig å veksle mellom perspektivene for å nyansere helhetsbildet, og med utgangspunkt i et rasjonelt funksjonshemmingsperspektiv vil det være nødvendig å bygge bro mellom rehabiliteringsperspektivene. Uten å gjøre dette, vil det ikke være snakk om helhetlig rehabilitering (Bredland et al., 2011).

Rehabilitering med vekt på trening av funksjonsevne dreier seg om å fikse funksjonstapet og å bli i stand til å mestre hverdagen og dermed bli mest mulig selvstendig. Dette perspektivet kan kobles opp mot den individuell- medisinske forståelsesmodellen av funksjonshemming. I en rehabiliteringsprosess med dette fokuset, blir det lagt vekt på trening av selve hørselstapet. Fagpersonell kartlegger hvilke ressurser og begrensninger brukeren har for å kunne delta i aktiviteter (ibid).

I lys av det foregående verdisynet tar hjelpeapparatet i en rehabiliteringsprosess ikke hensyn til forhold utenfor brukeren, og ofte behøver brukere tilrettelagte tiltak i omgivelsene for å fungere hørselsmessig. Den sosiale forståelsesmodellen av funksjonshemming synliggjør at omgivelsene er med på å skape funksjonshemmingen. Det vil si at omgivelsene hemmer personer i å utfolde deres livskraft, og reduserer muligheten for å delta sosialt og i samfunnet.

Fokus på tiltak utenfor brukeren skal gi personer tilgang og like muligheter til å delta på samme vilkår som resten av befolkningen (Askheim et al., 2010).

Et annet verdisyn i en rehabiliteringsprosess er fokus på indre prosesser, og dreier seg i hovedsak om å bearbeide emosjonelle prosesser som følge av funksjonstap. Personen skal klare å mestre den endrede livssituasjonen og lære å leve med sin varige funksjonsnedsettelse (Bredland et al., 2011). Når en hørselshemmet gradvis utvikler et hørselstap kan plagene bli sterkere over tid, og i slike tilfeller vil det være nødvendig å ta tak i de emosjonelle aspektene underveis i rehabiliteringsprosessen (Statens helsetilsyn, 2000). Under en tidsavgrenset rehabilitering bør helsepersonell skaffe kjennskap til hvordan den enkelte opplever å være hørselshemmet. Fagpersonell bør vite hvordan personens hørselstap påvirker daglige aktiviteter, både praktisk, emosjonelt og sosialt. Et slikt overblikk kan hjelpe en person å takle de emosjonelle prosessene det innebærer å ha et funksjonstap (jf. generell diskusjon hos Bredland et al., 2011).

## **3.2 Organisering og oppfølging**

I denne delen av kapittelet vil fagkompetansen innen hørsel klarlegges. Deretter vil det ideelle forløpet i en rehabiliteringsprosess fra start til slutt bli presentert. Dette synliggjøres fordi måten organiserings- og oppfølgingsarbeidet er lagt opp, kan påvirke utfallet av rehabiliteringen (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998).

### **3.2.1 Fagkompetanse innen hørsel**

Hjelpeapparatet innenfor hørselssektoren er satt sammen for å utfylle de instanser som en hørselshemmet har behov for. Hjelpeapparatet består av øre- nese- halsleger, audiografer, audiopedagoger, audioingeniører, logoped og tolk for døve, døvblinde og døvblitte. I møte med hjelpeapparatet tar øre- nese- halslegen seg av den medisinske undersøkelsen, en audiograf har ansvar for å gjøre nødvendige hørselsmålinger og tilpasning av hørselsteknisk utstyr, mens en audiopedagog kan bistå med råd og veiledning til hørselshemmede og pårørende. Audioingeniører kan stå for prosjektering av lydteknologisk utstyr, en logoped arbeider med personer som har språk- og talevansker, mens en døvetolk har praktiske ferdigheter i alle de kommunikasjonsmetoder som blir brukt av hørselshemmede og døvblinde (Gundersen & Lippestad, 2000). Fremstillingen av de ulike arbeidsoppgavene til hver av

yrkesgruppene er her noe forenklet, men er tatt med for å illustrere hvordan hjelpeapparatet innen hørsel er satt sammen.

Eldre har ofte en tendens for å tilpasse hørselstapet seg over tid, og selv om aktivitetsnivået reduseres, så godtar mange konsekvensene av det å eldes. Ut i fra dette kan det være fordelaktig å opprette en ansvarsgruppe som skal gi de enkelte muligheter for aktivitet og økt sosial velvære. Brukeren velger imidlertid selv om det er behov for å involvere et større tverrfaglig team i en rehabiliteringsprosess. Det er derfor ikke lovpålagt, men en god arbeidsform som anbefales. Ofte er det tilstrekkelig at ansvarsgruppen er involvert en kortere periode, mens en kontaktperson fortsetter kontakten med brukeren over tid (Statens helsetilsyn, 2000).

Hvilke fagpersoner som eventuelt blir involvert i en ansvarsgruppe er satt sammen etter brukerens ønsker, og er organisert etter brukerens spesielle og sammensatte behov. I en rehabiliteringsprosess vil disse fagpersonene ha mest behandlingskontakt med den enkelte. Sammen med brukeren skal teamet få et helhetssyn av situasjonen. Et helhetlig syn av situasjonen viser hvilke muligheter den enkelte har til å mestre hørselstapet (Bredland et al., 2011; Statens helsetilsyn, 2000).

Fagpersonene i ansvarsgruppen er likeverdige samarbeidspartnere, men én fagperson blir ofte utpekt til å være brukerens kontaktperson for å holde kontakten mellom den enkelte og hjelpeapparatet. Denne kontaktpersonen velges i samråd med brukeren (Statens helsetilsyn, 2000).

### **3.2.2 Den ideelle rehabiliteringsprosessen – fra start til slutt**

Idet behovet melder seg for å oppsøke fagkompetanse innen hørsel skal en person, ifølge regelverket, enkelt kunne finne fram til en koordinerende enhet for rehabilitering. I prinsippet skal tilbud om nødvendige helsetjenester gis på laveste effektive omsorgsnivå. Hver enkelt person skal uavhengig av geografisk bosted ha mulighet for å få tak i grunnleggende helsetjenester. Hjemstedskommunen til den enkelte skal sørge for at alle med behov kan få utført nødvendig helseundersøkelser. Ansatte i kommunen sitter med ansvaret for å framskaffe nødvendige virkemidler til rehabilitering, og har en viktig koordinerende rolle i rehabiliteringsarbeidet. Om det er behov for videre utredning og vurdering skal kommunen henvise videre til spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten kan tilby en tidsavgrenset rehabilitering, og kommunen skal sørge for at målene med tiltakene i rehabiliteringen blir

etterfulgt (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998; Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011).

Etter oppdaget behov for hørselshjelp, er det i første del av søkeprosessen vanlig å oppsøke allmennlegetjenesten i kommunen. Tradisjonelt er forløpet at fastlegen sender en henvisning til en øre-nese- hals lege i spesialisthelsetjenesten med indikasjoner for hørselstap.

Vedkommende blir satt på venteliste for videre utredning, og får etter hvert innkalling til time hos fagpersonell på høresentral eller privat hørselsklinikk (Statens helsetilsyn, 2000).

Hvis det er et ønske fra personens side å gå videre i en hørselsrehabiliteringsprosess, vil det ideelle være å samle sammen en gruppe fagpersoner til et team. Ansvarsgruppen skal i første fase kartlegge og innhente informasjon for å finne ut mer om personens funksjonsnivå, grad av funksjonsnedsettelse, ressurser og begrensninger. I løpet av prosessen behøver aktørene å få rede på flere faktorer. Det handler i en hørselsrehabiliteringsprosess om å oppdage hvordan et hørselstap og dets begrensninger påvirker den enkelte i en hverdagslig kontekst, og hvilke muligheter det finnes i forhold til brukerens ønsker og behov (jf. generell diskusjon hos Bredland et al., 2011). Et nyttig redskap for å systematisere rehabiliteringsarbeidet er klassifikasjonsmodellen for funksjon, funksjonshemming og helse. Komponentene fra klassifikasjonsmodellen kan brukes til å strukturere den enkeltes problem og muligheter, og kan gjøres enkelt ved å lage en skjematisk fremstilling av hvordan forholdene mellom kropp, aktivitet og deltagelse påvirker hverandre (Stucki et al., 2002). Et innblikk i hvordan omgivelsene virker inn på opplevelsen av å være hørselshemmet vil fortelle hvilke tiltak som bør iverksettes for å overvinne miljømessige utfordringer (Thornquist, 2009).

Neste steg i rehabiliteringsprosessen er at den enkelte sammen med fagpersonell setter opp konkrete og realistiske mål. Bredland og kollegaer (2011) fremhever at målene med rehabiliteringen skal belyse personens ønsker og behov. Sliter en eldre person med å delta i sosiale sammenkomster og ønsker å bedre dette, kan et langsiktig mål bygge på at vedkommende skal klare å delta i lek med barnebarna. Et kortsiktig mål kan være å bli kjent med høreapparatet og bli gradvis vant til lydforsterkningen.

Rehabiliteringstiltak(ene) skal velges ut i fra personens mål og muligheter, og tiltakene skal knyttes til de stedene personen opplever størst problemer i hverdagslivet. Utarbeiding av en individuell plan er et virkemiddel for å samordne tiltakene (ibid). Individuelle planer skal bidra til at brukere får en helhetlig, koordinert og individuell behandling, og er et virkemiddel

for å kartlegge den enkeltes mål, ressurser og behov. En individuell plan skal bidra til å styrke samhandlingen mellom hjelpeapparat og mottaker, og eventuelt pårørende. Tjenesteytere fra flere instanser er koblet sammen for å koordinere sine bistandsbidrag og skal utføres i tråd med behovene til personen som trenger hjelp. I hovedsak skal dette gi personer større trygghet, forutsigbarhet og innflytelse i rehabiliteringsarbeidet (Thommesen, 2010). Uten tilrettelagte planer må det ofte settes av tid og energi til å finne fram til de rette instansene på egen hånd, og hos enkelte oppleves dette som tungvint (Lundeby & Tøssebro, 2006). I planen er det gjort klart hvilke personer som står ansvarlig for gjennomføring av de ulike tiltakene og til hvilke tidspunkt. Gjennomføring av tiltak er en viktig fase i prosessen for å oppnå målene med rehabiliteringen. I eksempelet som ble vist om personen som ønsket å bli mer sosial aktiv i lek med barnebarna, vil vedkommende selv stå ansvarlig for gjennomføring av tiltak. Gjennomføring vil foregå på hans initiativ i en hverdagslig kontekst. Dersom det skulle være et behov for det skal kommunen bistå med nødvendig hjelp for at målene skal bli nådd, som for eksempel med hørselshjelpere (Bredland et al., 2011).

Hørselsrehabiliteringsprosessen skal være brukerorientert. Ifølge Pasientrettighetsloven (1999) er det en rett at personer skal få medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, som i dette tilfellet går innunder hørselsrehabiliteringstjenesten. Skal man finne fram til gode løsninger, må den enkelte få mulighet til å delta sammen med ansvarsgruppen (Bredland et al., 2011). Hensikten med rehabilitering er å få den enkelte til å fungere best mulig med sin funksjonshemming, som deltager i samfunnet og etter egne ønsker og mål (Bautz-Holter et al., 2007).

Etter at den tidsavgrensede rehabiliteringen er avsluttet må det vurderes om det er nødvendig å sette opp en oppfølgingsplan. Klarer brukeren selv og omgivelsene rundt denne personen å vedlikeholde oppnådde resultater på egen hånd vil det ikke være behov for det. Det vil på den annen side være avhengig av at tiltakene er godt nok tilpasset den enkeltes ønsker og behov. Er ikke planene gode nok vil målene med rehabiliteringen mislykkes. Det vil i så måte være viktig å evaluere og foreta nødvendige korrigeringer av tiltak og mål underveis i rehabiliteringsprosessen (Bredland et al., 2011). I lys av at en brukers faggruppe er ansvarlig for å følge en målrettet rehabilitering, er gruppen også pliktig til å holde kommunikasjonsforbindelsene tett til kommunen. Samarbeidet mellom instansene skal bidra til at de individuelle planene blir fulgt opp, og skal gjøre det mulig for brukerne å oppnå eller vedlikeholde deres mål med tiltakene (Helse- og sosialdepartementet, 1998).



### 3.3 Evaluering av dagens situasjon

Over tid har det blitt et økende fokus på rehabilitering. Rehabiliteringstilbudet har blitt styrket de siste årene, men synes fortsatt ikke å være tilstrekkelig (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998). Ifølge rapporten fra Helse- og Sosialdepartementet (2002) oppleves hørselsrehabiliteringstilbudet å være fragmentert og uoversiktlig. En rekke utfordringer vanskeliggjør situasjonen for brukerne av tjenesten, og selv om det har gått en stund siden rapporten ble offentliggjort påpeker Falkenberg (2007) at situasjonen er uforandret på en rekke områder.

Brukere opplyser at ventetiden på høreapparat er lang. Kvalitetskontrollen av høreapparattildelingen fungerer dårlig, og mange opplever under formidlingen å få mangelfull informasjon og opplæring. Konsekvensene av dette er at de enkelte ikke får tilstrekkelig nytte av høreapparatet, og i noen tilfeller blir ikke høreapparatet brukt i det hele tatt (Helse- og sosialdepartementet, 2002).

I en rehabiliteringsprosess er den viktigste aktøren *brukeren*. Selv om det er lovpålagt å la brukere få medvirke i egen rehabilitering så opplever flere å få liten innflytelse på valg og utforming av rehabiliteringstiltak. Et eksempel kan være at en hørselshemmet får utdelt høreapparat uten mulighet til å ta inn teleslyngesignaler selv om vedkommende åpenbart har behov for dette. Med forbehold om at hørselstapet holder seg uforandret, har ikke brukere rett til nye høreapparater før etter 6 år. De eneste rettighetene de har krav på er en prøveperiode. I prøveperioden kan enkelte risikere å måtte bruke tid og ressurser på å samordne tiltakene selv, og dette kommer av at systemet ikke er godt nok organisert. Ikke alle ønsker å bruke tid på å ivareta sine rettigheter, og således vil tilbudet gagne de sterke og svikte de svake (ibid).

Dårlig tilgjengelighet til hørselsrehabiliteringstjenesten oppleves også å være et problem (Lorensen & Berge, 2003). Folk vet ikke hvor de skal henvende seg for å få undersøkt hørselen (McGlade & Solheim, 2003). I lys av at eldre ofte er plaget av nedsatte livsfunksjoner på andre områder, vil det kreve mye egeninnsats for å orientere seg rundt til de rette instanser på egen hånd. Hos mennesket vil vår motivasjon ligge i det som betyr mest, så hvis personers funksjonstap ikke oppleves alvorlig nok, kan folk tenke at møtet med fagpersoner ikke er verdt bryet (Bredland et al., 2011).

I handlingsplan for funksjonshemmede (1998-2002) ønsket Hørselshemmedes Landsforbund å etablere et ensartet tilbud om hørselshjelpere i alle kommuner. Hørselshjelpere er aktive høreapparatbrukere som arbeider frivillig gjennom forbundet. Hørselshjelpere kan bistå med opplæring i bruk og stell av høreapparat, og kan gi råd og veiledning. I dag har ikke alle kommuner hørselshjelpere, men fokus på samhandlingsreformen har bidratt at politikerne har fått økt interesse for ordningen (Arbeidsdepartementet, 2002). På nettsiden til Hørselshemmedes Landsforbund (2012) opplyses det at Stortinget har besluttet å øke finansieringen til hørselshjelperordningen. Dette medfører at alle vil få likt tilbud om hørselshjelp, uansett bosted. Tilbud om hørselshjelpere vil ha stor nytteverdi for brukerne av rehabiliteringstjenesten, men for å lykkes med tilbudet må samarbeidet mellom fylkeshelsetjenesten og kommunen bedres. Indikasjoner viser at samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen er dårlig. Det kan tyde på at det er nødvendig å utforme rutiner for samarbeid mellom høresentraler og lokale hørselskontakter i kommunen (Helse- og sosialdepartementet, 2002).

Hørselsrehabiliteringstjenesten oppleves ikke bare fragmentert og uoversiktlig, men Helse- og sosialdepartementet (2002) belyser også at tjenesteapparatet mangler et helhetsperspektiv. Rapporter viser at tjenesteapparatet i stor grad er for medisinsk rettet. Framfor å vurdere forhold utenfor selve funksjonstapet bruker fagpersonell mesteparten av tiden til hørselstekniske målinger og tiltak (Danermark, 1998; Helse- og sosialdepartementet; 2002, Gundersen & Lippestad, 2000; Falkenberg, 2007). Årsaken til denne prioriteringen synes å skyldes mangel på tid og fokus på effektivisering av hørselsrehabiliteringsarbeidet. Likeledes kan prioriteringen skyldes dårlige pedagogiske evner og kommunikasjonskunnskap blant fagfolk. Tiltak vurderes forløpende etter objektive målinger, og blir behandlet deretter. En persons subjektiv opplevelse av behov blir tilsidesatt for tradisjonelle rutiner, som bygger på å bli i funksjonsdyktig stand igjen (Helse- og sosialdepartementet, 2002; Gundersen & Lippestad, 2000).

På bakgrunn av at det har floreret misnøye til hørselsrehabiliteringstjenesten i flere år, ønsket Bergseth (2007) å undersøke dette ytterligere. Ved hjelp av spørreskjema ble brukere av tjenesten spurt hvordan de opplevde første møte med audiograf, som ble ansett for å være deres nærmeste kontaktperson. Deltakerne i studien var tilknyttet syv forskjellige hørselssentraler i landet. Gjennomsnittlig alder var 68 år med standardavvik på 13,6 år. Resultater viste at møte med audiograf opplevdes svært positivt, og dette gjaldt særlig i

forhold til kommunikasjon mellom partene. I hovedsak opplevde deltakerne av studien et stort samtaleutbytte og hadde få samtalebarrierer. Ut i fra disse funnene vises det imidlertid til at enkelte ikke har hatt nytte av å gå gjennom en rehabiliteringsprosess, og det konkluderes med at det vil være nødvendig å finne ut hvorfor det oppleves slik.

Min studie kan bidra til å skaffe større forståelse av hva disse årsakene som Bergseth (2007) finner skyldes. Gjennom denne studien kan vi finne mulige bakenforliggende forklaringer, som ligger til grunn for at enkelte ikke nyttiggjør seg av mottatte hørselsrehabiliteringstiltak.



## 4 Metode

I forskningssammenheng blir begrepet *metode* brukt om den vitenskapelige fremgangsmåten for planmessig gjennomføring av en undersøkelse. Alle forskningsprosjekt skal redegjøre for valg av metode og tilnærming, og skal bli valgt ut fra problemstillingene (McGlade & Solheim, 2003).

I dette kapitlet vil det bli gjort rede for valg av metode som er tatt for å besvare prosjektets problemstilling. Første del av kapitlet vil inneholde begrunnelse for valg av kvalitativ forskningsmetode og individuelle intervju, deretter vil beskrivelser av utvalg, innsamling og analyse av datamaterialet bli presentert. Begrepene *validitet* og *reliabilitet* blir kort belyst. Avslutningsvis i kapitlet blir etiske vurderinger og en kort kritisk gjennomgang av prosjektet presentert.

### 4.1 Kvalitativ metode

Jeg har valgt å benytte en kvalitativ metode i innsamlingen og bearbeidelsen av datamaterialet. Bruk av kvalitativ metode vil gi større og dypere innsikt i et tema og er beskrevet som å være egnet for å innhente opplysninger om blant annet menneskers erfaringer, motiver og holdninger. Målet med forskningsprosjektet er å få innsikt i hvordan hverdagslivet med et hørselstap oppleves av de involverte selv, og hvilken innvirkning det har på nytten bruken av høreapparat. Prosjektet kan fremheve hvordan eldre opplever og erfarer det mottatte hørselsrehabiliteringstilbud, hva eldre tenker og forventer, og hvilken betydning hørselsrehabilitering har hatt for dem. Ut i fra dette så jeg det hensiktsmessig å bruke kvalitativ metode for å belyse prosjektets problemstilling (Kvale & Brinkmann, 2009; Creswell, 2007; Malterud, 2011).

Informantenes perspektiv står i fokus. Virkeligheten blir konstruert av personene som deltar i forskningen og som befinner seg i den aktuelle situasjonen. Forståelsen av virkeligheten er i stadig endring og utvikling. Nyere kunnskap kan derfor være med å utvikle rehabiliteringsarbeidet til den eldre brukergruppen. Gjennom kvalitative metoder vil vi få

dannet et helhetlig bilde av brukerens perspektiv, og vil komme frem ved et nært samarbeid mellom forsker og bruker (Postholm, 2010).

#### **4.1.1 Intervju**

Under innsamling av deltakernes erfaringer ble det gjennomført semistrukturerte intervju. Kvale og Brinkmann (2009) beskriver kvalitativ forskningsintervju som å forstå verden sett fra informantens side.

Under intervjuene ble informantene stilt spørsmål etter en intervjuguide. Alle planlagte spørsmål ble skrevet ned for å få god oversikt, og intervjuguiden hjalp med å holde intervjuet tilnærmet strukturert. Det ble stilt åpne spørsmål for få fyldige svar. Under intervjuene ble det oppdaget nye og spennende temaer som kunne tas opp med informantene, og dette ga muligheter for oppfølgingsspørsmål. Semistrukturerte intervju vil gi et subjektivt perspektiv på fenomenet og for å søke forståelse for hvordan eldre personer opplever og erfarer situasjonen av å ha en hørselsvanske, er det nødvendig å innta personens perspektiv. Strukturerte intervju oppleves å gi lite personlig spillerom, derfor ble semistrukturerte intervju valgt (Postholm, 2010).

I forkant av intervjuene ble det foretatt to prøveintervju. Den ene personen var en medstudent, mens den andre var en i samme aldersgruppe som informantene. Begge er mottakere av hørselsrehabiliteringstjenesten. Prøveintervjuene ble gjort for å vurdere spørsmålene i intervjuguiden og klarlegge om det måtte gjøres endringer før intervjuene startet.

Prøveintervjuene hjalp meg å være forberedt og tryggere under intervjuene.

Det var flere ting å ta hensyn til med tanke på intervjusted. Informantene bodde på ulike kanter av byen, og det kunne være vanskelig for alle å komme til et bestemt møtepunkt. For å sikre anonymitet var det av betydning å gjennomføre intervjuene i et lukket rom, slik at samtalen ikke kunne overhøres. I tillegg var det viktig å ta i betraktning at informantene hører dårlig, og intervjuene måtte derfor gjennomføres på en plass med lite bakgrunnsstøy. De ble bedt om å komme med forslag på hvor intervjuene kunne bli avholdt, og alle informantene ønsket å bli intervjuet hjemme hos seg selv. Intervjutidspunkt ble avtalt over telefon mellom undertegnende og informant.

Datainnsamlingen ble foretatt i februar måned 2012, og intervjuene varte cirka 60 minutter hver.

### 4.1.2 Intervjuguide

Intervjuguiden ble utformet med tanke på å få fram eldre menneskers opplevelse av og erfaring med å leve med en hørselsnedsettelse. Spørsmålene var relatert til hvordan eldre opplevde og erfarte hverdagslivet i møte med hjelpeapparatet *før* og *etter* endt tidsavgrenset hørselsrehabilitering. Hensikten i starten av prosjektet var å undersøke endringer etter tiltaket ble igangsatt, og om eventuelle forhold *under* selve hørselsrehabiliteringen hadde påvirket nytteverdien av tiltakene.

I intervjuene ble det stilt spørsmål om hvordan informantene opplevde situasjonen med å være hørselshemmet før behandling, og hvordan dette preget hverdagen deres nå. Spørsmålene var knyttet til hvordan hørselstapet påvirket praktiske, så vel som sosiale og emosjonelle forhold. Bakgrunnen for disse spørsmålene var å finne årsaker til hva som hadde fått informantene til å oppsøke tjenesteapparatet. Det ble også rettet fokus på hvordan informantene opplevde denne søkeprosessen. De erfaringene informantene ga her, var ment til å finne ut om informantene opplevde å bli ivaretatt og at tid, tilgjengelighet og tiltak var i samsvar med brukerens behov. I hvert intervju ble det spurt hvordan informantene opplevde hverdagslivet etter å ha vært gjennom en tidsavgrenset rehabilitering. Disse spørsmålene skulle belyse hvordan bruk av høreapparat eventuelt hadde bedret opplevelsen av å være hørselshemmet, og om mottatte tiltak opplevdes å gi mening.

Utformingen av enkelte spørsmål i intervjuguiden er hentet fra McGlade og Solheim (2003) sin intervjuguide. I deres studie ble hørselsrehabiliteringsbehovet hos eldre undersøkt, og spørsmålene baserte seg på hvordan sosiale og emosjonelle forhold oppleves å påvirke hverdagen til eldre personer. Årsaken til at jeg brukte enkelte spørsmål fra deres intervjuguide var at funnene i mitt prosjekt kunne sammenliknes med tidligere resultater. Andre spørsmål fra min intervjuguide ble hentet fra rapporter på feltet som er gjengitt i tidligere kapittel. Dette baserer seg på høreapparatbrukernes erfaring og opplevelse av rehabiliteringsprosessen.

Ifølge Materud (2003) er det anbefalt å vurdere spørsmålene i intervjuguiden underveis i intervjuperioden. Det ble derfor i løpet av prosessen kontinuerlig vurdert om det var nødvendig å endre eller gjøre om på spørsmål. Bakgrunnen for dette er at fokuset i kvalitativ forskning er rettet mot informantens perspektiv, noe som avgjør om tidligere antagelser fra litteraturen opprettholdes eller ikke. Noen antagelser kan bekreftes og andre avkreftes, men også nye forhold kan bli brakt inn i forskningsarbeidet. I fremstilling av datamaterialet kan vi

få ny forståelse av hvordan informantene i studien opplever og erfarer virkeligheten (Postholm, 2010). I tråd med dette så jeg, etter andre intervju at ulike prosesser i hverdagslivet er med å påvirke bruken av høreapparat. Det tydet på at forhold knyttet til motivasjon og tilgjengelighet hadde stor betydning om informantene tok i bruk høreapparat. Når disse funnene ble oppdaget ble to nye oppfølgingsspørsmål lagt til i intervjuguiden. Fullstendig intervjuguide ligger vedlagt (vedlegg 3).

Ved slutten av hvert intervju fikk informantene mulighet til å tilføye informasjon som ikke hadde blitt tatt opp i foregående spørsmål, og som informantene anså som viktig å belyse. Dette ble gjort for å sikre at noe ikke hadde blitt oversett.

## 4.2 Utvalg

Utvalget bestod av 5 eldre brukere, tre menn og to kvinner. Alle informantene er brukere av hørselsrehabiliteringstjenesten og går til samme høreentral. Informantene hører til den eldre brukergruppen og var på intervjuets tidspunkt mellom 71-91 år gamle. Flesteparten var over 85 år. Alle bodde i egne leiligheter med ektefelle, mens en holdt til alene i eldrebolig. Hver enkelt av dem har mottatt høreapparat og har hatt de i minst tre måneder før intervjuene fant sted.

Det understrekes at et tilfeldig utvalg i kvalitative studier kan svekke gyldigheten av funnene og derfor ble det satt kriterier for at informantene kunne delta i prosjektet (Malterud, 2011). Kriteriene for å kunne delta var som følger: Kandidatene skulle være kvinner og menn over 65 år, og alle måtte være førstegangs høreapparatbrukere. De skulle ha blitt utredet, fått tilpasset høreapparat og avsluttet behandlingen minst 3 måneder før intervju, og ha hatt høreapparatene i maksimalt 1 år. Personer med demens og alvorlig sykdom ble ekskludert fra undersøkelsen.

Bakgrunnen for at det ble satt en nedre aldersgrense var at deltakerne kunne gå innenfor den eldre brukergruppen. Etter fylte 65 år går mange personer inn i en livsendringsfase (MacFarlane, 2007, s. 234). Aldring innebærer endringer i menneskers tilværelse, og på et tidspunkt vil folk gå inn i en ny fase av livet; pensjonisttilværelsen. I tidligere studier av eldre kan man se at også andre har satt 65 år til en nedre grense (Solheim, 2011; Stephens et al., 2001). Dette kriteriet kan således oppleves anvendelig når annen forskning på feltet har gjort det samme.



Tidligere forskning påpeker at bruk av høreapparat blir stabilisert etter cirka 3-6 måneder. I hovedsak vil dette bety at kandidatene i løpet av et visst tidsrom har fått en mening om høreapparatene. En øvre grense ble også satt, og dette skyldtes at bruk av høreapparat over en lengre periode kan gi andre resultater. Jeg så det derfor mest hensiktmessig å sette disse kriteriene (Henrichsen et al., 1991; Kapteyn, 1977).

Ut fra inklusjonskriteriene ble det funnet 11 aktuelle intervjukandidater. I utgangspunktet var det ønskelig å intervju 6-8 personer, men av aktuelle kandidater responderte kun 6 brukere. En kandidat valgte å trekke seg fra prosjektet i ettertid, og er således ikke referert i denne studien.

For å få innpass til sykehuset ble audiografutdanningen ved Høgskolen i Sør- Trøndelag først kontaktet. Audiografutdanningen har kontaktlister over ulike høresentraler i Norge, og det ble diskutert om å søke privatpraktiserende hørselsklinikker framfor sykehus. Det oppleves at privatpraktiserende klinikker har den største andelen av eldre førstegangs brukere, men dette kan variere. Det ble først inngått et samarbeid med en privatpraktiserende klinikk, men på grunn av dårlig respons ble et av landets sykehus kontaktet. Forespørsel ble sendt skriftlig (vedlegg 1). Samarbeidet gjorde det mulig å få tak i informanter til prosjektet. Informantene ble hentet fram gjennom pasientregistrene, og ble kontaktet av helsepersonell. Undertegnende fikk fra helsepersonell, etter klarsignal fra utvalgte kandidater, tilgang til navn, telefonnummer og audiogram. Tillatelse om adgang til audiogram i dette prosjektet er gitt av informantene. Kontakt med informantene skjedde skriftlig via formelle brev og telefon, og brevene inneholdt et informasjonsskriv om prosjektet og samtykkeerklæringsskjemaer.

Et problem ved bruk av kvalitativ metode er å vite når prosjektet har tilstrekkelig data til å starte analysing. Det hevdes at 5-25 intervju er passende (Polkinghorne, 1989), men det er også påpekt at 3-10 intervju er tilstrekkelig (Dukes, 1984). Problemet med for mange deltakere er at datamaterialet blir for stort og tidkrevende å jobbe med. Ifølge litteratur vil det derfor være tilfredsstillende å avslutte når informantenes informasjon begynner å repetere seg under intervjuene. Under mindre forskningsstudier vil det også være tjenelig å velge lavest anbefalte antall personer (Postholm, 2010). I dette prosjektet følte det passende å intervju fem personer. Materialet fra intervjuene opplevdes å være dekkende for å få frem de enkeltes opplevelse og erfaring av hørselsrehabiliteringstjenesten.

## 4.3 Analyse og tolking

Datagrunnlaget består av transkriberte data fra intervju sammen med en refleksjonslogg. Refleksjonsloggen innebar egne tanker fra hvert intervju, men også inntrykk jeg sitter igjen med etter gjennomgang av lydopptak.

Studien baserer seg på en fenomenologisk tilnærming. Målet er å skaffe forståelse av eldre personers livssituasjon, også kalt livsverden. Livsverden omfatter personers opplevelse av hverdagen, og hvordan de enkelte forholder seg til den (Dalen, 2011). Skildringer om informantenes hverdagsliv skulle få frem de enkeltes erfaring og opplevelse av å leve med et hørselstap, og hvordan sosiale prosesser virker inn på bruken av høreapparat.

### 4.3.1 Transkribering

Etter tillatelse av informantene ble intervjuene tatt opp på lydopptak. Lydopptakene var et godt hjelpemiddel under transkribering. Intervjuene foregikk i løpet av tre dager, og transkriberingen forløp over en tid på to uker etter første intervju. Undertegnende gjennomførte intervjuene og transkriberte, og dette ble gjort ettersom det er anbefalt at en person gjør begge deler. Bakgrunnen for dette er at intervjuer gjerne husker betydningsfulle momenter fra intervjuene som kan virke uklare på lydopptak (Malterud, 2003).

I transkriberingsnotatene er informantene benevnt etter kjønn og årstall. Intervjuer er merket med bokstaven I. Kort pause er presentert med to prikker, mens lang pause er lik tre prikker. I noen tilfeller kunne ikke alle ordene identifiseres, noe som skyldes at informantene prater for raskt eller utydelig. Ord som ikke var identifiserbare vises i parentes med tidspunkt. Dialekter er blitt omformet på bokmål og har sammenheng med at informantene ikke skal identifiseres. Alle småord som ”hm”, ”eh” ble kuttet ut. Det blir imidlertid opplyst om informantene for eksempel ler, er i tvil, er usikker eller oppgitt. Denne typen informasjon kan belyse samspillet mellom informant og intervjuer (ibid).

### 4.3.2 Systematisk tekstkondensering

I analysering av datamaterialet har jeg valgt å benytte systematisk tekstkondensering som er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse og modifisert av Malterud (2003).

Analysearbeidet består i å skaffe et helhetsinntrykk over materialet, identifisere meningsbærende enheter, kondensere, og sammenfatte beskrivelser og begreper.

Fremgangsmåten er presis. I første del av analyseprosessen skal vi få et helhetsinntrykk av

datamaterialet (ibid). Jeg leste over transkriberingsnotatene og fikk et overblikk over materialet. Etter å ha lest så jeg at noen temaer utpekte seg. I andre del av analyseprosessen ble materialet sortert, og det ble gjort ved at meningsbærende temaer først fikk en fargekode hver. Fargekoden ga god oversikt over hvert tema. En matrise ble laget for å sortere temaene. Materialet i temaene ble kodet med beskrivende setninger fra informantene, som fremstilte tekstens innhold, og matrisen ga et systematisk overblikk. Det ble i denne delen funnet at samtlige temaer gikk over i hverandre, og at det ville være passende å finne en annen betegnelse på temaene slik at kodene passet bedre inn. I oppryddingen ble samtlige koder forflyttet. Temaene jeg først hadde når jeg laget matrisen var erkjennelse/opplevelse, holdning/innstilling, ytre påvirkningsfaktorer og vurdering av mottatte hørselsrehabiliteringstiltak. Etter sammenslåingen stod jeg igjen med tre overordnende temaer, kalt erfaring og opplevelse, individuelle barrierer og organisatoriske barrierer. Under hvert tema ble det lagt til ulike subgrupper. Disse temaene og subgruppene utgjør grunnlaget for struktureringen i empirikapitlet. Siste og avsluttende fase i analyseprosessen er å sammenfatte funnene i materialet til en sammenhengende tekst (ibid).

I fremstillingen av datamaterialet forteller hvert tema en utvalgt side av prosjektets problemstilling(er) og er hentet fra informantenes beskrivelser. Hvordan sosiale prosesser i hverdagslivet virker inn på bruken av høreapparat oppleves sammensatt fordi ulike forhold synes å henge sammen. For å kunne skape et overblikk er presentasjon av datamaterialet delt opp for å skape struktur.

#### **4.4 Etiske betraktninger**

Nyttig forskning vil komme samfunnet til gode, men det er likevel en rett å verne personer i forskningssammenheng. Det er et krav om at all vitenskapelig virksomhet skal reguleres etter overordnede etiske prinsipper som er nedfelt i lover og retningslinjer. I hovedsak handler god forskning om å bygge på gode etiske prinsipper (Dalen, 2011).

Prosjektet er forhåndgodkjent av regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk avdeling Nord- Norge. Vedlagt følger skriv fra REK (vedlegg 5). Komiteen har vurdert om forskningen fremstår som etisk forsvarlig og brukerorientert.

#### **4.4.1 Personvern**

Det er flere lover og retningslinjer å ta hensyn til ved et forskningsprosjekt. Relevante forskningsetiske betraktninger som bør bli trukket frem er informantens rett til informert samtykke og konfidensialitet. For å bevare brukerinteressene skal informantene ha informert og fritt samtykket. Det er et krav at alle informanter blir informert om prosjektet på forhånd, og i informasjonen inngår det at informantene skal få vite om deres rolle i prosjektet.

Kandidatene til prosjektet står fritt for å velge selv om de vil delta, og ingen skal føle seg presset til det. Informasjon om prosjektet skal være utfyllende og presist, og den skal være lett forståelig (Fossheim., 2009). I dette prosjektet ble alle intervju kandidatene først kontaktet av ansatte ved høresentralen til sykehuset pr. telefon, og denne fremgangsmetoden ble valgt for at de ikke skulle føle det som en tvang. De kandidatene som responderte positivt for å være med i prosjektet, ble kontaktet av undertegnende fortløpende. Utfyllende informasjon om prosjektet og samtykkeskjema ble sendt skriftlig. Senere ble kandidatene ringt opp og spurt på nytt, noe som skulle understreke at de fortsatt var interesserte i å delta.

I skrevet til deltakerne (vedlegg 2) stod det detaljert om prosjektets hensikt og formål, og hvilken rolle deltakerne ville ha i prosjektet. Det ble lagt tydelig frem at deltakelsen var basert på frivillighet, og at alle kunne på et hvilket som helst tidspunkt trekke seg fra prosjektet uten videre konsekvenser. I informasjonsskrivet ble det også fremhevet at det informantene sa ikke kunne føres tilbake til den enkelte. Denne informasjonen ble i tillegg gitt på nytt før intervjuets start. Samtykkeerklæring ble skrevet under før intervjuet startet, og dette ble gjort for å synliggjøre at informantene fortsatt ønsket å delta. Intervjuene ble tatt opp på lydopptaker. Det ble spurt om tillatelse til å spille inn intervjuene på denne før hvert av de enkelte intervjuene startet.

Av hensyn til konfidensialitet er det ikke presisert hvilke informanter som har sagt hva. Dette er etterfulgt ved at alle intervju personene omtales som ”informant”, ”han/hun”, ”deltaker” eller ”intervju person”. Før intervjuets start ble disse opplysning gitt på nytt.

#### **4.4.2 Oppbevaring av data**

Opplysninger i papirform ble i skriveprosessen lagret forsvarlig i et nøkkelskap på et innestengt rom. Alle personlige opplysninger på PC er passordbeskyttet, og bare undertegnende har tilgang til dokumentene. Ifølge reglementet til komité for medisinsk og

helsefaglig forskningsetikk vil all data i etterkant av prosjektet være lagret i fem år, og senere bli slettet.

#### **4.4.3 Konsekvenser**

Konsekvenser av prosjektet er vurdert. I tråd med forskningsprosjektets mål og hensikt oppleves ikke funnene i denne studien å ha negative konsekvenser for deltakerne av studien eller brukergruppen for øvrig.

### **4.5 Pålitelighet, gyldighet, og overførbarhet**

Spørsmål om pålitelighet, gyldighet og overførbarhet er viktig å ta i betraktning ved all forskning. Pålitelighet, gyldighet og overførbarhet handler om hvorvidt forskningen er reliabel, valid og generaliserbar (Malterud, 2011; Postholm, 2010; Kvale & Brinkmann, 2009).

Reliabilitet handler om i hvilken grad forskningsresultatene er troverdige. I et forskningsprosjekt er det ønskelig at funnene har høy reliabilitet. Reliabilitet i kvalitative forskningsprosjekt dreier seg ofte om at det skal være mulig for andre forskere å få samme resultat ved et senere tidspunkt. I dette prosjektet er reliabiliteten i intervjuene, transkriberingen og analysen vurdert. Det pekes på at en avgjørende faktor i analysering av datamaterialet er kvaliteten på intervjuene (Kvale & Brinkmann, 2009). Selv er jeg ingen erfaren intervjuer, og dette kan ha påvirket kvaliteten på intervjuene og gjort forskningsprosjektet mindre reliabel. Likevel er det blitt forsøkt å holde visse kvalitetskriterier under intervjuene. Dette kan begrunnes med at jeg under intervjuene forsøkte å være tilbakeholden for ikke å ha innvirkning på informantenes svar. Jeg spurte åpne spørsmål, og informantene fikk mulighet til å prate fritt. Hele tiden prøvde jeg å tolke svarene og stille relevante oppfølgingsspørsmål. Jeg prøvde å utelukke ledende spørsmål og fulgte opp spørsmål som var uklare. Når jeg transkriberte ble alle samtalene skrevet ordrett, med unntak av å unnlate småord som ”eh”, ”hm” og så videre. Direkte oversetting fra tale til tekst ble gjort for å styrke reliabiliteten i transkriberingen som hevdes å være en styrke for oppgaven (ibid). Etter det Malterud (2003) anbefaler, ble analysen av datamaterialet fulgt etter en strukturert prosedyre. Struktureringen skulle hindre at egne forhåndsoppfatninger fikk en for stor rolle.

Troverdigheten til funnene kan påvirkes i måten analysene blir fremstilt. Funnene i studien vil ha høy reliabilitet om de følger direkte siteringer av informantene (Creswell, 2007). I mitt forskningsprosjekt har jeg forsøkt å finne en gylden middelvei, både med hensyn til etiske betraktninger og for å få frem budskapet. Informantenes erfaringer og opplevelser er beskrevet med spesifikke og meningsbærende sitater, men for at meningsinnholdet i utsagnene skal komme tydeligere frem er sitatene i enkelte tilfeller modifisert. Det vil si at ikke- meningsbærende deler av utsagn er fjernet.

Validitet handler blant annet om at slutninger skal være korrekt utledet fra sine premisser og om at studien skal måle det som er til hensikt. Gyldighetsspørsmålet kan ikke besvares ved hjelp av beregninger eller andre prosedyrer som vanligvis brukes til validering i kvantitative metoder. I kvalitativ forskning kan studiets validitet vurderes på andre måter. Validitet kan bli vurdert i henhold til metodevalg (Malterud, 2011). Av begrunnelsene gjengitt tidligere (jf. kapittel 4.1) anså jeg kvalitativ tilnærming med semistrukturerte intervju som anvendelig for å besvare prosjektets forskerspørsmål. I et annen tilnærmet lik forskningsstudie har Bergseth (2007) valgt å benytte kvantitativ metode. Valg av lik metode ville i utgangspunktet gitt et godt sammenlikningsgrunnlag og kan være en svakhet i dette prosjektet. På en annen side kan vi få belyst om kvalitativ metode og individuelle intervju kan benyttes til innsamling av slike typer data. Validitet kan også vurderes av gitte kriterier for utvalg. I dette forskningsprosjektet er ikke informantene blitt vilkårlig valgt, men er tatt med fordi de har en tilknytning til tema i prosjektet. Sett dette i sammenheng kan man anta at prosjektet er valid.

Vurderes funnene i studien rimelig pålitelig og gyldig gjenstår spørsmålet om de er generaliserbare. Målet med forskning er at den kan overføres til et bestemt populasjonsnivå (Malterud, 2011; Kvale & Brinkmann, 2009). På den ene side bør funnene i denne studien være av faglig interesse for audiologimiljøet, og spesielt for de som arbeider med hørselsrehabilitering av eldre. På en annen side kan utvalget være for lite til at funnene kan generaliseres til å gjelde hele den eldre brukergruppen av hørselsrehabiliteringstjenesten. En dypere diskusjon om hvilke forbehold som må tas hensyn til ut i fra dette prosjektet blir tatt opp i avslutningskapittelet.

#### **4.5.1 Forskerens forforståelse**

I kvalitativ forskning skal informantenes beskrivelser stå i fokus. Imidlertid er forskningen til en viss grad påvirket av den som gjennomfører prosjektet. Den som gjennomfører

forskningen vil gå inn i prosjektet med en forforståelse til temaet, og forforståelsen vil preges av forskerens ståsted, faglig interesse, motiver og personlig erfaring. En forforståelse kan være nyttig for forskningsprosessen, men kan også ha negativ innvirkning på forskningsarbeidet fordi forskeren kan ha problemer med å se datamaterialet i nytt lys (Postholm, 2010; Malterud, 2003).

I dette avsnittet vil jeg belyse mitt ståsted og min interesse for forskningsprosjektet. Ifølge Malterud (2003) kan bevisstgjøring og orientering om forforståelsen forebygge at den som gjennomfører forskningsprosjekter påvirker analysens funn.

Min forforståelse og mine forventninger til prosjektets funn er basert på tidligere faglitteratur, forskning og personlige erfaringer. Jeg er nyutdannet audiograf og hørsel, hørselsomsorg og hørselsrehabilitering er mitt fagfelt. Min kunnskap til temaet er hovedsakelig basert på min treårige utdanning innen faget, men jeg har også relativt god kjennskap til forskning på feltet og faglitteratur. Under praksisperioder som inngikk i studiet fikk jeg inntrykk av og erfaringer med hørselsrehabiliteringstjenesten. Slik jeg opplever det skyldes liten bruk av høreapparat mangel på tid til å informere og veilede under rehabiliteringsprosessen.

#### **4.5.2 Kritiske vurderinger**

Under intervju- og analysearbeidet er det en fordel at flere er med i prosessen for å sikre reliabilitet til forskningsprosjektet. Det vil si at flere er med å tolke funnene for å sikre riktig forståelse av informantens beskrivelser. Det kan derfor være en ulempe at kun en person har gjennomført intervju og analysert datamaterialet, og dette må tas i betraktning (Malterud, 2011).

I intervjusammenheng vil forholdet mellom forsker og forskningsdeltaker være med å påvirke funnene til studien (Postholm, 2010). Under intervjuprosessen syntest det å være god dialog mellom begge parter. De aller fleste begynte å prate om temaet før jeg rakk å gjøre klar notisblokk og skru på lydopptaker. Jeg opplevde samspillet med informantene som bra, informantene fikk god tid til å svare på spørsmålene, og underveis ble det stilt oppklarende spørsmål for å bekrefte min oppfatning av svarene. Informantene opptrådte imøtekommende, men det er likevel svar som er mer utfyllende enn andre. Enkelte av informantene har også gitt mer beskrivende svar enn andre.

I dette forskningsprosjektet er Giorgis fenomenologiske analysemetode benyttet. Innenfor fenomenologiske tilnærminger skal kunnskapen baseres på informantenes erfaringer og opplevelser. Tilnærmingen krever at forskerens forforståelse blir tilsidesatt, men ifølge Malterud (2003) vil forskerens forforståelse alltid ha innvirkning på forskningsprosjektet. Det kan dermed være feil å kalle forskningsprosjektet for en fenomenologisk studie, og heller riktig å si at forskningsprosjektet baserer seg på fenomenologiske prinsipper.



## 5 Funn og fortolkninger

I dette kapittelet vil studiens funn bli presentert og diskutert. Analysene vil bli diskutert opp mot tidligere gjennomgått litteratur og annen relevant forskning. Studiens mål er å avdekke hvordan sosiale prosesser i hverdagslivet påvirker den enkelte til å bruke eller ikke bruke høreapparat. I tråd med studiens underproblemstilling vil eldres erfaringer og opplevelse av nytte for bruk av høreapparat belyses. Dette presenteres for å få synliggjøre hvilken betydning et hørselsteknisk hjelpemiddel kan ha, og utfallet av at det ikke blir brukt. Funnene og fortolkningene av disse kan klarlegge hvilken fokus fagfolk og hjelpesystem bør ha i møte med den eldre brukergruppen.

Ifølge funn i denne studien kan det tyde på at bruken av høreapparat er påvirket av prosesser knyttet til erkjennelse av hørselstap, stigma og forløp i søkeprosessen. De måtene informantene skildrer opplevelsen av å ha et hørselstap er sammensatt. Dette gjør også at forklaringene på liten bruk av høreapparat kan fortolkes på ulike måter.

I kapittelets første del vil informantenes vurdering av nytte for bruk av høreapparat bli presentert. Årsaken for at dette belyses helt i starten er fordi disse beskrivelsene kan gi større forståelse for hvorfor ikke alle høreapparat brukes. Kapittelets andre del vil inneholde fremstilling og diskusjon av informantenes individuelle faktorer. Den tredje og avsluttende delen vil innebære organisatoriske barrierer, som kan påvirke bruken av høreapparat.

### 5.1 Erfaring og opplevelse

I denne innledende delen av kapittelet vil studiens underproblemstilling besvares, og det skal tas tak i informantenes opplevelse av nytte for bruk av høreapparat. Innsyn i dette skal synliggjøre nødvendigheten av å møte den eldre brukergruppens helhetlige behov i en rehabiliteringsprosess.

Alle informantene synes bruk av høreapparat har hatt en praktisk betydning. De opplever bruk av høreapparat virkningsfullt ved å høre alarmer, fjernsyn og radio bedre. En informant sa:

*”Jeg merker at jeg hører trafikken på en helt annen måte. [...] Ambulansebiler eller utrykningsbiler for øvrig – jeg hører det, men når jeg har på høreapparatene så hører jeg det antagelig fortere og bedre. Det er jeg ganske sikker på.”*

Ifølge informantene har bruk av høreapparat også gitt en sosial nytteverdi. For noen av informantene har utarbeiding av hørselstiltak hjulpet dem å fungere bedre i hverdagen. En informant opplevde situasjonen problematisk før han fikk tilpasset høreapparat. Dette kom fram i følgende sitat: *”Jeg følte det litt irriterende ikke å fungere hundre prosent”*. I ettertid oppleves hverdagen bedre med bruk av tekniske hjelpemidler.

Beskrivelser fra informantene viser at bruk av høreapparat har hatt positiv betydning i forhold til *”konsentrasjon”* og *”velbehag”*. Apparatet har hjulpet informantene med å være mer avslappet i sosiale settinger, og det kan synes som at de føler seg lettet over å få kunne bruke mindre energi på å lytte. Det er ikke like slitsomt å følge med i samtaler med høreapparat, som uten. Nyten av høreapparat gjelder særlig i situasjoner der det er flere mennesker å forholde seg til. Erfaringene informantene beskriver kan bli belyst i følgende sitat:

*”Det er mer behagelig og avslappende å bruke høreapparatet nå. Jeg lider ingen nød hvis jeg ikke bruker det, men hvis jeg har det på meg merker jeg at jeg hører mye bedre. Fugler og sånt noe hører jeg mye bedre, men det er ikke sånn at jeg har problemer i tilværelsen uten høreapparat enda. Det er bare litt situasjonsbestemt. Det er opplagt at jeg hører bedre. Alle lyder og alt. Det er mer avslappende kan du si.”*

Johansen (2009) synliggjør at energibruken hos hørselshemmede er stor. Dette understreker at det kan være belastende i situasjoner når de må bruke all konsentrasjon på å lytte.

Mesteparten av konsentrasjonen går på å oppfatte meningsinnholdet i samtalen. Uten høreapparat opplevde en informant at hørselstapet gikk utover sosial velvære. Opplevelsen av å bli satt utenfor i sosiale sammenkomster på grunn av hørselstap var nær å gi denne personen emosjonelle plager. Forskning viser at et hørselstap kan gi emosjonelle plager i form av depresjon, angst, stress, mindre selvtillitt og sinne (Kramer et al., 2002; Backenroth & Ahlner, 2000; Kaland & Salvatore, 2002; McGlade & Solheim, 2003; Jones et al., 1984). Et høreapparat kan potensielt redusere disse plagene. Dette støttes opp av Bolliger (2012), som finner at hørselshemmede opplever å være mer avslappet i sosiale sammenhenger når de bruker hørselstekniske hjelpemidler. Det kan virke som at bruken av høreapparat gir økt sosial velvære, som igjen gir økt livskvalitet (Backenroth & Ahlner, 2000; Dalton et al., 2003). I

forhold til dette opplever noen av informantene at individuelle tiltak som et høreapparat har gitt stor nytte. Dette gjenspeiles i følgende sitat:

*”Jeg er glad jeg gjorde noe med det. [...] Hadde jeg ikke tatt ting i forkant er jeg overbevist om at jeg hadde blitt mer innesluttet og tilbakeholdende fordi at jeg ikke hadde klart å følge med”.*

Siteringen ovenfor står i kontrast til en annen som føler seg plaget av hørselstapet. En av informantene beskrev opplevelsen av å ha et hørselstap slik: *”Du blir litt isolert på en måte, siden du ikke klarer å følge med”.* På grunn av at denne informanten ikke har fått brukt høreapparatet særlig, synes situasjonen å være uforandret. Dette belyses når informanten forteller at det fortsatt er vanskelig å delta i aktiviteter, som når en gjeng sitter sammen rundt et bord og prater. Dalton og kollegaer (2003) fremhever at eldre ofte opplever sosial isolasjon som følge av hørselstap, og dette synliggjør en utfordring for fagpersonell.

De aller fleste informantene føler at høreapparatet har gitt større muligheter for å mestre vanskelige lyttesituasjoner. De føler større kontroll over hørselshemmingen når de bruker hjelpemiddelet, og i møte med familie og venner oppleves det enklere å delta i samtaler. Ifølge litteraturen skal følelsen av å ha kontroll legge opp til en mer sosial og deltagende person (Bredland et al., 2011), og nettopp dette belyser hvilken nytte det kan ha å tilpasse individuelle hørselstiltak for hørselshemmede. En informant opplever at bruk av høreapparat har hjulpet han å opprettholde gleden i livet, noe som kommer til syne i følgende sitat:

*”Jeg har alltid vært en person, som deltar i samtaler og har det moro. Hvis jeg hadde falt ut [i sosiale sammenhenger] ville livskvaliteten synke totalt. Det ville ikke bli bra. Jeg kan tenke meg at noen opplever det slik, men om du er med i prosessen fra [hørselen] begynner å bli dårlig vil du ikke føle noe problem.”*

Fordelene av å programmere inn hørselstekniske spesifikasjoner i høreapparatet er at en hørselshemmet kan høre betraktelig bedre (Krogstad & Laukli, 2007). En informant hevder at teleslynge er noe alle hørselshemmede bør ha programmert i apparatet. Når de befinner seg på steder det er montert teleslyngeanlegg kan de dermed benytte seg av dette ved å stille inn på et teleslyngeprogram i høreapparatet. Informanten synes denne spesifikasjonen er en selvfølgelighet fordi dette vil bedre kommunikasjon mellom høreapparatbrukeren og samtalepartner. Det mine data viser synliggjør at et hørselsteknisk hjelpemiddel kan ha positiv effekt for de som opplever å falle utenfor samfunnets ulike aktiviteter. Kurtze og Hem (2009)

tydeliggjør at tekniske hjelpemidler kan bidra for å bryte ut av en isolert tilværelse.

Hørselshemming kan medføre tap av kontroll i ulike sosiale sammenhenger. Dette skyldes at det er utfordrende å være sosial aktiv med et hørselstap.

*”Blant annet har jeg teleslynge, og det synes jeg er utrolig. Jeg har aldri hørt så godt som når jeg hører på teleslynge. Det er en velsignelse”.*

Alle informantene gjengir at de fungerer bedre hørselsmessig i noen situasjoner enn andre. Gode lyttesituasjoner er når informantene kan prate *”en-til-en”*. Generelt opplever informantene minst problemer i situasjoner når det er færre samtalepartnere å forholde seg til. Informantene beskriver ofte å falle utenfor en dialog der det er mye bakgrunnsstøy, og forteller at å oppholde seg i store forsamlinger og selskap uten høreapparat er svært vanskelig. Erfaringene som informantene her beskriver blir støttet opp i studien til Erber og Scherer (1999). I deres studie blir det synliggjort at enkelte opplever å fungere bedre i støyende omgivelser når de bruker høreapparat, enn uten (ibid). At dette også gjelder for informantene i min studie kan belyses i følgende sitat:

*”Når vi snakker normalt hører jeg godt, men når vi sitter fler og diskuterer rundt et bord henger jeg ikke med. Det er noe dritt og da bruker jeg dem.”*

Sitatet står i motsetning til Kochkins (2000) sin forskning, som finner at enkelte ikke bruker høreapparat fordi det gir liten nytte der det er bakgrunnsstøy. Informantene i min studie erfarer at det kan gi større nytte i slike situasjoner enn ikke å bruke hjelpemiddelet i det hele tatt. Likevel presiserer informantene at effekten av å bruke det i bakgrunnsstøy er situasjonsbestemt. Et stort selskap med klirrende kopper og mye folk oppleves verre enn om et mindre antall personer satt rundt et bord og snakket sammen. Dette belyses i følgende sitat: *”Når jeg er på senteret kan jeg nesten ikke bruke høreapparatet. Det er så mange stemmer, også klirrer det litt i kopper og glass. Det er vanskelig”*. Ut i fra at ørets dynamikkområde<sup>3</sup> vil bli dårligere i takt med hørselstapet kan høy lyd oppleves smertefullt med et høreapparat. En informant beskrev det som *”ubehagelig”* og så derfor ikke nytten av å bruke høreapparat i bråkete situasjoner. Dette kan imidlertid stemme overrens med tidligere forskning, som at liten nytte skyldes barrierer ved selve høreapparatet (ibid).

---

<sup>3</sup> Ørets dynamikkområde ligger mellom høreterskelen og smertegrensen av det vi tåler å høre (Gelfand, 2001).

En annen informant følte at hun ikke fikk nytte av høreapparatet fordi det blant annet ga en "skummel røst" når hun pratet. Informanten fikk tilpasset tosidig i-øret apparat, men bruker det sjeldent. Når hun opplever behov for lydforsterkning tar hun som oftest bare på ett apparat. Ifølge informanten preget det henne å få tildelt et høreapparat og ikke nyttiggjøre seg av det. Ut i fra sitatet nedenfor får vi en indikasjon på at det finnes individuelle faktorer og organisatoriske barrierer som påvirker bruken av tekniske hjelpemidler. Informanten uttalte følgende:

*"Det er vel egentlig vitsen at jeg skal bruke disse, selv om jeg føler at jeg ikke må. For at jeg skal vende meg til det. Jeg ser ikke på det som noe problem. Mitt problem er at jeg synes det er jobb å få det på seg. Det er problematisk, og så får jeg vond samvittighet hvis jeg ikke har fått dem på."*

I ulik grad beskriver alle informantene at høreapparatet har ført til nytte. Likevel er det nesten ingen som bruker hjelpemiddelet daglig. Noen av informantene begrunner dette med at det ikke føles behov for det. *"Jeg hadde greid meg bra uten [høreapparat]"*. Sitatet kan underbygge at informantene har faktorer eller barrierer i hverdagslivet som påvirker enkelte av dem til ikke å bruke hjelpemidler.

I en rehabiliteringsprosess vil det være flere forhold å ta hensyn til. Ifølge Heap (2012) må det bli tatt i betraktning at eldre mennesker har ulike verdiprioriteringer, varierende ressurser, og ulike mestringssevner- og måter. Det påpekes at fagpersonell må ha forståelse for at mennesker opplever tilsynelatende like problemer ulikt. Blir ikke dette tatt hensyn til vil trolig rehabiliteringstiltakene ikke fungere (ibid).

Informantene fremhever at de på hver sin måte har funnet løsninger for å fungere i hverdagslivet. *"Sier som Ingrid Espelid Hovig `så jukser vi litt`. Man finner naturlige løsninger i forhold til problemsituasjonen som er pr. den dagen"*. Informantene anser det som viktig å få kunne håndtere hørselsproblemene på sin måte, med eller uten høreapparat. Innvendingen blir tydeliggjort i dette sitatet: *"Du skal jo leve. [...] Jeg har mitt, også må andre finne ut av hvordan de vil løse det"*. Ingen av informantene er bekymret over at høreapparatet ikke brukes. Om noe skulle være misforstått er ikke disse plaget av å spørre om igjen. På samme måte sier en informant at det også er mulig å trekke seg tilbake om hørselshemmingen blir et for stort problem. Opplevs det slitsomt å følge med foreleseren

eller delta i samtaler, er den enkleste løsningen å bli passiv og ”å holde kjeft”. Disse beskrivelsene viser at informantene takler de dagligdagse problemene med hørselstapet ulikt.

*”Jeg må spørre; hva sa du? Jeg bryr meg ikke noe om det, altså. Jeg har vent meg til det. Man forandrer seg ettersom tiden går, så det må man bare akseptere at det er noen ulemper”.*

Det bør påpekes at informantene i denne undersøkelsen har lette til moderate hørselstap. Blant befolkning med større hørselstap kan enkelte oppleve større nytte for bruk av høreapparat. Det pekes på at personer med betydelige til alvorlige hørselstap trolig vil ha større nytte av individuelle hørselsrehabiliteringstiltak, som for eksempel høreapparat (Tesch-Römer, 1997).

I denne delen av kapittelet har informantene evaluert og gitt en vurdering av hørselstiltaket de har mottatt. I lys av de beskrivelser informantene har gitt, kan det synes som at de har fått stor nytte av høreapparat, både praktisk, sosialt og emosjonelt. Alle opplever å høre bedre i sosiale settinger, også når de skal se fjernsyn eller høre radio. I hovedsak virker det som at det har hjulpet dem å fungere bedre i hverdagen med et hørselstap. Imidlertid bruker nesten ingen av informantene høreapparatet, i hvert fall ikke daglig. Ut i fra informantenes beskrivelser kan det være flere grunner for dette, noe som vil bli tatt opp i de neste delkapittelene.

## **5.2 Individuelle faktorer**

For å få kunnskap om hvordan forebygge underforbruk av høreapparat eller andre tekniske hjelpemidler, må ulike forhold vurderes. Søkelyset rettet mot hvordan eldre personer opplever sosiale prosesser i hverdagen kan gi oss større forståelse av hvorfor ikke alle høreapparat blir brukt. Ifølge mine analyser synes funn å indikere at eldre er påvirket av individuelle faktorer. Dette relaterer seg til stigma og erkjennelse av hørselstap.

### **5.2.1 Opplevelse av identitetskrise og stigmatisering**

De personlige opplevelsene av å føle seg annerledes synes å være en viktig forklaring på hvorfor noen av informantene ikke bruker høreapparatet regelmessig. Begrepene *identitet* og *stigma* vil derfor være aktuelle for å forstå de komplekse sosiale prosessene som er knyttet til det å ha et hørselstap i et hverdagsliv.

En informant opplevde det vanskelig å sette ord på følelsene, men følte det ubehagelig å vise fram høreapparatene til omgivelsene. Bakgrunnen for dette skyldtes opplevelsen av at andre så negativt på ham som individ med et høreapparat. Ut i fra informantenes beskrivelser belyses det:

*”Jeg går på eldresenter og kjenner veldig mange som har høreapparat. Du har sikkert hørt at det er jævelig mange som sier de har høreapparat hjemme i nattbordsskuffen. De gidder ikke gå med det. Det er veldig alminnelig, og innvendingen er at de synes er guffent å ha det på seg”.*

I motsetning til Engelund (2006), som hevder at stigmatisering ikke kan være en forklaring på hvorfor enkelte avviser rehabiliteringstilbud, viser mine funn det motsatte. Stigma kan ha betydning, og dette er en personlig opplevelse som truer egen identitet og selvbilde. Tidligere forskning kan underbygge dette, da stigma er funnet til å være en sentral årsak for liten bruk av høreapparat (Bolliger, 2012; Gagné et al., 2011; Ravneberg, 2009; Dijcks et al., 2006; Stephens et al., 2001; Biering-Sørensen et al., 1997; Brooks, 1989).

Bruk av høreapparat er ment å fremme aktivitet og deltagelse, og skal være et effektivt virkemiddel på individnivå. Hjelpemiddelet skal gi personer mindre følelse av å være hørselshemmet, og skal redusere plagene knyttet til hørselstapet. I hovedsak skal bruk av tekniske hjelpemidler redusere avstanden mellom personers forutsetninger og miljøets krav (Ness, 2011). Selv om et høreapparat skal fungere effektivt for å fremme aktivitet og deltagelse, synliggjøres det at opplevelsen av stigma kan påvirke bruken av det (Biering-Sørensen et al., 1997). Ut i fra mine analyser kan det virke som at noen av informantene føler det ubehagelig å gjøre tydelig hørselshemmingen på grunn av truslene det fører mot selvbilde og identitet. Dette kan komme av at det i de vestlige landene har blitt mer fremtredende å utrykke en identitet gjennom livsstil. I dag blir vår identitet til ved å kommunisere med andre via måten vi lever på, og dette betraktes som å være symbolverdien for vårt levesett. Vårt levesett kan bli definert som økonomiske, organisatoriske og kulturelle aspekter å leve på (Gullestad, 1989). Sett i utgangspunkt av det som påpekes fra hverdagslivsteorien til Gullestad kan dette belyse en grunn for at høreapparat ikke blir brukt.

Hos informantene har utformingen på tekniske hjelpemidler betydning for bruken av høreapparat, og skyldes at de ikke vil ha et høreapparat som representerer aspekter ved personligheten som er negativ for informantens selvbilde og identitet. En informant opplevde

utformingen av høreapparatet som særlig viktig for at han skulle bruke det. Informanten virket tydelig opptatt av at hjelpemiddelet skulle være diskret, og la ikke skjul på at han anså seg selv forfengelig. Dette kan belyses i følgende sitat:

*”Jeg for gammel til å være det, men jeg er det, altså. Det er ikke noe å gjøre ved det. Jeg liker ikke å gå med sånne kladder i ørene. Jeg hadde vel vendt meg til det og gitt pokker`n etter hvert, men når proppen [til høreapparatet] er riktig støpt blir den borte. Ser ikke noe annet enn den tynne tråden, og det er jo helt suverent.”*

Ifølge Ravneberg (2009) har utformingen av hjelpemiddelene og måten de ser ut på, en påvirkning på hvordan samfunnet oppfatter den funksjonshemmede. Gjennom gjenstandene vi bruker reflekterer vi en livsstil. Det viser hvem vi er, og hvordan vi oppfatter oss selv (Hocking, 2000). Individuelle hindringer som følge av identitetskrise og stigma, synliggjør at tekniske hjelpemidler ikke bare fungerer som et redskap for å løse et praktisk problem. I en rehabiliteringsprosess vil en fagpersons virkelighetsforståelse ha stor betydning for hvordan disse problemene løses, og det vil være nødvendig å lytte til brukerens perspektiv (Ravneberg, 2009). Mine funn viser at utformingen av tekniske hjelpemidler er av stor betydning. Ifølge informantene kan det virke som at noen er opptatt av at høreapparat skal være mest mulig ”usynlig”. Den følelsen som påvirker deres identitet og selvbylde synes å prege at de aller fleste vil ha et diskret høreapparat, og utover dette skal et høreapparat dekke hørselsbehovet og være funksjonelt. Ravneberg (2009) fremhever at det ikke bare handler om at høreapparat skal være diskret. Det handler samtidig om at produktene skal være representativ for den enkelte person. Noen ønsker for eksempel å bruke ulike typer høreapparat for å endre representasjonen av seg selv fra dag til dag. Det kan oppleves som viktig for noen hørselshemmede å kunne skille mellom ulike farger på øreproppene etter humør, men det kan oppleves frustrerende når systemet ikke tar hensyn for enkeltes behov. Mange funksjonshemmede opplever ikke å identifisere seg med hjelpemiddelene de får utlevert. Utover å løse et praktisk problem, representerer ikke hjelpemiddelet hvem personen egentlig er (ibid).

Ulike brukergrupper ønsker flere varianter å velge mellom for å dekke deres behov, men hjelpemiddelsentralen har ikke klart å møte deres ønsker. Internt har formidlere sagt at en eldre person ikke vil vurdere estetikk i en hjelpemiddelutvelging (Ravneberg, 2009). Denne antagelsen er trolig feil, og belyses av funnene i min studie. Idet en hørselshemmet skal begynne å bruke et teknisk hjelpemiddel settes det følelser i sving, også hos eldre hvor enkelte



kan føle skam (jf. generell diskusjon hos Goffman, 1986). Et høreapparat bør kunne brukes hver dag, og for hørselshemmede vil gjenstanden bli sett på som et plagget. Plagget skal stå i stil med noe annet, og i så måte vil det være viktig at hjelpemidlet matcher en persons identitet (Ravneberg, 2009).

Det fremheves at hjelpemiddelleverandørene i løpet av de senere årene har innrettet seg etter brukernes ønsker (ibid), noe som kan avkrefte en mulig årsak på lite bruk av høreapparat. Dette kan snarere ha ført til at flere har tatt det i bruk. Ifølge informantene oppleves det som viktig at høreapparatene har forandret utseende, og har også betydning for de skal bruke hjelpemiddelet.

*Disse kara som lager høreapparater, alle er klar over at det er forfengelig bak det. Jeg tror det. For før hadde vi disse halve smultringer bak øret, vet du. Svære greier, og nå har de blitt mindre og mindre.”*

Det oppleves imidlertid å være variasjoner i hvor stor grad informantene er opptatt av estetikk. En av informantene opplevde ikke å være opptatt av forfengelig, noe som synliggjøres i følgende sitat: *”Jeg har aldri vært sånn forfengelig at jeg har syntes det var flaut med høreapparat”*. Dette underbygger at utformingen ikke er like viktig for samtlige eldre, men noe som bør bli tatt hensyn til i en høreapparatutvelging.

Følelsesmessig uttrykker en informant at bruk av høreapparatet preger hvordan andre ser på han. Dette gir en negativ følelse. Selv om informanten opplever å ha behov for høreapparat synes han det er vanskelig synliggjøre bruken av hjelpemiddelet, noe som vises i følgende sitat: *”Når vi har gjester har jeg veldig lyst til å ta på høreapparatene. Det har jeg, men da har jeg det der, ikke sant. Sitte med den kladden i øret, men det må jeg. Det må jeg overvinne. Jeg er nødt til det”*. Ekeberg (2007) påpeker at de emosjonelle reaksjonene av å ha en type funksjonshemming ofte er verre å takle enn å erkjenne og mestre det. Det litteraturen omtaler her, samsvarer godt med mine funn. Ifølge informantene kan det være følelsesmessig utfordrende å begynne med høreapparat. Dette kommer til syne i følgende sitat:

*”Du føler deg som en tufs. Aller helst vil du slippe å bruke høreapparat. Men, ellers har jeg rolig og pent blitt vant til at tiden går. Det er mye som forandres. Både til det bedre og til det verre”*.

Opplevelsen av å bli ansett som avviker kan sette personer utenfor i ulike sammenhenger (Dalland, 2010). Ofte bruker personer med ikke- synlige funksjonshemninger mye krefter på å usynliggjøre problemene ovenfor familie og omgangskrets (Magnus, 2009). Ifølge informantene er ikke hørselstapet et problem, men det er familie og nærmiljø som snakker lavt. Ifølge Gagnè og kollegaer (2011) er fornektelse og unnskyldninger en forsvarsmekanisme som enkelte tar i bruk for å beskytte seg selv. Dette kan belyse en forklaring på hvorfor ikke alle hørselshemmede vil innrømme hørselstapet på grunn av muligheten for å bli betraktet annerledes med et høreapparat. Hjelpemiddelet vil avsløre et problem og kan potensielt trigge forståelsen av andres syn på personen (Ravneberg, 2009).

Et eldre menneske med en type funksjonshemming kan inneha en dobbelt stigmatiserende posisjon (Thorsen, 2003). Dette inngår i det generelt negative synet samfunnet har på eldre. Alderdom forbindes hos mange med sykdom og svekkelse, hukommelsessvikt og demens. Hvordan enkelte i samfunnet assosierer begrepet *alderdom*, kan ha negativ påvirkning på personene det berører (Rørbye & Kirk, 1992). En informant sa følgende: *"Høreapparat kan bli for puslete for eldre, men så tror jeg også at mye [handler om] at det er flaut. De sier jeg har blitt gammel og begynt med høreapparat"*. Sitatet illustrerer at høreapparat ikke bare er et tegn på avvik, men også et symbol på aldring. Dette kan potensielt være en forklaring på at eldre ikke bruker høreapparat.

Det diskuteres om det å sette en diagnose på mennesker kan bidra til å stemple dem det gjelder. Ut i fra av at et hørselstap er en tilsynelatende nøytral, beskrivende og vitenskapelig diagnose, så spørres det om diagnostiseringen kan plassere personer i en allerede sosial belastende kategori (jf. generell diskusjon hos Lundebj & Tøssebro, 2006). Et høreapparat kan bli sett på for å være et stempel som synliggjør at en person har en hørselsrelatert diagnose. Stemplingen kan utpeke personer for å være sosiale avvikere, og som viser en annerledeshet ut over det samfunnet ser på som normalt (Dalland, 2010).

Det presiseres at vårt samfunn er krevende (ibid). Slik samfunnet oppleves i dag har de satt standarder for hva det vil si å være normal, og det skal lite til før et menneske føler å avvike fra samfunnets normer om det normale. I sosiale settinger blir det et spørsmål om det er noe i veien med personen eller om samfunnet i liten grad aksepterer ulikhet. Oppfatninger samfunnet har av hva som er normalt, kan være en grunn til at ikke alle ønsker å bruke høreapparat. Det kan oppleves som et dilemma for hørselshemmede om de skal bruke eller la være å bruke høreapparat. På den ene side har de et behov for høreapparat for å fungere

normalt i hverdagslivet og uten et høreapparat vil de bli satt utenfor det språklige miljø, men på en annen side kan enkelte føle at det skaper et identitetsproblem (jf. generell diskusjon hos Magnus, 2009; Dalland, 2010). Dette dilemmaet synliggjør en utfordring som fagpersonell må imøtekomme.

En informant opplevde det positivt å synliggjøre bruken av høreapparat. Han opplever det flaut å spørre - *"hva sier du?"*. Denne personen opplever i større grad å bli sett negativt på når han *ikke* bruker høreapparat. Uten høreapparat må informanten spørre flere ganger om igjen, og i slike situasjoner opplever han at folk blir usikre. Når informanten synliggjør bruken av høreapparat opplever han at flere tar hensyn og gir større forståelse for hørselshemmingen. I det daglige oppleves det som viktig for han å ha gode relasjoner til andre mennesker. *"[Uten høreapparat] må du sitte temmelig nær samtalepartnere for å høre hva de sier.. også registrer du at ikke alle setningene. Det irriterte meg grenseløst"*. Å komme opp i slike situasjoner følte informanten dumt, og i så måte hevdet han at det var en bedre å bruke høreapparat, i stedet for å skjule eller benekte hørselsvanskene. Informanten uttalte i forbindelse med dette:

*"Jeg har såpass hjerne at jeg forstår disse tingene er kommet for å bli. De lå der og venta på meg. Så fort jeg begynte å se dårlig så kjøpte jeg briller, ikke sant. Sånn er det bare."*

I lys av diagnosedebatten, underbygger mine funn at det kan være virkningsfullt å gjøre synlig "problemet". For personer med såkalte ikke- synlige hemninger, kan dette bidra til at andre tar hensyn (Tøssebro & Lundeby, 2002).

I studien til Bolliger (2012) belyses det at pårørende og omgangskrets er positive for bruk av høreapparat dersom det kan hjelpe personen som hører dårlig. Det ble i denne studien undersøkt betydningen av hørsel på ulike områder i livet hos personer over 45 år. Totalt deltok fire grupper. Gruppene bestod av aktive høreapparatbrukere, hørselshemmede uten høreapparat, pårørende og en kontrollgruppe med normalt hørende. Studien ga flere interessante resultater. Gruppen med aktive høreapparatbrukere opplevde personlig å få positive reaksjoner på bruk av høreapparat. Positive reaksjoner fra andre ga gruppen større selvtillitt til å bruke høreapparat. Ikke- høreapparatbrukerne opplevde bruk av høreapparat flaut. Disse deltakerne mente andre ville oppfatte de negativt hvis de synliggjorde hørselshemmingen.

Sett i et helhetsperspektiv kan enkelte hørselshemmede mene at et synlig høreapparat vil belyse en negative ved dem selv. Likevel kan konsekvensene av å usynliggjøre hørselsvanskene forverre problemene knyttet til opplevelsen av stigmatisering. Uten høreapparat vil ikke annen person forstå hvorfor en hørselshemmet ikke hører. Det kan derfor trolig oppleves som bedre å vise fram hørselshemmingen med et høreapparat. Når omgivelsene vet hva problemet er kan dette redusere usikkerheten. Bruk av tekniske hjelpemidler kan bidra til at personer blir tatt større hensyn til fordi man får et synlig bevis på et funksjonstap (jf. generell diskusjon hos Tøssebro & Lundebj, 2002).

Ut i fra dette kapitelets første del finner man at årsaker til liten bruk av høreapparat er relatert til stigma og opplevelsen av identitetskrise. Disse individuelle faktorene virker å ha en relativt stor innvirkning i eldres hverdagsliv, og er en hindring som kan være vanskelig å overvinne. Samtidig belyses det at det enkleste kan være åpenhet. Ifølge Backenroth og Ahlner (2000) kan rådgivning under rehabilitering være effektive tiltak for å overvinne noe av stigmatiseringen. Det konkluderes med at rådgivningssamtaler under rehabilitering kan bidra til at personer blir mer komfortable med bruk av høreapparater. Fokus rettet mot psykososiale forhold hjelper den enkelte til å bli tryggere på seg selv. I forhold til deltakerne som deltok i studien, turte de å si ifra om hørselshemmingen. Åpenheten førte til at de fikk støttende tilbakemeldinger fra nærmiljø.

### **5.2.2 Erkjennelse**

Flere av informantene uttrykker at de har hatt lite behov for hørselsrehabilitering, og dette er noe som synes å ha ført til mangel på motivasjon og interesse for bruk av høreapparat. Funn i denne studien viser at eldre bør komme et stykke i erkjennelsesprosessen idet de bestemmer seg for å kontakte hjelpeapparatet. Egenopplevelse av behov for høreapparat indikerer en person er oppmerksom på de negative sidene ved hørselstapet, og kan gi større motivasjon og interesse for høreapparat (Kaland & Salvatore, 2002).

Tre av fem informanter opplever ikke hørselstapet subjektivt plagsomt. Informantene synes ikke at det er et stort problem å høre litt dårlig. Hos de aller fleste er ikke hørselshemmingen det sentrale i hverdagslivet fordi det er en naturlig prosess i alderdommen. Ut i fra objektive målinger kan dette være vanskelig å forstå. Audiogrammene (vedlegg 4) viser at de kan ha objektiv nytte av høreapparat. Laveste gjennomsnittsverdi er på henholdsvis 33 dB HL høyre øre og 35 dB HL venstre øre, som tilsvarer et lett nedsatt hørselstap. Høyeste

gjennomsnittsverdi er på 50 dB HL høyre øre og 47 dB HL venstre øre, og tilsvarer et moderat hørselstap. Gjennomsnittsverdiene er tatt ut i fra kategoriseringen av hørselstap i tabell 1 (jf. kapittel 2.2). Det mine funn viser kan underbygges i tidligere forskning, som belyser at det ikke er sammenheng mellom objektiv og subjektivt behov for hørselstekniske hjelpemidler (Tambs, 1998). Ifølge Brooks (1989) blir de samme tendensene bekreftet, og det ble konkludert med at hørselstap kan oppleves mindre belastende enn forventet. Hva det skyldes og som har ført til at noen av informantene likevel har valgt å gå gjennom en hørselsrehabiliteringsprosess blir tatt opp senere.

De følelsesmessige reaksjonene av å erkjenne et kroppslig problem er ofte sterk, og kan føles verre for personer med oppdaget kronisk sykdom eller skade. Enkelte kan få spesielt sterke reaksjoner hvis sykdommen eller skaden er synlig. Dette fordi at det kan oppleves å gå mot egen identitet og selvfølelse (Ekeberg, 2007). Hørselstap er ikke en synlig skade, men et høreapparat vil eksplisitt vise at en person er hørselshemmet. Som tidligere belyst i kapitlet, angående identitet og stigma, kan dette være en forklaring på hvorfor enkelte synes det er vanskelig å erkjenne hørselstap. På den annen side kan det også være andre faktorer som spiller inn og dette vil bli gått nærmere inn på i løpet av dette delkapitlet.

Erkjennelsesprosessen kan ta lang tid, og det kan være vanskelig å akseptere seg selv som hørselshemmet. Påkjenningen av å misforstå eller gi upassende svar kan etter hvert bidra til at personer innser hørselstapets konsekvenser og blir erkjent med hørselshemmingen (Engelund, 2006). Har enkelte personer funnet unnskyldninger for ikke å få høreapparat tidligere, kan opplevelsen av å komme opp i uheldige situasjoner framprovosere endrede innstillinger (Statens helsetilsyn, 2000).

### ***5.2.2.1 Erkjennelsesprosessens ulike stadier***

På hvilket tidspunkt en hørselshemmet viser interesse og motivasjon for hørselsrehabilitering er blitt studert av Engelund (2006). Ifølge forskning forløper erkjennelsesprosessen over fire faser. Den hørselshemmede har i løpet av prosessen blitt oppmerksom og fått erfare konsekvensene av hvordan hørselshemmingen påvirker hverdagslivet og nærmiljø.

Erkjennelse vil synliggjøre et behov for hørselstekniske hjelpemidler (ibid).

Nedenfor vil forløpet i erkjennelsesprosessen bli beskrevet. Informantenes skildringer av hverdagen med et hørselstap vil belyse i hvilke faser de enkelte befinner seg. Gullacksen (2002) tar til orde for at erkjennelsesprosessen ikke har noen entydig startpunkt og kan pågå

over lang tid. Skillet mellom erkjennelsesfasene kan på samme tid oppleves diffust. Det har i så måte vært vanskelig å plassere ”mine” informanter i bestemte faser da flere overlapper mellom fasene. Faseskillet kan imidlertid gi et overblikk og kan synliggjøre årsaker til hvorfor noen av informantene ikke opplever behov for høreapparat.

### Første fase

Ifølge Engelund (2006) handler første steg i erkjennelsesprosessen om å bli oppmerksom på hørselsnedsettelsen. I startfasen av prosessen vedkjenner gjerne ikke personer for å ha problemer med hørselen, men kan merke at mellommenneskelig kommunikasjon begynner å bli vanskelig. I slike situasjoner kan enkelte skyldes på andre for å snakke lavt eller utydelig (ibid). En vanlig oppfatning er at nærmiljø merker konsekvensene av hørselstapet først (Gullacksen, 2002). Ut i fra disse kjennetegnene kan en av informantene kategoriseres i denne fasen. Forklaringen bak er at informanten *”ikke regner tapet så stort”,* og mener andre har skyld i at det oppstår kommunikasjonsproblemer. *”Barnebarna snakker utydelig, da. Et av barnebarna mine er voksen, og han snakker veldig utydelig”.*

Beskrivelsene kan synliggjøre at det ikke er uvanlig å finne personer med et objektivt behov for høreapparat som klander andre for å høre dårlig, og kan underbygges i studien til Brooks (1989). I studien ble det funnet at de aller fleste eldre som fikk høreapparat for første gang hevdet andre snakket utydelig. Dette var trolig blant de største årsakene for at disse personene ikke så behov for høreapparat. En annen forklaring kan skyldes at eldre opplever å høre normalt. I den samme studien ble det funnet at en av elleve hadde få subjektive problemer med hørselen (ibid). De samme tendensene finner man i Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (1995-97), hvor ikke alle opplever å være plaget av hørselstapet (Tambs, 1998). Ifølge noen av informantene oppleves det ofte at de må *”stikke overkroppen frem”* for å høre, men opplever dette som *”naturlig”*. Det påpekes av informantene at *”når man blir såpass gammel må man få lov til å spørre flere ganger”,* og det å spørre om igjen har flesteparten blitt *”vant til”* og *”godtatt”*. Sett i lys av disse beskrivelsene kan dette forklare hvorfor ikke alle bruker høreapparat.

*”Men så er det sånn. Det er ikke egenhet akkurat, men normalt så synes at jeg at jeg hører nok til å være så gammel som jeg er.”*

Opplevelsen av ikke å ha behov kan skape et problem, og konsekvensene er at informantene trolig aldri vil dra nytte av det. Henrichsen og kollegaer (1991) fant at høreapparatbruk

avhenger av stabil bruk de første seks månedene etter tilpassning, noe som understreker at det vil være viktig å skaffe forståelse for hva dette skyldes.

Hørselstap anses for å være en del av aldringsprosessen. Ifølge informantene vil det være naturlig å høre dårligere enn et yngre menneske, noe som kan belyses i følgende sitat: *”Det at man hører litt dårligere må man bare finne seg i, og det er ikke noe stort problem. Når man ellers greier seg på alle mulige områder så er ikke det noe problem”*. I utgangspunkt av sitatet viser dette at liten opplevelse av behov for høreapparat kan komme av tilpasning og modning (Hansen & Slagsvold, 2011). Det kan virke som at informantene har tilpasset seg situasjonen av å ha et hørselstap og følgene det har medført. Ifølge Hansen og Slagsvold (2011) er eldre dyktige til å tilpasse seg etter fysisk form, og dette belyses også i tidligere forskning. Studier finner at eldre er flinke til å justere mål og forventninger, og i tillegg velger de også sin sosiale deltakelse i forhold til komfort og trygghet (Diener et al., 1999; Carstensen, 1995). Informantene opplyser å gå ofte på eldresenter og her oppleves det greit å høre dårlig. To av informantene sa at flesteparten av deres venner som gikk på eldresenteret hørte dårlig. *”De menneskene jeg er sammen med er i samme bås, og barnebarna er tålmodige og vet at farmor er en gammel dame”*. Det mine funn viser er at informantene bruker høreapparat på steder det føles behov, som når de skulle se fjernsyn eller høre radio og lar være på steder det føles greit å gå uten.

Bakgrunnen for liten bruk av høreapparat kan også henge sammen med andre forklaringer. På tross av at hørselen har blitt dårligere opplever informantene å være tilfreds med livet og prøver å ha en positiv innstilling. *”Det har med innstillingen å gjøre også, å være positiv. Jeg regner meg som et positivt menneske”*. Årsaken for at informantene opplever å være tilfreds virker sammensatt. Hansen og Slagsvold (2011) tar til orde for at eldre kan være tilfreds fordi de opplever å være heldig som lever godt med sin høye alder. Det antydes også at de er tilfreds fordi de opplever alderdommen bedre enn forventet. Likeledes har dagens generasjon av eldre kanskje lettere for å være fornøyd fordi de er vant til lite, og er av den grunn mer tilfreds med sin tilstand (ibid).

Informantenes positive holdninger kan også skyldes at hørselstapet kommer i annen rekke for andre problemer. I Helseundersøkelsen i Nord- Trøndelag ble det funnet at personer med hørsels- eller synshemninger opplevde situasjonen i hverdagslivet som bedre enn personer med andre fysiske eller psykiske hemninger (ifølge Næss & Eriksen, 2011, s. 129). Behovet

for å ta tak i hørselsproblemene kan derfor ha lavere prioritering hvis de enkelte på samme tid er belastet med andre fysiske eller psykiske hemninger. Dette kan belyses i følgende sitat:

*”Når du blir eldre får du litt vondt der og her. Det er andre ting, eller andre vondter som er verre enn det med hørselen.”*

I første del av erkjennelsesfasen kan noen oppleve det overraskende hvis andre sier det er et behov for hørselstekniske hjelpemidler. En person kan oppleve at hørselstapet har påvirket de praktiske sidene av hverdagen, men ikke gitt sosiale og emosjonelle plager for øvrig (Engelund, 2006).

Flere av informantene påpeker at hørselstapet ikke oppleves særlig problematisk i en hverdagslig kontekst. Likevel har tre av fem informanter valgt å gå gjennom en tidsavgrenset rehabilitering fordi familie og venner så behov for det. Dette er på tross av at de ikke følte det nødvendig. Det ble blant annet sagt at det var deres ektefelle som så størst behov for høreapparat. Dette kan eksemplifiseres i følgende sitat: *”Kona har lenge sagt at jeg hører dårlig og burde få høreapparat”*. I tidligere forskning blir det tatt til orde for at enkelte oppsøker hjelp for å lette presset fra andre (Brooks, 1989), og det som forskningen viser kan underbygges i mine funn.

På grunn av familiepresset innså en informant at hørselstapet skapte et praktisk problem i hverdagen. Informanten opplever at hørselstapet begrenset mulighetene for å se på fjernsyn og høre radio på et normalt lydnivå. Uten høreapparat måtte hun skru opp volumet for å høre bedre. Til ektemannen som bruker høreapparat sitt aktivt ble lydnivået sjenerende. Informanten sa: *”Mannen min har jo hatt høreapparater i mange år, og du vet når vi sitter og hører på tv så synes han at jeg hører litt dårlig. Så da tenkte jeg å prøve det”*. Sett bort i fra de praktiske problemene opplevde ikke informanten hørselstapet plagsomt i hverdagslivet. I sosiale settinger opplevde hun å klare seg bra uten høreapparat, noe som kan synliggjøres i følgende sitat: *”Jeg hører ikke så dårlig at det er et så stort problem”*. Ifølge mine analyser bør informantene ta konsekvensene av hørselstapet på alvor, og kan begrunnes med at enkeltindividets hørselsproblem vil gå ut over familie og omgangskrets. Selv om et hørselstap ikke oppleves subjektivt plagsomt kan en hørselshemming gripe inn på de sosiale relasjonene til omgivelsene (Gullacksen, 2002). Det vil oppleves vanskelig for andre å kommunisere med personer som har et hørselstap, og blir et dilemma når de selv ikke opplever et behov for hørselstiltak. Ifølge informantene har pårørende sagt at hørselstapet til tider er belastende.



*”Jeg synes jo at jeg ikke hører så aller verst da, men ungene mine sier jo at: ta på deg høreapparatene dine, mor”.* Uttalelsen fremhever at det kan være nødvendig å la eldre få innsikt i egen situasjon, men det er likevel ikke gitt at et høreapparat vil være det beste alternativet. Grue (2010) belyser at det kan være nok å gi informasjon om problemene som kan oppstå med et hørselstap.

Det påpekes at det kan være hensiktsmessig å gjøre eldre oppmerksom på hvordan et hørselstap kan gripe inn på deres nærmiljø. Innsikt i egen situasjon muliggjør større aktivitet og ansvar under hørselsrehabilitering, og kan i tillegg gi økt motivasjon og interesse for bruk av høreapparat (Grue, 2010). For å bidra til dette har fagpersonell en pedagogisk oppgave. Det handler om å få eldre til å forstå hva det menes med og betyr å ha et hørselstap. Det kan være behov for å gjøre de oppmerkssomme på at problemene med hørselstapet kommer til å vedvare, og at dette vil ha konsekvenser i hverdagslivet nå og i fremtiden (Gullacksen, 2002).

Ut i fra generell diskusjon hos Lundeby og Tøssebro (2006, s. 31) blir det tatt til orde for at *timing* kan være viktig når personer oppsøker bistand, og dette kan også være tilfelle for at enkelte ikke er fornøyd med hjelpeapparatet (Lorentsen & Berge, 2003; Helse- og sosialdepartementet, 2002). Tar man utgangspunkt i dette kan det tyde på at noen av informantene har startet rehabiliteringen på feil tidspunkt. Enkelte virker ikke å ta hørselstapet innover seg, noe som kan skyldes at de befinner seg på et for tidlig stadium av erkjennelsesprosessen.

### Andre fase

I andre fase av erkjennelsesprosessen vil den hørselshemmede kunne være mistenksom. De aner at misforståelsene eller opplevelsen av ikke å høre skyldes dem selv og ikke andre. Mistanken kan gjøre personer forvirret, og dette skyldes at de opplever det er vanskeligere å mestre vanskelige lyttesituasjoner nå enn før. Den enkelte vil denne fasen erkjenne at familie og pårørende har rett (Engelund, 2006).

I min studie belyste en av informantene å bli *”forbauset”* når det ble påvist hørselstap. Selv om audiogrammet viser et moderat hørselstap oppleves hverdagslivet som vanlig. I hovedsak meldte denne informanten seg på for å bli hørselstestet av nysgjerrighet og ikke fordi det mistenktes hørselstap. Over flere år har det skjedd en gradvis forverring, og på grunn av dette har informanten innrettet seg etter det endrede lydbildet. Ser man i beskrivelsene til erkjennelsesfasene ville det vært naturlig å plassere denne personen i første fase. Imidlertid

virker informanten etter endt tidsavgrenset rehabilitering å ha blitt mer oppmerksom på hørselstapet. Det kan tyde på at fokus på det i rehabiliteringsprosessen har fremmet erkjennelse.

*”Jeg syntes jeg ikke hørte så dårlig, men i og med at jeg ble anbefalt det. Så som hun audiografen sa. - Du kommer ikke til å høre bedre med årene. Det kan heller bli litt verre, kanskje. [...]Det opplevdes simpelthen som et dytt.”*

Det er likevel ikke gitt at denne informanten er fullstendig erkjent med hørselstapet. Innimellom kunne hørselstapet oppleves ”anstrengende”, men ut over dette fremhevet hun at hørselstapet ikke var et stort problem. Både hun og de andre informantene kunne føle det slitsomt i situasjoner når de må følge med på flere samtalepartere samtidig. Anstrengelsen det medfører tærer på energinivået. Informantene mottok derfor høreapparat for at det skulle bli mindre energikrevende i disse situasjonene.

### Tredje fase

I tredje fase av erkjennelsesprosessen vil enkelte begynne å merke konsekvensene av hørselstapet som at hindringen av mellommenneskelig kommunikasjon blir et problem. Konsekvensene hørselstapet medfører begynner å gå ut over sosiale og emosjonelle forhold. Tiden det tar å komme til denne fasen kan være lang, men vil variere fra person til person (Engelund, 2006).

En informant forteller at det tok mellom 15-20 år før han ble oppmerksom på konsekvensene av hørselstapet. I forbindelse med et legebesøk flere år tilbake anbefalte legen på den tiden å begynne med høreapparat, men fordi informanten ikke så behov for hørselstekniske hjelpemidler valgte han å avvente. Dette kan belyses i følgende sitat: *”Legen sa du ikke behøver å begynne med noe høreapparat nå, men om du kommer tilbake om 1 års tid. Det er i hvert fall 15 år siden”*. Det dette sitatet viser kan underbygges i tidligere forskning som viser at eldre som oftest venter lenge med å motta hørselsrehabiliteringstiltak (Van den Brink et al., 1996). Eldre brukere som kommer for første gang er gjennomsnittlig funnet å være mellom 74-80 år (Gatehouse, 2003).

Etter hvert som hørselstapet blir et problem vil personer merke de konsekvensene dette medfører, noe som vil bidra til erkjennelse. I forhold til informanten som ventet flere år ble hørselstapet et så stort problem at det gikk utover både sosial og emosjonelle velvære. Sosialt

sett følte informanten at hørselshemmingen påvirket mulighetene for aktivitet og deltagelse. Dette kan synliggjøres i følgende sitat:

*”Familien.. vi har jo barn, barnebarn og oldebarn. Vi er sammen en sjelden gang, og det er bra fordi det er så jævlig anstrengende. Hvis jeg skal være sammen med noen må det være et fåtall som jeg kan snakke med. Når vi er sammen hele familien og hele slekta så sitter jeg bare der og glaner.”*

I intervjuene ble det spurt hvilke følelser hver enkelt knytter til hørselstapet og en informant svarte: *”Irritasjon. Plagsomt. Jeg føler meg litt utenfor. Føler jeg har blitt gammel. Klarer ikke å henge med”*. Opplevelsen av å bli stengt utenfor i sosiale sammenhenger synes å ha påvirket hans emosjonelle velvære og kom av at han var redd for å dumme seg ut foran andre. Beskrivelsene kan illustreres i følgende sitat:

*”Jeg kom i situasjoner hvor det var leit å ta ordet fordi jeg kanskje hadde misforstått. Kanskje jeg begynte å prate om noe annet enn det han hadde spurt om, ikke sant. Det blir bare tull, vet du”*.

Et hørselstap kan også være *”trist”*. Følelsen denne informanten beskrev kom i sammenheng med at han tidligere, uten høreapparat, følte seg utenfor i sosiale sammenhenger. Dette funnene mine viser underbygger at opplevelsen av emosjonell velvære er tett forbundet med det å fungere i sosiale sammenhenger (Johansen, 2009; Helvik et al., 2006). Når evnen for å kommunisere med andre blir hindret som følge av hørselstap kan opplevelsen gi ulike negative følelsesmessige reaksjoner, noe som synliggjør hvilken betydning det har å ta tak i disse aspektene i en rehabiliteringsprosess (McGlade & Solheim, 2003; Kramer et al., 2002; Kaland & Salvatore, 2002; Backenroth & Ahlner, 2000; Jones et al., 1984).

Det kan tyde på at bare to informanter har kommet til tredje fase av erkjennelsesprosessen. Dette ses opp mot at de har blitt oppmerksomme på konsekvensene av hørselstapet. En av informantene virker imidlertid ikke å ha kommet lenger enn til denne fasen, noe som kan belyses i følgende sitat: *”Jeg er heldig fordi jeg ikke har mistet så veldig mye av hørselen, men jeg kommer i situasjoner jeg gjør det, da”*. Problemer med hørselen gjaldt særlig i sosiale settinger, som middagsselskap. I ettertid kan informanten innse at det var på tide å oppsøke bistand. Dette kommer fram i følgende sitat: *”Nå er jeg erkjent med at jeg har begynt å høre dårlig. Man vet at det ikke blir bedre med årene så det var like godt å sette i gang.”*

#### Fjerde fase

I aller siste fase av erkjennelsesprosessen vil det være økt oppmerksomhet på konsekvensene av hørselstapet. Hørselshemmede har i dette stadiet erkjent at hørselstapet har negativ innvirkning i deres hverdagsliv, og ser at det setter dem ute av stand til å leve som vanlig. Erkjennelse belyser behovet for hørselsrehabiliteringstiltak (Engelund, 2006).

En informant oppdaget hørselstapets negative innvirkninger raskt, og som følge av dette forstod vedkommende at det var nødvendig å oppsøke hjelp. Informanten bemerket hørselstapet slik:

*”Det var altså, du opplever systematisk at hørselen blir svakere. Jeg opplevde kanskje ikke det tok så lang tid, men jeg fant ut av dette her [...] Da var det naturlig for meg å si til fast- legen at jeg trengte å gå til noen for å vurdere om jeg hørte godt eller ikke.”*

Hørselshemmingen kan påvirke selvfølelsen og konsekvensene av å ha et hørselstap vil gjøre den merkbart dårligere. I en slik situasjon opplevde den ene informanten behov for ”å komme seg opp på høyden igjen”. Erkjennelse av hørselstap innebærer å bearbeide mange slags følelser. I en rehabiliteringsprosess vil det være av betydning å vurdere tiltak som hindrer personer å falle utenfor ”det gode liv”. Først når omgivelsene er tilgjengelige vil de enkelte oppleve mulighet til sosial deltakelse og inkludering (Bredland et al., 2011, s. 49).

*Jeg var faktisk med en venn av meg, og hørte på foredrag av han. En ganske kjent mann. Jeg oppdaget at alle lo, og jeg skjønnte ikke vitsene hans - hva de lo av. Det ga meg større tvil – å tenke over hva som skjer rundt deg nå. Kunne sitte i selskaper med litt avstand - hørte ikke hva folk sa. Jeg bare gjettet.”*

I intervjuene ble det stilt spørsmål av hva som påvirket utfallet for at informantene oppsøkte hjelpeapparatet. Informanten er aktiv i ulike foreninger og er sosial av person, og som følge av hørselstapets konsekvenser følte han situasjonen vanskelig. Ut i fra dette erkjente han behovet for å oppsøke bistand. Selv beskrev han hørselshemmingen på denne måten: *”Følelsen av at du blir utenfor i et fellesskap. Den følelsen jeg følte var at jeg ikke ble utenfor, men at jeg hadde valgt det selv. Hvis jeg ikke gjorde noe med det var det mitt problem”*. Informanten understreker at han bruker høreapparatet daglig og skyldes de problemene hørselstapet har medført.

Bredland og kollegaer (2011) understreker at rehabiliteringsprosessen kan mislykkes om den enkelte ikke har interesse av at tiltakene skal fungere, noe som synliggjør at erkjennelse vil være viktig for en suksessfull hørselsrehabilitering. Liten interesse for at tiltakene skal fungere synes å være en årsak for at enkelte høreapparat blir liggende ubrukt. Det er derfor viktig å ta tak i problemene det medfører. Erkjennelse av hørselstapet kan bidra til forståelse for at det kan gjøres mye for å mestre tapet, og de praktiske, følelsesmessige og sosiale konsekvenser det medfører (Statens helsetilsyn, 2000).

*”Dette var noe som presset seg frem selv. Jeg har aldri vært sta. Det gidder jeg ikke være. Så jeg sier - sånn er det, og gjorde noe med det.”*

I lys av studien kan det være nødvendig å understreke at de færreste av informantene opplever at hørselsnedsettelsen har ført til emosjonelle plager. Det mine funn viser står ikke samsvar med tidligere forskning, som finner kjønnsforskjeller i opplevelse av depresjon og ensomhet hos hørselshemmede (Helvik et al., 2006; Kramer et al., 2002). Totalt sett hos befolkningen, uavhengig av kjønn, kan det tyde på at flertallet av hørselshemmede er uten slike plager (Helse- og sosialdepartementet, 2002; Danermark, 1998). Hørselshemmede opplever imidlertid å være utsatt, og dette skyldes de sosiale konsekvensene et hørselstap kan medføre (McGlade & Solheim, 2003; Kramer et al., 2002; Kaland & Salvatore, 2002; Backenroth & Alhner, 2000; Jones et al., 1984). I den forstand kan bruk av tekniske hjelpemidler kan ha positiv fordeler. Ifølge Jones og White (1990) er bruk av høreapparat funnet å ha en helseforebyggende effekt mot emosjonelle plager.

Kort oppsummert i denne delen av kapitlet vises det å være av stor betydning å erkjenne hørselstap og føle behov for høreapparat. Subjektiv opplevelse av behov kan medføre større motivasjon og interesse for å iverksette rehabiliteringstiltak. Engelund (2006) fremhever at det kan være virkningsfullt å komme gjennom alle fasene for at en tidsavgrenset hørselsrehabilitering skal gi nytte. Erkjennelse av hørselstap vil gi større muligheter for å ta kontroll over hørselshemmingen (Kjeka, 2007). Langsiktig kan det ha en helseforebyggende effekt, og dette skyldes hørselshemmede kan forholde seg mindre anspent og stresset under vanskelige lyttesituasjoner. I den store sammenhengen vil det gjøre hverdagen enklere (Backenroth og Ahlner, 2000; Kjeka, 2007; Askheim et al., 2010).

## 5.3 Organisatoriske barrierer

Det er varierende hvor tilfreds informantene er med hørselsrehabiliteringstjenesten, og dette kan skyldes at det finnes organisatoriske barrierer. Ifølge andre undersøkelser opplever mange brukere å være fornøye med tjenesten, men mange er også misfornøye (Helse- og sosialdepartementet, 2002; Bergseth, 2007; Lorentsen og Berge, 2003).

Det er en rekke utfordringer som møter brukere av hjelpeapparatet og som kan kanskje forklare hvorfor enkelte ikke drar nytte av høreapparat. Noen beskriver at det å orientere seg i hjelpeapparatet er en langvarig prosess, som oppleves både tid – og energikrevende (Bredland et al., 2011; Lundeby & Tøssebro, 2006). Helse- og sosialdepartementet (2002) påpeker at rehabiliteringstilbudet til hørselshemmede er dårlig tilrettelagt. At det er fragmentert og lite oversiktlig, og at dette er noe som fører til at søkeprosessen krever mye egeninnsats. Enkelte opplever også hjelpeapparatet i hørselsomsorgen som lite tilgjengelig og fleksibelt, og noen opplever å få liten innflytelse i hjelpearbeidet. Folk må selv finne ut hva slags hjelp de kan få, og hvordan de skal gå frem for å få den. De må selv finne nødvendig informasjon. De opplever ikke mulighet for å tilpasse tilbudene etter egne ønsker, men må tilpasse seg etter måten tilbudene er utformet på. Lite fleksibilitet gir den enkelte liten medvirkning i hjelpearbeidet (Lorentsen & Berge, 2003; McGlade & Solheim, 2003). Dårlig tilrettelagt rehabiliteringstilbud kan medføre at enkelte ønsker å bruke tid og energi på andre verdifulle ting i hverdagen, som er viktigere enn å bli rehabilitert (Bredland et al., 2011).

I denne delen av kapittelet skal informantenes beskrivelser om søkeprosessen presenteres. Dette klargjøres for å få forståelse hvordan disse prosessene kan påvirke bruken av høreapparat. Søkeprosessen er avgrenset til prosessen fra oppdaget behov, utredning, vurdering og valg av hørselstekniske hjelpemidler, tilpasning og opplæring av hjelpemidlet, oppfølging og samarbeid med kommunen (Kurtze & Hem, 2009).

### 5.3.1 Tilgjengelighet

Mine funn viser at informantene anser det som viktig å ha lett tilgang til hjelpeapparatet. Dårlig tilgjengelighet kan medføre at eldre ikke vil sette av tid til hørselsrehabilitering og idet øyeblikk kan allerede startfasen av søkeprosessen oppleves som lite motiverende. En eldre person som ikke opplever særlige problemer av å ha et hørselstap, men som er oppfordret av andre til å søke hjelp kan oppleve situasjonen tid – og energikrevende (Bredland et al., 2011). En informant sa:

*”I og med at mannen min tukler med sitt høreapparat ble det litt til at jeg også følte å måtte skaffe mitt eget. Men hadde jeg ikke fått invitasjonen [til å bli hørselstestet] på eldresentret, så hadde jeg ikke gått noe sted.”*

Sitatet understreker at det vil være av vesentlig betydning å ha lett tilgang til hjelpeapparatet om eldre personer skal få vurdert rehabiliteringstiltak for hørselstapet. Dårlig tilgjengelighet kan føre til at enkelte ”hopper av lasset”. Ifølge tidligere litteratur vil dette imidlertid avhenge av hvor motivert og interessert den enkelte er i å bli hørselsrehabiliteret. En person som opplever behov for hørselsrehabilitering kan oppleve at søkeprosessen er verdt bryet (Statens helsetilsyn, 2000).

Det var bare én informant som søkte videre utredning via fastlegen. Det var på grunn av at hørselstapet var blitt et så stort problem i hverdagen at han så behov for å oppsøke allmennlegetjenesten. Informanten opplever det som *”viktig å ha en god fastlege”*. God kommunikasjon mellom partene har gitt informanten mulighet til å kunne være åpen om problemene og å spørre om informasjon. Vaglum, 2007 påpeker at det gir en trygghet når lege og bruker får til et nært samarbeid. Informanten har i den forstand ikke opplevd sin første kontakt med hørselsrehabiliteringstjenesten som problematisk.

En annen informant fikk innkalling for utvidet hørselsprøve fordi legen mistenkte hørselstap og skrev brev til høresentralen ved sykehuset. Informanten hadde ingen motforestillinger mot å si nei til tilbudet, og det kunne synes som at han opplevde det positivt å få innkallelse til utvidet hørselsprøve. Informanten sa:

*”Det var legen der borte som skrev brev til høresentralen, så fikk jeg innkallelse. Det var ikke mitt initiativ, kan du si. Pluss at jeg viste – jeg lå på grensen lenge. Det var ingen grunn til å si nei, heller.”*

Resten av informantene kom i kontakt med hørselsrehabiliteringstjenesten på andre måter. Tidligere ble det nevnt at samtlige av informantene går på eldresenter. På ulike eldresentre blir det regelmessig annonsert et tilbud om hørselstesting. Hørselstestningen foregår i regi av høresentralen til sykehuset, og er et lavterskeltilbud til den eldre brukergruppen i byen. Lavterskeltilbudet gjør det mulig for eldre hørselshemmede å få direkte hjelp uten henvisning fra fastlege og lang ventetid. Eldre personer som ønsker å bli hørselstestet kan sette seg opp på time. Kort tid senere vil en audiograf ved byens høresentral komme på eldresentrene og

utføre hørselstesting på stedet. Tilbudet om hørselstesting på eldresentre er trolig årsak til at tre av fem informanter skrev seg opp på time. Dette kan eksemplifiseres i følgende sitat:

*”I og med at vi har det sentret er det lett for oss som hører til der å komme dit for å bli testet”*

Helse- og sosialdepartementet (2002) legger fram i handlingsplanen at et av politikernes ønsker er å gjøre hørselsrehabiliteringstilbudet lettere tilgjengelig. Planen fremhever at hørselshemmede bør kunne vite hvor de skal henvende seg i kommunene for bistand til rehabilitering. Et tilgjengelig hjelpeapparat kan bidra til at eldre kommer raskere i gang med søkeprosessen, og påvirker til at flere høreapparat blir tatt i bruk, men ettersom ikke alle eldre går på eldresentre må dette imidlertid imøtekommes.

*”Grunnen til at jeg begynte med høreapparat nå er fordi det kom oppslag på sentret, at det var hørselsprøver. Jeg tenkte det var greit. Jeg går dit likevel”.*

Tidligere forskning finner at det er desto mindre sannsynlig at eldre vil nyttiggjøre seg av høreapparat om de venter for lenge med hørselsrehabilitering. En person som får tilpasset et høreapparat for første gang i svært høy alder (>80 år) vil trolig aldri bli en aktiv høreapparatbruker (Alberti, 1977). Dette fører til et dilemma; hva vil være det ideelle tidspunktet for eldre å oppsøke rehabiliteringstjenesten? Det er som tidligere belyst, mange som venter lenge med å oppsøke rehabiliteringstjenesten, noe som skyldes at de ikke føler behov (Van den Brink et al., 1996). Idet årene går og eldre etter hvert ser behov for hørselstiltak kan det være for seint. Dette har med å gjøre at de mentale evnene blir dårligere i alderdommen (Eide & Eide 2007). For en person i svært høy alder kan det oppleves vanskelig å håndtere og stelle høreapparat. Spørsmålet er vanskelig å besvare. Alberti (1997) påpeker imidlertid at ferdighetene man lærer i møte med hjelpeapparatet i yngre alder, fortrinnsvis kan videreføres i senere alder. Dette kan føre til at flere vil bruke tekniske hjelpemidler.

Ifølge tidligere forskning kan liten bruk av høreapparat skyldes organisatoriske barrierer (McGlade & Solheim). Enkelte opplever å måtte sette av mye tid og energi for å finne ut hva slags hjelp de kan få, og hvor den finnes. Det fremheves at ikke alle eldre har kjennskap til eksisterende tilbud. Uten at hjelpeapparatet fremstår synlig, kan det oppleves problematisk for eldre å finne ut hvor de skal henvende seg for å få nødvendig hjelp (ibid). I denne studien opplevde informantene det positivt at en fagperson utførte hørselstester på eldresentre. I lys av mine funn kan det være effektivt å sette inn lavterskeltilbud på slike plasser, men ettersom



ikke alle går på eldresentre må dette imøtekommes. Et lavterskeltilbud vil forbedre systemet for den eldre brukergruppen, og kan gjøre veien til hjelpeapparatet mindre komplisert. Når hjelpeapparatet fremstår synlig vil trolig flere nyttiggjøre seg av rehabiliteringstilbudet.

### **5.3.2 Møte med hjelpeapparatet**

Fire av fem informanter opplevde å bli tatt godt i mot av hjelpeapparatet. Dette belyste de ved å fortelle hvor godt prosessen fra utredning, vurdering og valg av tiltak, tilpasning og opplæring av høreapparat fungerte. På grunn av at et godt samarbeid fikk de medvirke i rehabiliteringsarbeidet.

Ifølge en tidligere rapport er enkelte hørselshemmede misfornøyde med rehabiliteringstilbudet fordi de ikke opplever å få medvirke under rehabilitering (Helse- og sosialdepartementet, 2002). I hovedsak dreier dette seg om valg og vurdering av hørselstekniske hjelpemidler, tilpasning og opplæring av hjelpemiddel (Kurtze & Hem, 2009). I lys av rehabiliteringens normer og verdier strider dette i mot hvordan brukere bør bli tatt i mot. I en rehabiliteringsprosess skal brukeren stå i sentrum og medvirke under hele prosessen (Bredland et al., 2011). Opplevelsen av ikke å få medvirke kan påvirke utfallet av rehabiliteringen. Personer med en funksjonssvikt er sårbare, og det er derfor viktig at den enkelte føler seg ivaretatt i møte med hjelpeapparatet (Eide & Eide, 2007). Gjensidig forståelse viser at brukerne blir behandlet med respekt, og er bygget på god kommunikasjon med fagpersonell (Helsedirektoratet, 2011). Denne delen av kapitlet er tatt med for å belyse om møte med hjelpeapparatet en forklaring på liten bruk av høreapparat hos eldre.

Informantene ga uttrykk for at fagpersonell var konsentrert på den enkeltes funksjonstap. Samtlige av informantene beskrev fagpersonell som imøtekommende og hjelpsom, og opplevde å få god bistand. *"Hun gjorde dette etter alle tusen regler"*. Mine analyser antyder at flesteparten fikk medvirke i egen hørselsrehabilitering i forhold til valg og utforming av hørselsrehabiliteringstiltak, og at hver enkelt fikk tilpasset informasjon. En informant uttalte: *"Jeg har fått den korrekte informasjon som passer for meg"*. Dette kan følgelig indikere at høreapparatformidlingen er bedre enn forventet, og avviker således fra tidligere rapporter og funn (Falkenberg, 2007; Lorentsen & Berge, 2003; Helse- og sosialdepartementet, 2002). Det må imidlertid tas hensyn for at funnene i studien kan være påvirket av utvalgsskjevhet, og at datamaterialet er for lite for at dette kan bekreftes.

En god tjenesteyter skal sikre brukeren å få gode, samordnede tjenester (Askheim et al., 2010). Det ideelle er om en ansvarsgruppe sammen med bruker kan komme fram til gode løsninger sammen. I møte med brukeren skal fagpersonell gi råd og bidra med sin kompetanse, og skal hjelpe den enkelte til å nå sine mål med rehabiliteringen. Engasjement som brukeren møtes med skal gi den enkelte en trygghetsfølelse (Bredland et al., 2011). En informant sa følgende: *”Når jeg kom til eksperter var de veldig elskverdige, og nå har jeg bare en skjønn dame”*. I tråd med litteratur illustrerer sitatet at fagpersonell etterfølger rehabiliteringsnormer og verdier (Bredland et al., 2011). Ifølge informantene følte de å bli godt ivaretatt. Denne trygghetsfølelsen ga informantene tiltro til rehabiliteringsarbeidet. *”Når jeg var der så følte jeg meg trygg. For da var ekspertisen der. Det er rart med det”*. Ut i fra det mine funn viser kan man anta at tillitt og interesse gir den enkelte motivasjon for å møte hverdagslivets utfordringer. Dette kan underbygges i studien til Backenroth og Ahlner (2000), som fant at personer som fikk rådgivning opplevde større trygghet for å bruke høreapparat.

Informantene opplevde at fagpersonell jobbet seriøst. Ingen hadde inntrykk av at noen hastet med arbeidet, noe som kan understreks i følgende sitat: *”Hun var behagelig, og jeg forstod hun brukte litt mer tid. [...] Jeg synes hun har vært tålmodig å ha prøvd så godt hun kunne”*. Tiden som settes av til rehabilitering oppleves som viktig for informantene. Jo, lenger tid til informasjon, råd og veiledning – jo, større trygghet. Hos informantene handlet trygghet om å være inneforstått med selve bruken og stellet av høreapparatet, og meste praktiske sider ved bruk av hjelpemiddelet. I et hverdagsperspektiv vil det også handle om overvinne sosiale utfordringer. Når det ble satt av god tid til informantene opplevde de at møte med hjelpeapparatet ga mening.

Informantene opplevde å få tilstrekkelig informasjon og innsyn, noe som underbygger at de har fått medvirke i rehabiliteringen. Bredland og kollegaer (2011) påpeker at tilgang til tilstrekkelig informasjon og innsyn er et av brukerens sentrale krav i en rehabiliteringsprosess, og dette er noe som synes å fungere i møte med tjenesten. Ifølge informantene handler imidlertid ikke brukermedvirkning bare om dette, men det handler også om å få tilpasset informasjon. Informantene gir eksempler på at det er vanskelig få å medvirke i en rehabiliteringsprosess om språket baserer seg på faglige uttrykk og terminologier. Dette kan belyses i følgende sitat:

*”Det kommer an på. Jeg har et barnebarn. Jeg var sammen med han i går. Han går på universitetet og matematikk er hans store lidenskap. Så spør jeg – Hvordan er de*

*som har forelesning? Ja, det er stor forskjell på dem. En [lærer] bruker alt for mange fremmedord. Noen ganger skjønner barnebarnet mitt ikke alt, og da må han finne ut av det selv i ettertid. Andre er fantastiske. Slik er det for oss også, i alle ting. Det gjelder.. du er heldig om du finner hyggelige mennesker. Jeg føler det, og da føler du en form for trygghet når [fagpersoner] tar den tid de trenger på å forklare ting.”*

Hjelpeapparatet innen hørsel består av et tverrfaglig team, og ut i fra det informantene beskriver så opplever de å ha fått best kontakt med sin audiograf. Kontakten informantene har fått med denne personen synes å fungere bra. Alle opplever å kunne være åpene, og ingen har barrierer mot å spørre om ting de lurer på. Generelt opplever informantene stort utbytte av samtalene de har hatt med fagpersonell. Dette belyses i følgende sitat:

*”Det var ikke noe jaging. Det var god tid til alt. [Audiografen] spør om det er noe annet jeg vil ha greie på, og setter i gang med å prøve nytt uten å tenke på noe annet. Hun vil at jeg skal høre skikkelig så langt det er mulig, og det har jeg satt veldig pris på.. Kjemppe lett å snakke med.”*

Beskrivelsene kan underbygge at brukere flest opplever første møte med hjelpeapparatet positivt, særlig i forhold til samtaleutbytte (Bergseth, 2007). Likevel kan det synes som at det er variasjoner i tilfredshet avhengig av yrkesprofesjon. Informantene henviser til forskjeller i tilfredshet mellom audiograf og øre-, nese-, halslege. Legen har i større eller mindre grad vært innblandet i rehabiliteringsprosessen til hver enkelt. Tre av fem informanter opplevde at legen ikke tok seg god nok tid, og opptrådte ”unnvikende”. Dette begrunner de med at ingen opplevde å få særlig forklaring på spørsmål de stilte, noe som kommer fram i følgende sitat:

*”Du sitter bare og hører, og spør du om noe så har han ikke tid til det - Ja, det er alderen det, men åssen er det med det og det da? Det blir bare tull vet du. Leger er noe dritt, altså.”*

Situasjonen av å bli gradvis hørselshemmet har satt noen av informantene ute av stand for å leve en normal hverdag. Idet en hørselshemmet oppsøker bistand for hjelp presiserer informantene at det vil være viktig å få tilstrekkelig informasjon, råd og veiledning. Får ikke eldre nok tid til forklaring, vil problemene vedvare etter endt tidsavgrenset rehabilitering. Bergseth (2007) påpeker at dårlig tid under konsultasjoner er en grunn til at enkelte ikke opplever nytte av rehabiliteringen. En informant forteller at ved siden av svekket hørsel sliter denne personen med kraftig øresus som en del av hørselshemmingen. Tilstanden preger han,

og informanten opplever situasjonen som svært belastende fordi det går utover den daglige funksjonen. Det er i situasjoner når informanten skal se på fjernsyn eller lese bok, at øresusen blir fremtredende. Situasjonen gjør informanten ”invalidisert”. På tross av at informanten har sagt i fra om problemene til fagpersonene, har ikke fornemmelsen av øresus vært en del av behandlingen. Ifølge informanten har det bare blitt vurdert tiltak i forhold til hørselstapet. Det kan virke som at han ikke har blitt tatt alvorlig nok av hjelpeapparatet. I møte med hjelpeapparatet følte informanten at spesielt øre-, nese-, og halslegen tok lite hensyn. Dette synliggjøres i følgende sitat: ”*Han bare snudde ryggen til og snakka om noen annet*”. Sitatet belyser at det er viktig for fagpersonell å ha et trent blikk på hva den enkelte har behov for å prate om, og samtidig se hva som er faglig sett det beste å gjøre. Det handler også om å se hvor mye en person ønsker å involvere seg i en tidsavgrenset rehabilitering, og hva slags informasjon som ønskes for at det ikke skal virke overveldende. Ifølge litteratur bygger dette på erfaring og kunnskap. Det å se den enkeltes behov og ønsker viser evne til empati, solid kjennskap til faget, vilje og engasjement (Eide & Eide, 2007; Levinson et al., 2005).

I dette delkapittelet er det blitt belyst hvordan informantene opplevde å bli tatt i mot av hjelpeapparatet. Ut i fra rapporten til Helse- og sosialdepartementet (2002) påpekes det at hjelpeapparatet er dårlig utbygget for å ivareta brukergruppene. Mine funn viser at informantene er fornøyd med arbeidet til hjelpeapparatet, og det kan antas at prosesser knyttet til mottaket ikke er årsak til liten bruk av høreapparat. Likevel vises det variasjoner. Det sies at tjenestetilbudet er dårlig utbygget for å ta tak i den enkeltes fullstendige livssituasjon, og dette stemmer i så måte med rapporten (ibid).

Informantens liv er blitt forandret som følge av hørselsnedsettelsen, og enkelte opplever at det går utover dagliglivets fungering og velvære. Ifølge informantenes beskrivelser bør fagfolk i hjelpeapparatet få større forståelse for hvordan ulike forhold i hverdagslivet påvirker den enkelte. I et rehabiliteringsforløp burde dette berøre alle situasjoner brukeren deltar i. Den tiden som settes av til informasjon, veiledning og rådgivning oppleves verdifull for den eldre brukergruppen.

### **5.3.3 Oppfølging**

Etter at informantene var inne til utredning, fikk tilpasset og prøvd ut høreapparat synes rehabiliteringsprosessen å ha stoppet opp. Informantene synes ikke de er blitt godt nok fulgt

opp etter den tidsavgrensede rehabiliteringen ble avsluttet. Selv om flesteparten av informantene opplevde å få god utbytte av selve høreapparatformidlingen, etterlyser de et behov for å prate med ekspertisen på nytt. Det kan synes som at de ønsker rutinemessig oppfølging. Dette kommer frem i følgende sitat:

*”Jeg venter på innkallelse fra audiografen [...] Du vet, jeg er såpass gammel og har ikke hatt høreapparat før, så jeg kunne trenge litt informasjon.”*

På det tidspunktet intervjuene ble avholdt har informantene hatt høreapparatene i minimum tre måneder. Rehabiliteringsprosessen har med andre ord pågått en stund, og informantene har hatt tid til å bli kjent med hjelpemiddelet. I løpet av tiden de har hatt tid å bruke høreapparatet, har det dukket opp ubesvarte spørsmål. Dette til tross for at informantene tidligere har hatt høreapparatene en prøveperiode og vært inne til konsultasjon. En av informantene sa:

*”Nå har jeg brukt det en stund, og sånn som nå lurere jeg på ditten og lurere på datten. Jeg kunne godt tenkt meg å spørre om en del ting. Når høreapparatet var nytt ville ikke audiografen belaste meg med altfor mye informasjon, heller. Nei, så sa hun at vi får ta det først og se åssen det går”.*

Det å begynne med høreapparat er ny og ukjent erfaring for informantene, og således opplever informantene det naturlig å behøve oppfølgingstimer. Informantene synes det er mye å huske på når de skal bruke høreapparat, og eksemplifiserer dette med at det er vanskelig å skifte batteri og sette det på riktig plass i øret. Flere opplever ikke å få høreapparatet til å fungere optimalt eller etter deres forventninger. En informant uttrykte følgende: *”Det er så mye å huske på - det er bare jobb”*. Det er tidligere blitt anslått at mangelfull informasjon under høreapparattdeling er en sentral årsak for at noen ikke nyttiggjør seg av høreapparat (Helse- og sosialdepartementet, 2002). Ut i fra mine data skyldes trolig liten bruk av høreapparat snarere mangelfull oppfølging. Det er kun én informant som opplyser å bruke høreapparat sitt aktivt, mens resten bruker høreapparatene langt mindre. Årsaken for dette kan skyldes at disse informantene sliter med å mestre de praktiske sidene av høreapparatet, og mangler nødvendig oppfølging.

Dette kan underbygges av en informant, som hevder at hun ikke har vært særlig flink til å bruke hjelpemiddelet. Informanten synliggjør at det er vanskelig å håndtere høreapparatet, og spesielt problematisk er det å stille det. *”Så synes jeg det er vanskelig å bytte batterier. Nå bytter sykepleierne, da. Så det gidder jeg ikke bekymre meg over lenger”*. I en periode prøvde

hun å bytte batteriene selv, men fikk etter hvert hjemmesykepleien til å ta seg av stellet. Informanten påpeker: *”Det er ikke noe morsom situasjon, men sånn er det å bli gammel”*. Andre informanter opplever det problematisk å sette inn høreapparatene på plass. Det kommer fram i følgende sitat:

*”Det er litt kinkig å få disse på plass. Fordi de skal bak ørene, også skal de ordentlig inn. Det tar litt tid og fomle med den greia der.”*

En annen informant opplyser at høreapparatene brukes minimalt, men ønsker å begynne aktivt. Informanten har problemer med øreproppen som er koplet til høreapparatet. Faggruppens audiograf har i løpet av en periode måtte ta flere avstøp, noe som skyldes at han er plaget av hud- allergi. Informanten fremhever at han er svært tilfreds med høreapparatet, men er fortsatt ikke helt fornøyd med en av øreproppene. Allergibehandlede ørepropper har hjulpet mot allergien, men den ene sitter ikke godt nok i øret. Informanten er litt engstelig mot å si fra om problemet til fagpersonell, noe som skyldes at han ikke vil oppfattes som masete. Dette blir uttrykt i følgende sitat:

*”Jeg er litt forsiktig fordi jeg synes det er fabelaktig at man får [høreapparat] gratis, og at man har audiografer til å hjelpe deg. Jeg synes det er jævlig fint. Jeg er litt redd for å være for kravstor. Nå har jeg tatt avstøp av begge ører. Jeg måtte finne noen som satt godt og ikke skulle klø. Jeg er liksom litt tilbakeholden med å si at det går an å gjøre noe med den øreproppen. Skal jeg heller vende meg til det eller skal jeg ikke”*.

Ut i fra informantens beskrivelser indikerer dette at eldre ikke vil være til bry. Fire av fem informanter begrunner at den primære årsaken til at de ikke har tatt kontakt er fordi de ikke vil virke påtrengende. På tross av at alle informantene ytrer et behov for oppfølging, så har kun én informant tatt kontakt av eget initiativ. Denne informanten forteller å ha forståelse for at enkelte har barrierer mot å kontakte hjelpeapparatet. Selv kan han oppleve det flaut å be om hjelp, noe som belyses i følgende sitat:

*”Jeg forstår også godt at [...] noen ikke vil være samfunnet eller noen til byrde. Du ønsker ikke å be om noe som helst uten at du føler tiden er inne - nå må jeg gjøre det.”*

Dette kan synliggjøre at oppfølgingsarbeidet er dårlig tilrettelagt for den eldre brukergruppen. Som en del av oppfølgingsystemet fikk alle informanter en lapp med direktenummer til

audiografen. Ut i fra det informantene beskriver står de fritt til å ringe om det er behov for å prate om hørselsrelaterte ting, og eventuelt bestille oppfølgingstime. Indikasjoner viser imidlertid at ordningen er lite virkningsfull, og kan begrunnes med at nesten ingen har benyttet ordningen. Systemordningen kan i lys av det studien viser fungere for personer som tar initiativ, men ikke for alle. Hos enkelte i den eldre brukergruppen synes det å skape et problem. Det må likevel igjen tas i betraktning at disse funnene kan være påvirket av utvalgsskjevhet og lite datamateriale.

Manglende samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen kan også ha betydning for at enkelte av informantene ikke bruker høreapparatet. Samtidig kan det skyldes manglende kjennskap til det kommunale tjenesteapparatet blant fagpersonell. Fagpersonell skal ha kjennskap til det kommunale tjenesteapparatet, og er et krav for å kunne yte bistand i personens hverdag (Askheim et al, 2010). Det er etablert en hørselshjelpeordning i kommunen informantene er bosatt. Likevel har ingen av de hørt om hørselshjelpere, og dette til tross for at enkelte viser å ha behov for utvidet assistanse. Hørselshjelpeordningen blir ansett for å være et godt lavterskeltilbud for de eldre som behøver ekstra hjelp til opplæring av høreapparat. Hjelperne er aktive høreapparatbrukere, og har selv vært gjennom en hørselsrehabiliteringsprosess. Til disse hjelperne kan førstegangsbrukere stille relaterte spørsmål omkring bruk og stell av høreapparat (Helbostad, 2009). Ifølge mine funn burde denne ordningen i større grad benyttes.

Informantene fremhever at det kan være utfordrende å bli kjent med et nytt teknisk hjelpemiddel, og sier at det ville vært behov for hørselshjelpere eller jevnlig oppfølging. Eide og Eide (2007, s. 383) viser til at mentale prosesser ofte går langsommere hos eldre. Selv om intellekt og evnen til å forstå, lære og løse problemer fortsatt kan være bra, så kan det ta lenger tid hos eldre å bearbeide all informasjon de får i forbindelse med utlevering av høreapparat. Kommunikasjonsevnen påvirkes av aldringsprosessene, og derfor vil det ha betydning for at fagpersoner går inn med interesse, innlevelse og vilje. I hovedsak dreier det seg om å imøtekomme den enkeltes behov på han/hennes premisser (ibid). For at ikke all informasjon skal virke overveldende, kan rutinemessig oppfølging fungere. Jevnlig oppfølging kan bidra til større opplevelse av nytte og bruk av høreapparat. Ifølge Vuorialho og kollegaer (2006) kan jevnlig oppfølging forbedre bruken betraktelig.

Kort oppsummert belyser dette delkapittelet at det kan det være virkningsfullt å følge opp eldre førstegangshøreapparatbrukere en periode etter tildeling av høreapparat. Jevnlig oppfølging kan få eldre til å opprettholde motivasjonen og interessen for bruk av høreapparat.

I et helhetlig perspektiv viser funn i min studie at det av den enkelte person kreves å overvinne individuelle faktorer, og for hjelpeapparatets sin del; å imøtekomme den eldre brukergruppens behov. Dette gjenspeiles i de beskrivelser som er presentert tidligere, som viser at informantene er påvirket av hverdagslige utfordringer knyttet til stigma, erkjennelse og forhold i søkeprosessen. På grunn av disse hindringene opplever ikke alle informantene nytte av og bruk for høreapparat. Skal tiltakene fungere må de eldres livssituasjon prioriteres i en rehabiliteringsprosess. Det påpekes at fagfolk ikke bare skal fokusere på hørselstapet isolert sett. Det kreves også å ta tak i forhold utenfor den teknisk- medisinske biten (Bergseth, 2007; Falkenberg, 2007; Rosenhall & Espmark, 2003). Det kan synes som at individuelle brukerorienterte tilnærminger i form av rådgivningssamtaler fungerer effektivt (Backenroth & Ahlner, 2000).



## 6 Avslutning

Hensikten med studien har vært å få forståelse for hvordan eldre opplever hverdagen med et hørselstap etter endt tidsavgrenset hørselsrehabilitering. Dette fokuset ble først og fremst valgt for å belyse om mottatte hørselsrehabiliteringstiltak har gitt nytte. Ut i fra studiens analyser viste funn at informantene tok tak i en litt annerledes og kompleks prosess; på tross av å oppleve nytte av høreapparat så synes det som at sosiale prosesser i hverdagslivet spiller inn for bruk av høreapparat. Det disse funnene viser har ført til ny innsikt, som synliggjør at hverdagslige prosesser utenfor det rent medisinske må prioriteres i møte med den eldre brukergruppen.

### 6.1 Oppsummering

Høreapparat er et av de viktigste hørselstekniske hjelpemidlene for hørselshemmede. Riktig tilpassende apparat vil ikke gjenopprette hørselen fullstendig, men kan bidra til å forbedre hørselsfunksjonen. Bruk av hørselstekniske hjelpemidler kan øke muligheten for å høre bedre i vanskelige lyttesituasjoner og vil gjøre hverdagen enklere (Grue, 2010).

Funnene og fortolkninger av disse, viser at det fins individuelle faktorer og organisatoriske barrierer. En personlig hindring for bruk av høreapparat er opplevelsen av stigma, og påvirkningen dette har på Eldres identitet og selvbylde. Høreapparat er tegn på alderdom, og alderdom symboliserer for mange skrøpeligket. Denne opplevelsen kan virke negativt inn i de Eldres hverdagsliv, og påvirker følgelig bruken av høreapparat.

Ut i fra de beskrivelser informantene har belyst, kan det synes som at de fleste ikke er subjektivt plaget av hørselstapet. I et hverdagsliv anses hørselstapet som en naturlig prosess. Dette påvirker at de ikke opplever et behov, og er en vesentlig forklaring på at høreapparatene ikke brukes. Skal tiltakene i hørselsrehabiliteringen fungere, kan det være av betydning å erkjenne hørselstapet. Subjektiv opplevelse av behov kan gi større motivasjon for å ta i bruk hørselstekniske hjelpemidler, og dette underbygges av Engelund (2006). Tidligere forskning finner at personer bør ha kommet gjennom alle erkjennelsesfasene for å vise interesse i tiltak (ibid). Imidlertid kan det bli et problem om eldre erkjenner hørselstapet på et for seint

tidspunkt. Dette begrunnes med at det i svært høy alder kan bli vanskelig å mestre de praktiske sidene av høreapparatet.

Blant de eldre som opplever lite behov for rehabilitering, kan allerede startfasen av en søkeprosess oppleves som lang. Antakelsen finner støtte i litteraturen, hvor det hevdes at dårlig tilgjengelighet kan resultere i at andre prioriteringer oppleves viktigere enn å bli rehabilitert (Bredland et al., 2011). Enkelte brukergrupper har ikke ressurser til å finne fram til rette instanser, noe som skaper et problem for de det gjelder (Lundeby & Tøssebro, 2006). I min studie blir det funnet at lavterskeltilbud på eldrecentre fungerer effektivt, men ettersom ikke alle går på eldrecentre må imidlertid dette imøtekommes. Et lavterskeltilbud gjør veien til hjelpeapparatet mindre komplisert for den eldre brukergruppen. Når hjelpeapparatet fremstår synlig vil trolig flere vil nyttiggjøre seg av rehabiliteringstilbudet.

Informantene opplever ikke å ha blitt dårlig møtt av hjelpeapparatet, og dette er derfor ikke en forklaring mot lite bruk av høreapparat. Mine funn kan støttes opp av Bergseth (2007), som finner at brukere flest er fornøyd med måten de blir tatt imot av fagpersonell. I studien min belyses det imidlertid at én informant har fått mangelfull behandling, og fungerer fortsatt dårlig i det daglige med hørselshemmingen. Dette synliggjør at ikke alle er blitt like godt ivaretatt. Dårlig informasjon, veiledning og rådgivning har påvirket denne personens opplevelse av høreapparatets nytte.

Liten opplevelse av at høreapparatet har gitt nytte kan imidlertid også skyldes dårlig oppfølgingsarbeid. Nesten alle uttrykte behov for oppfølging, men ingen hadde vært i kontakt med høresentralen. For den eldre brukergruppen kan det synes som at det fungerer dårlig å ta kontakt av eget initiativ. Ut i fra informantens beskrivelser tyder det på at de har behov for rutinemessig oppfølging. Dette belyses ved at eldre ikke vil oppleves som masete. Det er påvist at jevnlig oppfølger gir større motivasjon og interesse for bruk av høreapparat (Vuorialho et al., 2006). I så måte kan et bedre oppfølgingssystem kanskje få flere høreapparatet i bruk.

I lys av de oppdagelser som er gjort, kreves det for de enkelte å overvinne individuelle faktorer. Likeledes behøver hjelpeapparatet å imøtekomme den eldre brukergruppens behov for at personer skal oppleve nytte av å bruke høreapparat.

## 6.2 Konklusjon

Denne studien har vist at det er flere hverdagslige prosesser som spiller inn for bruk av høreapparat. Dette gjenspeiles også når eldre vurderer nytten av hjelpemiddelet. Høreapparat kan ha positiv effekt på praktiske og sosiale forhold, og også når det gjelder opplevelse av emosjonell velvære. Likevel står individuelle faktorer og organisatoriske barrierer i veien for at eldre fullt ut får dekket sine rehabiliteringsbehov som angår hørselstiltak. Eldre ønsker ikke å bruke høreapparat fordi det synliggjør et problem, og kan oppleves som en trussel mot egen identitet og selvbylde. Det er heller ikke alle som opplever behov for høreapparat, og dette kommer av at hørselstapet ikke oppleves subjektivt plagsomt. Tilgang til hjelpeapparat, imøtekommenhet og oppfølging er også vist å ha betydning for eldre personers bruk av høreapparat. Det disse funnene viser, understreker et behov for å tilby et fleksibelt rehabiliteringstilbud. Dette innebærer å vektlegge de individuelles behov og ressurser.

I en rehabiliteringsprosess har fagpersonell i hjelpeapparatet en betydningsfull rolle. Mennesker kan på ulikt grunnlag føle å avvike fra samfunnets krav og forventningspresset om å være ”normal” anses å være tilstede hos eldre. Ofte er dette en belastning som kan oppleves å være minst like stor som det problemet de enkelte søker hjelp for. Fagpersonell bør i så måte ha forståelse for dette. Deres forståelse kan vises ved å finne frem til funksjonelle løsninger, og få innsikt i brukerens egne preferanser og ønsker.

Ut i fra av det vil bli vanskeligere å håndtere de praktiske sidene av et høreapparat for første gang i svært høy alder, kan det på et tidligere tidspunkt være hensiktsmessig å få eldre til å se seg selv og sin egen situasjon i et realistisk lys. En rådgivningssamtale kan få den enkelte til å reflektere over egen livssituasjon, og se sammenhenger mellom funksjonssvikt og øvrige plager. Ved å endre innstilling kan følelsene knyttet til hørselsnedsettelsen bearbeides og påvirke til erkjennelse.

Tilgjengelighet gjør søkeprosessen enklere for den eldre brukergruppen. Dette oppleves spesielt viktig for personer som er i en usikker erkjennelsesfase. Dårlig tilgjengelighet kan føre til at mange ikke finner det verdt bryet å gå gjennom en rehabiliteringsprosess.

For at brukere skal føle seg ivaretatt vil det være betydningsfullt å ta tak i hele livssituasjon. En person som oppsøker bistand vil ha et hjelpetrengende behov, og sådan vil det være viktig å imøtekomme dette. I et nært samarbeid med de enkelte bør fagpersonell få et overblikk over

hvor det er et behov for å sette inn virkemidler for å oppnå full fungering i hverdagslivet. Hjelpeapparatet må yte det de kan, men på en slik måte at det gjøres til fordel for den eldre brukergruppens ressurser.

### **6.3 Avsluttende refleksjoner**

Studiens analyser er mine fortolkninger av det informantene har beskrevet. Dette kan ha preget troverdigheten til studien. Ifølge litteratur kan vilkårlig subjektivitet gi liten reliabilitet. Sett på en annen side påpekes det at kravet om å holde høy reliabilitet vil gå utover en forskers mulighet til kreativ tenkning og vurdering (Kvale & Brinkmann, 2009). På bakgrunn av dette, så jeg det som akseptabelt å tilnærme meg mulige forklaringer til liten bruk av høreapparat fra flere synsvinkler.

Et spørsmål som ble tatt frem i metodekapittelet, var i forhold til valg av innsamlingsdata (jf. kapittel 4.5). Ut i fra de presenterte funn ser jeg kvalitativ metode og individuelle intervju som anvendelig for innsamlingsmetode.

Ønsket med all forskning er at det skal kunne overføres til et bestemt populasjonsnivå, og i dette tilfellet til å gjelde alle eldre som er brukere av hørselsrehabiliteringstjenesten (Malterud, 2011). Studiens presenterte funn vil med stor sannsynlighet være av faglig interesse for audiologimiljøet. Likevel bør det trekkes frem at funnene kan være påvirket av et skjevfordelt utvalg. Dette belyser at utvalget i forskningsprosjektet er for lite for at det kan generaliseres.

### **6.4 Videre forskning**

En stor andel høreapparat som tildeles blir ikke brukt. Studien aktualiserer dette temaet ved å intervjuer nye høreapparatbrukere og deres erfaringer, og videre forskning bør konsentrere seg rundt dette. Ifølge Gullacksen (2002) er hørselshemmedes hverdagsliv lite påaktet, og belyser at det er nødvendig å gå dypere inn i slike problemstillinger. Dette for å finne svar på hvilke måter sosiale prosesser i hverdagslivet påvirker bruk av høreapparat. Å inkludere flere brukergrupper kan være hensiktsmessig på grunn av større muligheter for å klarlegge problemområdene. Flere studier er viktige for å belyse feil og mangler i dagens

rehabiliteringstilbud for hørselshemmede, og også for å fokusere på de ressurser og muligheter som ligger innenfor fagfelt og praksisfelt.



## Litteratur

- ALBERTI, P. W. 1977. Hearing aids and aural rehabilitation in a geriatric population. *The Journal of otolaryngology. Supplement*, 4, I.
- ARBEIDSDEPARTEMENTET. 2002. *Handlingsplan for funksjonshemmede 1998-2002*. Statusrapportering for 2002. Rundskriv U-3. [Online] Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/rundskriv/2002/u-32002-status---handlingsplan-for-funks.html?id=109078> [Lastet ned 13.08.12]
- ARBEIDSDEPARTEMENTET. 1996. *Resultater og erfaringer fra Regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmede og veien videre*. Stortingsmelding nr 34 (1996-97), Kap. 2. [Online]. Tilgjengelig fra: [http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-34\\_1996-97.html?showdetailedtableofcontents=true&id=191142](http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-34_1996-97.html?showdetailedtableofcontents=true&id=191142) [Lastet ned 10.08.12]
- ARLINGER, S., JAUHIAINEN, T. & JENSEN, H. J. 2007. Hørselstap. I: LAUKLI, E. (red.) *Nordisk lærebok i audiologi*, Bergen, Fagbokforlaget.
- ASKHEIM, O. P., ANDERSEN, T. & ERIKSEN, J. 2006. Familier med barn med funksjonsnedsettelse i velferdspolitikken. I: ASKHEIM, O. P., ANDERSEN, T. & ERIKSEN, J. (red.) *Sosiale tjenester for familier som har barn med funksjonsnedsettelse*. 2 utg. Oslo, Gyldendal Akademisk.
- ASKHEIM, O. P., EGGEN, K., HEDEL, E., HOLM, P. A., MARTINIUSSEN, S., NERGÅRD, B., NESS, M. T., SVENDSGÅRD, B., WRÅLSEN, Å., ØFELDT, S. B. & THOMMESEN, H (red). 2010. *Rehabilitering som politikk, virksomhet og studiefelt*, Oslo, Gyldendal Akademisk.
- BACKENROTH, G. A. M. & AHLNER, B. O. H. 2000. Quality of life of hearing-impaired persons who have participated in audiological rehabilitation counselling. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 22, 225-240.

- BAUTZ-HOLTER, E., SVEEN, U., SOBERG, H. & ROE, C. 2007. Utfordringer og trender i rehabilitering. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 127, 304.
- BERGSETH, S. M. 2007. I hvilken grad er hørselshemmede tilfreds med det som skjer i første konsultasjon hos audiograf. Hovedfagsoppgave. Universitetet i Oslo.
- BERTOLI, S., STAEHELIN, K., ZEMP, E., SCHINDLER, C., BODMER, D. & PROBST, R. 2009. Survey on hearing aid use and satisfaction in Switzerland and their determinants. *International Journal of Audiology*, 48, 183-195.
- BIERING-SØRENSEN, M., CHRISTENSEN, B., SØRENSEN, M. S. & PARVING, A. 1997. The Valby Project: a survey of hearing in the elderly  $\geq 80$  years of age not provided with hearing aids. *Scandinavian Audiology*, 26, 33-41.
- BINDER, T. 2006. Aldring hos mennesker med funksjonshemmninger. I: ELDTREOMSORGENS ABC (red.) *Funksjonshemming og aldring. Fordypningshefter*, Tønsberg, Forlaget aldring og helse.
- BIRKLER, J. 2005. *Videnskabsteori: en grundbog*, København, Munksgaard.
- BIXO H., NORMAN C. L., NORDÈN M. & CEDERSTRÖM B-L. 2004. *Hørselsboken: ung og hørselshemmet - hva behøver man å vite? : en veiledning for lærere og andre som arbeider med unge hørselshemmede*, Holmestrand, Møller kompetansesenter.
- BOLLIGER, K. 2012. *Hearing is Living*. Hear the world, an initiative by Phonak. [Online] Tilgjengelig fra: <http://www.hear-the-world.com/en/study/read-the-study.html> [Lastet ned 14.08.12]
- BORG, M. 2009a. Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46, 452-459.
- BORG, M. 2009b. Hverdagslivet. I: BORG, M. & TOPOR, A. *Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*, Oslo, Kommuneforlaget



- BREDLAND, E. L., LINGE, O. A. & VIK, K. 2011. *Det handler om verdighet og deltakelse: verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- BREIDABLIK, H. 1998. Høreapparater hos eldre - ikke bare i skuffen! *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 118, 1414-1416.
- BROOKS, D. 1989. The effect of attitude on benefit obtained from hearing aids. *British Journal of audiology*, 23, 3-11.
- BROOKS, D. & HALLAM, R. 1998. Attitudes to hearing difficulty and hearing aids and the outcome of audiological rehabilitation. *British Journal of audiology*, 32, 217.
- CARSTENSEN, L. L. 1995. Evidence for a life-span theory of socioemotional selectivity. *Current directions in psychological science*, 4, 151-156.
- CRESWELL, J. W. 2007. *Qualitative inquiry & research design: choosing among five approaches*, Thousand Oaks, Calif., Sage.
- CRUICKSHANKS, K. J., WILEY, T. L., TWEED, T. S., KLEIN, B. E. K., KLEIN, R., MARES-PERLMAN, J. A. & NONDAHL, D. M. 1998. Prevalence of hearing loss in older adults in Beaver Dam, Wisconsin. *American Journal of Epidemiology*, 148, 879-886.
- DALEN, M. 2011. *Intervju som forskningsmetode*, Oslo, Universitetsforl.
- DALLAND, O. 2010. *Pedagogiske utfordringer for helse- og sosialarbeidere*, 2. utg. Oslo, Gyldendal akademisk.
- DALTON, D. S., CRUICKSHANKS, K. J., KLEIN, B. E. K., KLEIN, R., WILEY, T. L. & NONDAHL, D. M. 2003. The impact of hearing loss on quality of life in older adults. *The Gerontologist*, 43, 661-668.
- DANERMARK, B. D. 1998. Hearing Impairment, Emotions and Audiological Rehabilitation. *Scandinavian Audiology*, 27, 125-131.

- DIENER, E., SUH, E. M., LUCAS, R. E. & SMITH, H. L. 1999. Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological bulletin*, 125, 276.
- DIJCKS, B., DE WITTE, L., GELDERBLUM, G., WESSELS, R. & SOEDE, M. 2006. Non-use of assistive technology in The Netherlands: A non-issue? *Disability & Rehabilitation: Assistive Technology*, 1, 97-102.
- DUKES, S. 1984. Phenomenological methodology in the human sciences. *Journal of Religion and Health*, 23, 197-203.
- EIDE, H. & EIDE, T. 2007. *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- EKEBERG, Ø. 2007. Å leve med kronisk sykdom eller alvorlig funksjonsbegrensning. I: VAGLUM, P. & FINSET, A. R. (red.) *Helse, sykdom og atferd. Innføring i medisinske atferdsfag*, 2 utg. Oslo, Cappelen Akademisk Forlag.
- ENGELUND, G. 2006. Time for hearing-recognizing process for the individual. A grounded theory. *Unpublished Ph. D. Thesis, Dept. of Nordic Studies and Linguistic Audiologopedics*, University of Copenhagen & Oticon Research Centre, Eriksholm. .
- ERBER, N. P. & SCHERER, S. C. 1999. Sensory loss and communication difficulties in the elderly. *Australasian Journal on Ageing*, 18, 4-9.
- FALKENBERG, E.-S. 2007. Holistic aural rehabilitation: a challenge. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 9, 78-90.
- FOSSHEIM., H. J. 2009. *Informert samtykke*. De nasjonale forskningsetiske komiteer. [Online]. Tilgjengelig fra: <http://www.etikk.no/no/FBIB/Temaer/Personvern-og-ansvar-for-den-enkelte/Informert-samtykke/> [Lastet ned 27.11.2012].
- GAGNÉ, J. P., SOUTHALL, K. & JENNINGS, M. B. 2011. Stigma and self-stigma associated with acquired hearing loss in adults. *Hearing Review*, 18, 16-22.

- GATEHOUSE, S. 2003. Rehabilitation: identification of needs, priorities and expectations, and the evaluation of benefit. *International Journal of Audiology*, 42, 2-2.
- GELFAND, S. A. 2001. *Essentials of audiology*, New York, Thieme.
- GOFFMAN, E. 1986. *Stigma: notes on the management of spoiled identity*, New York, Simon & Schuster.
- GRUE, E. V. 2010. *Vision and hearing impairment in old age*. no. 879, Unipub.
- GRUE L. 1998. *På terskelen. En undersøkelse av funksjonshemmet ungdoms sosiale tilhørighet, selvbylde & livskvalitet*. Doktorgradsavhandling, Universitet i Oslo
- GRØNLIE, S. M. 2005. *Uten hørsel?: en bok om hørselhemming*, Bergen, Fagbokforl.
- GULLACKSEN, A.-C. 2002. *När hörseln sviktar: om livsomställning och rehabilitering*, Malmö, Harec.
- GULLESTAD, M. 1989. *Kultur og hverdagsliv: på sporet av det moderne Norge*, Oslo, Universitetsforlaget.
- GUNDERSEN, T. & LIPPESTAD, J. 2000. *Helhetlig rehabiliteringstilbud til hørselshemmede*, Trondheim, NIS helsetjenesteforskning.
- HALVORSEN, K. 2005. *Ensomhet og sosial isolasjon i vår tid*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- HANSEN, T. & SLAGSVOLD, B. 2011. *Alder. I: NÆSS, S., MOUM, T. & ERIKSEN, J. (red.) Livskvalitet. Forskning om det gode liv*. Bergen: Fagbokforlaget.
- HEAP, K. 2012. *Samtalen i eldreomsorgen: kommunikasjon, minner, kriser, sorg*, Oslo, Kommuneforl.
- HEDLUND, M. 2009. *Meningsbrytninger i begrepet "funksjonshemming". I: TØSSEBRO, J. (red.) Funksjonshemming -politikk, hverdagsliv og arbeidsliv*, Oslo, Universitetslaget.

HEINE, C. & BROWNING, C. 2002. Communication and psychosocial consequences of sensory loss in older adults: overview and rehabilitation directions. *Disability & Rehabilitation*, 24, 763-773.

HELBOSTAD, T. 2009. Hørselshjelpeordningen berges. [Online] Hørselshemmedes landsforbund. Tilgjengelig fra:  
<http://www.hlf.no/Aktuelt/Nyhetsliste/Nyheter/Horselshjelperordningen-berges/>  
[Lastet ned: 12.08.12]

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET 1998. *Ansvar og meistring - Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*. St. meld. 21 (1998-99). [Online]. Tilgjengelig fra:  
<http://www.regjeringen.no/nn/dep/hod/Dokument/proposisjonar-og-meldingar/stortingsmeldingar/19981999/stmeld-nr-21-1998-99-.html?id=431037>  
[Lastet ned: 08.07.12].

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET 2009. *Samhandlingsrefomen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. St. meld. nr 47 (2008-2009). [Online]. Tilgjengelig fra:  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201> [Lastet ned 03.07.12].

HELSE- OG SOSIALDEPARTEMENTET 2002. Et helhetlig rehabiliteringstilbud til hørselshemmede. Plan for utvikling og organisering av tjenestetilbudet. [Online] Tilgjengelig fra:  
[http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rapporter\\_planer/planer/2002/et-helhetlig-rehabiliteringstilbud-til-h.html?id=102041](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rapporter_planer/planer/2002/et-helhetlig-rehabiliteringstilbud-til-h.html?id=102041) [Lastet ned 13.08.12]

HELSEDIREKTORATET. 2011. *Brukermedvirkning* [Online]. Tilgjengelig fra:  
<http://www.helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/brukere-og-parorende/brukermedvirkning/Sider/default.aspx> [Lastet ned 29.06.12].

HELVIK, A., ARNESEN, H., WENNERBERG, S. & JACOBSEN, G. 2008. Bruk av høreapparat–mestring og funksjonstap. *Tidsskrift for den norske lægeforening*.

- HELVIK, A-S., JACOBSEN, G. & HALLBERG, L. R-M. 2006. Psychological well-being of adults with acquired hearing impairment. *Disability & Rehabilitation*, 28, 535-545.
- HENRICHSEN, J. Ø., NORING, E., LINDEMANN, L., CHRISTENSEN, B. & PARVING, A. 1991. The Use and Benefit of In-the-ear Hearing Aids A four-year follow-up examination. *Scandinavian Audiology*, 20, 55-59.
- HOCKING, C. 2000. Having and using objects in the Western world. *Journal of Occupational Science*, 7, 148-157.
- HØRSELSHEMMEDES LANDSFORBUND. *Høreapparatbruker*. [Online]. Tilgjengelig fra: <http://hlf.no/Horselhemminger/Horeapparatbrukere/> [Lastet ned 07.06.12].
- HØRSELSHEMMEDES LANDSFORBUND. 2012. *Fortsatt milder til hørselshjelpeordningen*. [Online]. Tilgjengelig fra: <http://www.hlf.no/Aktuelt/Nyhetsliste/Nyheter/SB-2012-Fortsatt-midler-til-horselshjelperordningen/> [Lastet ned 10.07.12].
- JOHANSEN, T. 2009. *Hørselshemmede og psykososial utvikling. Hvilke erfaringer har de?* Masteroppgave, Universitet i Oslo.
- JONES, D. A., VICTOR, C. R. & VETTER, N. J. 1984. Hearing difficulty and its psychological implications for the elderly. *Journal of epidemiology and community health*, 38, 75.
- JONES, E. M. & WHITE, A. J. 1990. Mental health and acquired hearing impairment: a review. *British Journal of audiology*, 24, 3-9.
- KALAND, M. & SALVATORE, K. 2002. The psychology of hearing loss. *Message posted to [www.asha.org/about/publications/leader-online/archives/2002/ql/020319d.htm](http://www.asha.org/about/publications/leader-online/archives/2002/ql/020319d.htm)*.
- KAPTEYN, T. 1977. Satisfaction with fitted hearing aids I. An analysis of technical information. *Scandinavian Audiology*, 6, 147-156

- KARLSSON, A. K. & ROSENHALL, U. 1998. Aural rehabilitation in the elderly: supply of hearing aids related to measured need and self-assessed hearing problems. *Scandinavian Audiology*, 27, 153-160.
- KASSAH, A. K. & KASSAH, B. L. 2009. *Funksjonshemming: sentrale ideer, modeller og debatter*, Bergen, Fagbokforl.
- KJEKA, A. M. 2007. Tunghørte studenter-mestring: hvilke mestringsstrategier/mestringsressurser tar tunghørte i bruk under høyere utdanning? *HiST Brage, AHS - Rapporter*
- KOCHKIN, S. 2000. MarkeTrak V: "Why my hearing aids are in the drawer": The consumers' perspective. *Hearing Journal*, 53, 34-42.
- KRAMER, S. E., KAPTEYN, T. S., KUIK, D. J. & DEEG, D. J. H. 2002. The association of hearing impairment and chronic diseases with psychosocial health status in older age. *Journal of Aging and Health*, 14, 122-137.
- KROGSTAD, A. & LAUKLI, E. 2007. Akustikk. I: LAUKLI, E. (red). *Nordisk lærebok i audiologi*, Bergen, Fagbokforlaget
- KURTZE, N. & HEM, K. G. 2009. Utrednings- og forskningsprosjekt om hjelpemiddelformidling, tilrettelegging og rehabilitering som fag- og forskningsfelt. *Sintef rapport*
- KVALE, S. & BRINKMANN, S. 2009. *Det kvalitative forskningsintervju*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- KVAM, M. H. & TINGVOLD, L. 2004. *Jeg er så utrolig sliten-: enkeltpersoners erfaringer med å være hørselshemmet, med særlig vekt på arbeidslivet*, Oslo, SINTEF Helse.
- KVARV, S. 2010. *Vitenskapsteori: tradisjoner, posisjoner og diskusjoner*, Oslo, Novus.

- LAPLANTE-LÉVESQUE, A., HICKSON, L. & WORRALL, L. 2010. Rehabilitation of older adults with hearing impairment: A critical review. *Journal of Aging and Health*, 22, 143-153.
- LAUKLI, E. 1998. Hoereapparater-brukes de? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 118, 1347-1347.
- LEVINSON, W., KAO, A., KUBY, A. & THISTED, R. A. 2005. Not all patients want to participate in decision making. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 531-535.
- LORENTSEN, Ø. & BERGE, A. R. 2003. *Hørselshemmede og arbeid: en brukerundersøkelse om erfaringer og synspunkter knyttet til arbeid som livsarena*, Tomter, Rehab-Nor.
- LUNDEBY, H. & TØSSEBRO, J. 2006. Kampen om tilfredsheten - om tjenester for familier med barn med funksjonsnedsettelse. I: ASKHEIM, O. P., ANDERSEN, T. & ERIKSEN, J. (red.) *Sosiale tjenester for familier som har barn med funksjonsnedsettelse*, Oslo, Gyldendal Akademisk.
- LYNG, K. & SVINGEN, E. M. 2001. Kartlegging av alvorlig, kombinert sansetap hos eldre. *Evaluering av en sjekklisterbasert screeningmetodikk. NOVA Rapport 9*, 1.
- MACFARLANE, A. 2007. Funksjonshemming og aldring. I: SWAIN, J., FRENCH, S., BARNES, C. & THOMAS, C. (red.) *Funksjonshemmende barrierer - funksjonsfremmende samfunn*. Oslo: Kommuneforlaget.
- MAGNUS, E. 2009. *Student, som alle andre: en studie av hverdagslivet til studenter med nedsatt funksjonsevne*. Doktoravhandling, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet i Trondheim
- MALTERUD, K. 2003. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. 2 utg. Oslo, Universitetsforl.

- MALTERUD, K. 2011. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. 3 utg. Oslo, Universitetsforl.
- MCGLADE, K. & SOLHEIM, J. 2003. *Hørselstap og rehabiliteringsbehov hos eldre*. Hovedfagsoppgave, Universitet i Oslo.
- MEAD, G. H. 1934. *Mind, self, and society: from the standpoint of a social behaviorist*, Chicago, University of Chicago Press.
- NESS, N. E. 2011. *Hjelpemidler og tilrettelegging for deltakelse: et kunnskapsbasert grunnlag*, Trondheim, Tapir akademisk.
- NORGES STANDARDISERINGSFORBUND 2000. *NS-EN ISO 7029 Akustikk . Statistisk fordeling av høreterskler som funksjon av alder (ISO 7089:2000)*, Oslo, NSF.
- NÆSS, S. & ERIKSEN, J. 2011. Kap. 8. Funksjonshemming. I: NÆSS, S., MOUM, T. & ERIKSEN, J. (red.) *Livskvalitet. Forskning om det gode liv*, Bergen, Fagbokforlaget.
- NÆVDAL, F. 1992. *Hørselstap og depresjon hjå eldre: eit eksplorerande studie av samanhengen mellom hørselstap, depresjon og subjektiv problemdimensjonering med vekt på teoretisk modellering og instrumentkonstruksjon*. Spesiallærarhøgskolen: Universitetet i Oslo.
- PASIENTRETTIGHETSLOVEN 1999. Lov om pasient- og brukerrettigheter § 3. Rett til medvirkning og informasjon [Online]. Lovdata. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-063-003.html#3-1> [Lastet ned 29.07.12].
- POLKINGHORNE, D. E. 1989. Phenomenological research methods. Valle, I R. S. & Halling, S. (red.) *Existential- phenomenological perspectives in psychology*. New-York: Plenum Press
- FORESKRIFT OM HABILITERING OG REHABILITERING 2011. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Fastsatt ved kgl.res. 19. desember 2011, nr 1256 med hjemmel i lov 01. januar 2012 om habilitering og



- rehabilitering. [Online]. Lovdata. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-20111216-1256.html> [Lastet ned 29.07.12].
- POSTHOLM, M. B. 2010. *Kvalitativ metode: en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*, Oslo, Universitetsforlaget.
- RAVNEBERG, B. 2009. De rette tekniske hjelpemidlene. I: TØSSEBRO, J. (red.) *Funksjonshemming - Politikk, hverdagsliv og arbeidsliv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- ROSENHALL, U. & ESPMARK, A-K. K. 2003. Hearing aid rehabilitation: what do older people want, and what does the audiogram tell? *International Journal of Audiology*, 85, 95.
- RØRBYE, B. & KIRK, H. 1992. *Alderdom - fordom*, København, Munksgaard.
- SKOLLERUD, S. H. 1991. *Se hva de sier: praktisk innføring i munnnavlesning*, Oslo, Universitetsforlaget.
- SOLHEIM, J. 2011. *Hearing loss in the elderly: consequences of hearing loss and considerations for audiological rehabilitation*. no. 142, Unipub forl.
- STACH, B. A. 2003. *Comprehensive dictionary of audiology: illustrated*, Clifton Park, NY, Thomson/Delmar Learning.
- STARK, P. & HICKSON, L. 2004. Outcomes of hearing aid fitting for older people with hearing impairment and their significant others. *International Journal of Audiology*, 43, 390-398.
- STATENS HELSETILSYN 2000. *Veileder i habilitering og rehabilitering av mennesker med synstap og hørselstap*, Oslo, Tilsynet.
- STEPHENS, D., LEWIS, P., DAVIS, A., GIANOPOULOS, I. & VETTER, N. 2001. Hearing aid possession in the population: lessons from a small country. *Audiology: official organ of the International Society of Audiology*, 40, 104.

- STUCKI, G., EWERT, T. & CIEZA, A. 2002. Value and application of the ICF in rehabilitation medicine. *Disability & Rehabilitation*, 24, 932-938.
- SUND, A. M. & LANGMARK, S. 1998. Mistet hørselen? Rehabilitering eller utsortering? Ansvarsplassering? *Sluttrapport for prosjektet: Kompetansenettverket for døvblitte/sterkt tunghørtblitte og deres familier*, Oslo, Skådalen Komeptansesenter.
- SUND, A. M. 1994. *Forandringen: en undersøkelse av livssituasjonen til personer som har mistet hørselen*. Institutt for spesialpedagogikk. Universitetet i Oslo
- TAMBS, K. 1998. Utbredelsen av hørselstap *Nytt fra miljø- og samfunnsmedisin. Statens institutt for folkehelse*. Vol. 2. Nr 20.
- TESCH-RÖMER, C. 1997. Psychological effects of hearing aid use in older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 52, 127.
- THOMMESEN, H. 2010. Individuell plan og ansvarlig tjenesteyter. I: THOMMESEN, H. R. (red.) *Rehabilitering som politikk, virksomhet og studiefelt*. 1 utg. Oslo, Gyldendal Akademisk.
- THORNQUIST, E. 2009. *Kommunikasjon: teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- THORSEN, K. 2003. Å falle mellom alle stoler?—Om aldring blant funksjonshemmede mennesker. *Nordisk sosialt arbeid*, 1, 46-55.
- TØSSEBRO, J. 2010. *Hva er funksjonshemming*. Oslo, Universitetsforl.
- TØSSEBRO, J. & LUNDEBY, H. 2002. *Å vokse opp med funksjonshemming: de første årene*, Oslo, Gyldendal Akademisk.

VAGLUM, P. 2007. Pasienten din har ikke bare en sykdom. I: VAGLUM, P., FINSET A. (red.) *Helse, sykdom og atferd. Innføring i medisinske adferdsfag*. 2. utg. Oslo, Cappelen Forlag.

VAN DEN BRINK, R., WIT, H., KEMPEN, G. & VAN HEUVELEN, M. 1996. Attitude and help-seeking for hearing impairment. *British Journal of audiology*, 30, 313-324.

VUORIALHO, A., KARINEN, P. & SORRI, M. 2006. Counselling of hearing aid users is highly cost-effective. *European archives of oto-rhino-laryngology*, 263, 988-995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION 1991. Report of the informal working group on prevention of deafness and hearing impairment programme planning. *Geneva: WHO*, 18-21.



## Vedlegg 1.

### Til høresentralen

#### Forespørsel om tilgang til informanter via pasientregister

Dette er en forespørsel om å få tilgang til eldre førstegangs høreapparatbrukere gjennom deres pasientregister. Ønsket med forespørselen er å få tak i kandidater til å delta i en masteroppgave. Studien gjøres i samarbeid med Prof. Jan Tøssebro og Ph. D. Jorunn Solheim.

Brukerne vil bli spurt om å delta i et intervju. Intervjuene vil basere seg på hvordan eldre førstegangs høreapparatbrukere opplever hverdagslivet med et hørselstap etter behandling og hørselsrehabilitering. Helt konkret ønsker jeg blant annet å spørre brukerne hvordan de opplevde tidsbruken i møte med helsepersonell under behandlings- og rehabiliteringsprosessen. Samtidig komme innpå opplevelsen av brukernes emosjonelle og sosiale hverdag etter behandling og hørselsrehabilitering.

Hensikten med oppgaven er å undersøke om behandlings- og hørselsrehabiliteringsprosessen har forandret opplevelsen av å leve med et hørselstap. Det er ønskelig å belyse om behandlings- og rehabiliteringsprosessen virker tilfredsstillende ut fra brukerens ønsker og behov. Blant fagpersonell i hjelpeapparatet vil det være av betydning at dette blir etterfulgt.

For øvrig er jeg utdannet audiograf og masterstudent i Helsevitenskap ved NTNU, Trondheim. Masteroppgaven er beregnet å være ferdig innen 1. juni. 2013.

Jeg håper på et samarbeid hvor interessene for behandling og hørselsrehabilitering blir ivaretatt. Tilbakemelding på undersøkelsen og funn kan ettersendes om ønskelig.

Prosjektet er godkjent av REK.

Vedlagt følger et informasjonsskriv om hvilke brukere jeg ønsker å inkludere i oppgaven.

Vennligst ta kontakt om det skal være spørsmål knyttet til prosjektet.

Telefonnummer/E-post:

Med hilsen

Elise Liverød Hagen

## Vedlegg 1.

### Veiledning til administrator

Denne veiledningsbeskrivelsen vil forklare hva dere skal gjøre som administratorer.

Brevet inneholder informasjonsskriv til brukerne og samtykkeerklæring. Brevet skal sendes ut til høreapparatbrukere, som inngår innenfor mine inklusjonskriterier.

Her finner du øvrige inklusjonskriterier til de som kan være med i undersøkelsen:

- ✓ Pasientene skal være eldre brukere over 65 år.
- ✓ Menn og kvinner kan delta.
- ✓ Personene skal være førstegangs høreapparatbrukere, dvs. at de ikke skal ha hatt høreapparat tidligere.
- ✓ Personene skal være utredet, fått tilpasset høreapparat og avsluttet behandlingen minst 3 måneder før intervju og hatt høreapparat i maksimalt 1 år.
- ✓ Jeg ønsker å intervju 6-8 personer. For å være sikker at jeg har mange nok deltakere ønsker jeg at dere sender ut brevet til 12 av deres brukere.

Eksklusjonskriterier:

- ✓ Demens og alvorlig sykdom

Takk for at du vil hjelpe meg i mitt mastergradsprosjekt.

## Vedlegg 2.

### Til nye høreapparatbrukere

### Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

#### *”Hørselsrehabilitering for eldre hørselshemmede”*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie. Undersøkelsen gjelder dine erfaringer med å leve med et hørselstap etter hørselsrehabilitering. Jeg ønsker å undersøke hvordan hørselstap og hørselsrehabiliteringen har forandret din hverdag. Forespørselen er sendt via din hørselsklinikk og gjøres i forbindelse med min masteroppgave i Helsevitenskap ved NTNU. Studien gjøres i samarbeid med Prof. Jan Tøssebro og Ph. D. Jorunn Solheim.

Undersøkelsen baserer seg på intervju. Intervjuene vil foregå i løpet av februar 2012 og vil vare i en knapp time. Intervjuet vil handle om dine erfaringer knyttet til hørselstap og hvilke forandringer hørselsrehabiliteringen har ført med seg. Opplysningene vil bli behandlet uten navn eller andre opplysninger som gjør at du kan identifiseres. Det vil heller ikke være mulig å identifisere deg i resultatene fra studien når disse publiseres.

Det er frivillig å delta i studien. Om du deltar eller ikke vil ikke ha konsekvenser for behandlingen hos din hørselsklinikk. Vi håper imidlertid at du kan tenke deg å delta. Dine erfaringer fra hørselsrehabiliteringen er viktige og funnene vil kaste lys over hvordan tjenestetilbudet synes å fungere. Funnene fra undersøkelsen vil gi en indikasjon på om eldre førstegangs høreapparatbrukere mottar et tilpasset tilbud eller om tjenesten bør tilpasses bedre til brukerens behov.

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

Om du nå sier ja til å delta, kan du når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke deg. Dersom du har spørsmål til studien, eller noe er uklart, kan du kontakte Elise Liverød Hagen. Telefonnummer:

Ytterligere informasjon om prosjektet og personvern finnes i vedleggsskriv.

Med vennlig hilsen

Elise Liverød Hagen

## Vedlegg 2.

### Utdypende forklaring av hva studien innebærer

Flere eldre hørselshemmede får mangelfull informasjon under rehabiliteringstiden. Fokuset synes i stor grad å være rettet mot de medisinske aspektene, mens praktisk bruk i hverdagen kan komme i bakgrunnen. Det gjør at mange brukere kan måtte lære måter å håndtere ulike situasjoner og ta rede på ulike rehabiliteringstiltak på egen hånd.

Formålet med studien er å undersøke hvordan eldre førstegangs høreapparatbrukere opplever sitt hørselstap etter behandling og hørselsrehabilitering. I tillegg er det ønskelig å vurdere om behandlingstilbudet dere mottok samsvarte med dine egne vurderinger av behovene. I forhold til hvordan førstegangs høreapparatbrukere opplever deres funksjonssvikt, vil jeg også at deltakerne skal vurdere om opplevelsen av psykiske og sosiale faktorer har endret seg etter behandling og hørselsrehabilitering.

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysninger vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Opplysningene jeg har av deg vil bli anonymisert etter prosjektets slutt 01.06.13 ved at vi sletter den koden som knytter deg til opplysningene om deg.

Materialet fra prosjektet vil publiseres på en slik måte at det ikke vil være mulig å identifisere den enkelte.

### Personvern

Opplysninger som registreres om deg er navn og fødselsdato.

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du på et senere tidspunkt trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Som deltaker har du rett til å få informasjon om resultatet fra studien.



## Vedlegg 2.

### Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)



### Vedlegg 3.

#### Intervju-/ temaguide

*Før intervjuet:*

Kort presentasjon av meg selv.

Formålet med oppgaven: Undersøke hvordan eldre brukere opplever hverdagen etter endt tidsavgrenset hørselsrehabilitering. Målet med undersøkelsen er å vite om rehabiliteringen har gitt mening for brukerne.

Si dine ærlige meninger; dine erfaringer kan ha stor betydning for utviklingen av rehabiliteringstilbudet.

Dine erfaringer vil bli fremstilt anonymt.

Tillatelse til bruk av lydbånd – kun til eget bruk. Vil bli slettet før ...

*Opplevelse av hørselshemmingen FØR behandling og hørselsrehabilitering:*

Jeg ønsker å få et inntrykk av hvordan du opplevde hverdagen med et hørselstap før du gikk gjennom en tidsavgrenset hørselsrehabilitering, og hva som preget hverdagen din.

1. Hva var utfallet for at du henvendte deg til ØNH- spesialist/audiograf?
2. På hvilken måte kom du i kontakt med hjelpeapparatet?
3. Hvilke problemer med hørselen opplevde du før behandling og hørselsrehabilitering?  
I hvilken sammenheng opplevde du problemer?
4. På hvilken måte har hørselsvanskene påvirket hverdagen din?  
Fritidsaktiviteter? Familie?
5. Hvilke følelser opplevde du knyttet til ditt hørselstap?
6. Synes du har forandret deg som person etter at hørselen ble svekket?  
Eventuelt hvordan?
7. Hvordan mestret du problemene knyttet til hørselshemmingen?  
Hvilke utfordringer opplevde du i møte med omgivelsene?

*Opplevelse av hørselstapet UNDER behandling og hørselsrehabilitering.*

Jeg vil gjerne vite hvordan du opplevde forløpet i møte med hjelpeapparatet.

8. Type hørselstap:

### Vedlegg 3.

9. Helsestatus utover nedsatt hørsel:

Øresus/svimmelhet

10. Når var du inne til behandling og hørselsrehabilitering?

11. Hva var din motivasjon til å gå gjennom en rehabiliteringsprosess?

12. Hvordan opplevde du forløpet i behandlingen og hørselsrehabiliteringen?

Hvor god tid ble det satt av til hørselsmåling, (avstøp) og tilpassning?

Hvor god tid ble det satt av til forklaring, veiledning, rådgivning og informasjon?

13. Opplevde du at helsepersonell behandlet deg etter dine ønsker, ressurser og behov?

På hvilken måte synes du ønskene, ressursene og behovene ble ivaretatt/ikke ivaretatt praktisk og følelsesmessig?

14. Har dere fått tilbud om hørselshjelp?

*Opplevelse av hørselstapet ETTER hørselsrehabilitering.*

I denne delen av intervjuet ønsker jeg å vite om du opplever endringer etter møte med hjelpeapparatet, og på hvilken måte endringene eventuelt trer seg frem. Jeg ønsker også å spørre om bruk av høreapparat har forandret deg i forhold til opplevelse av emosjonell og sosial velvære.

15. Hvor ofte bruker du høreapparat?

16. I hvilken grad har høreapparatet ført til endringer i det sosiale liv?

På hvilken måte synes du livssituasjonen har endret seg?

Hvordan opplever du hørselstapet i sosiale sammenhenger i ettertid, praktisk/følelsesmessig?

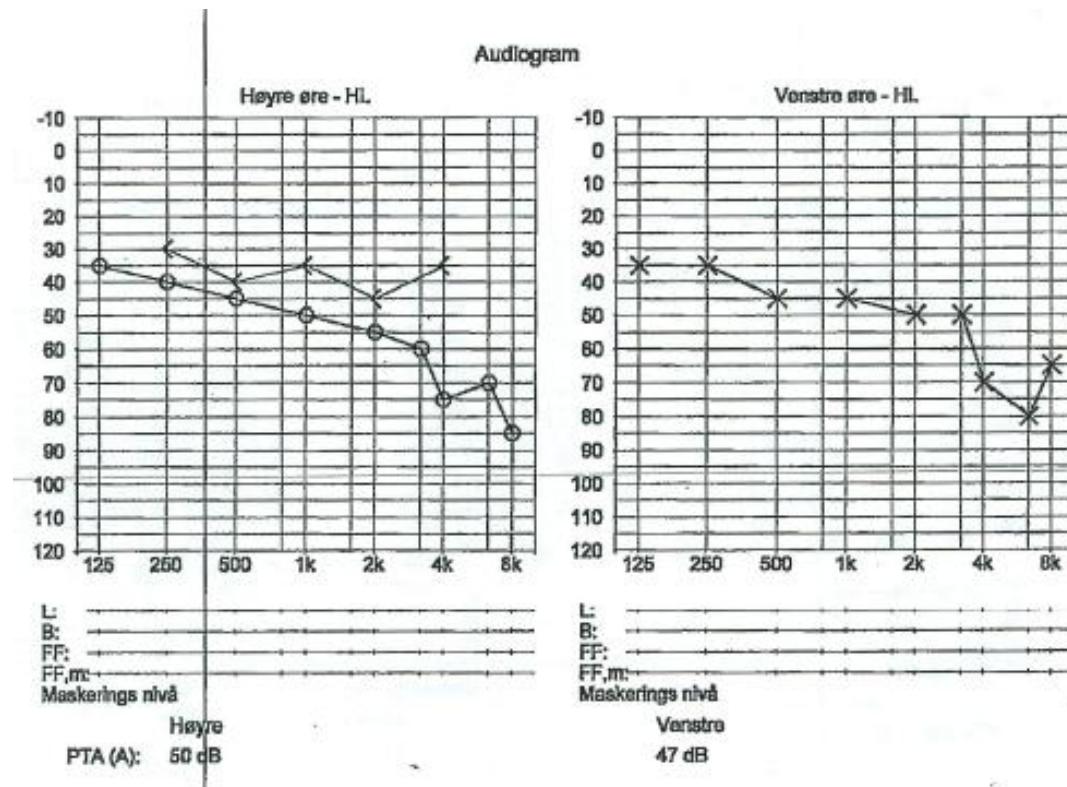
17. Opplevde du at behandlingen og hørselsrehabiliteringen ga mening?

På hvilken måte ga det (ikke) mening?

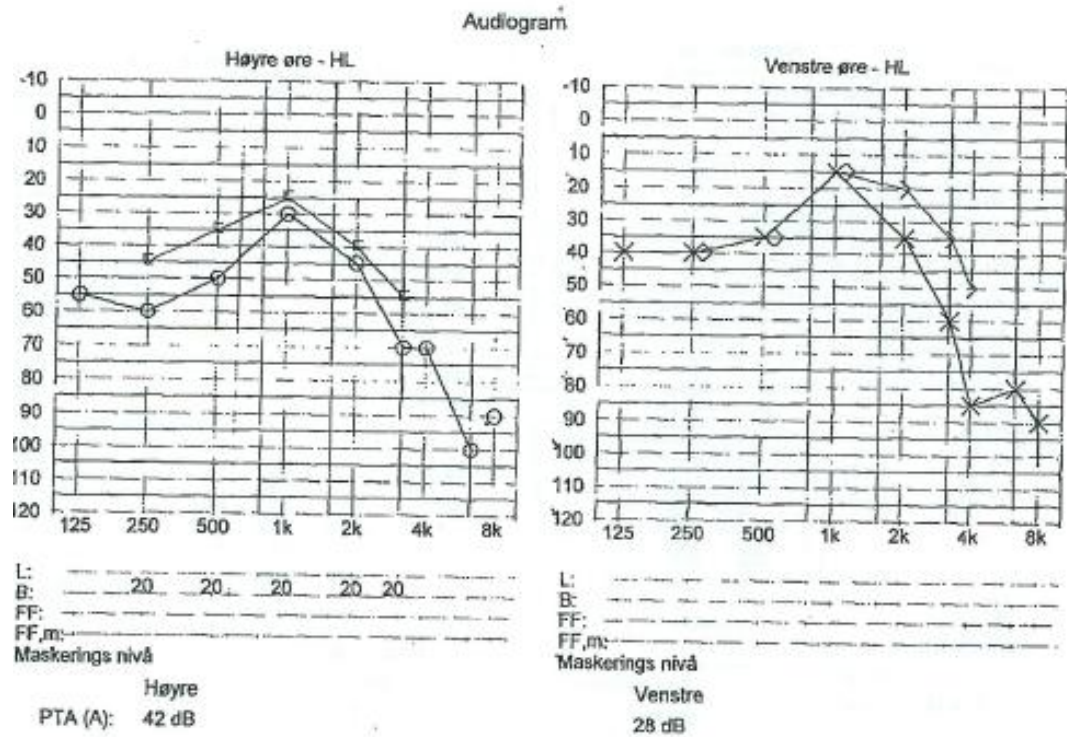
18. Noe annet du vil tilføye, som vi ikke har snakket om?

## Vedlegg 4.

Informant 1:

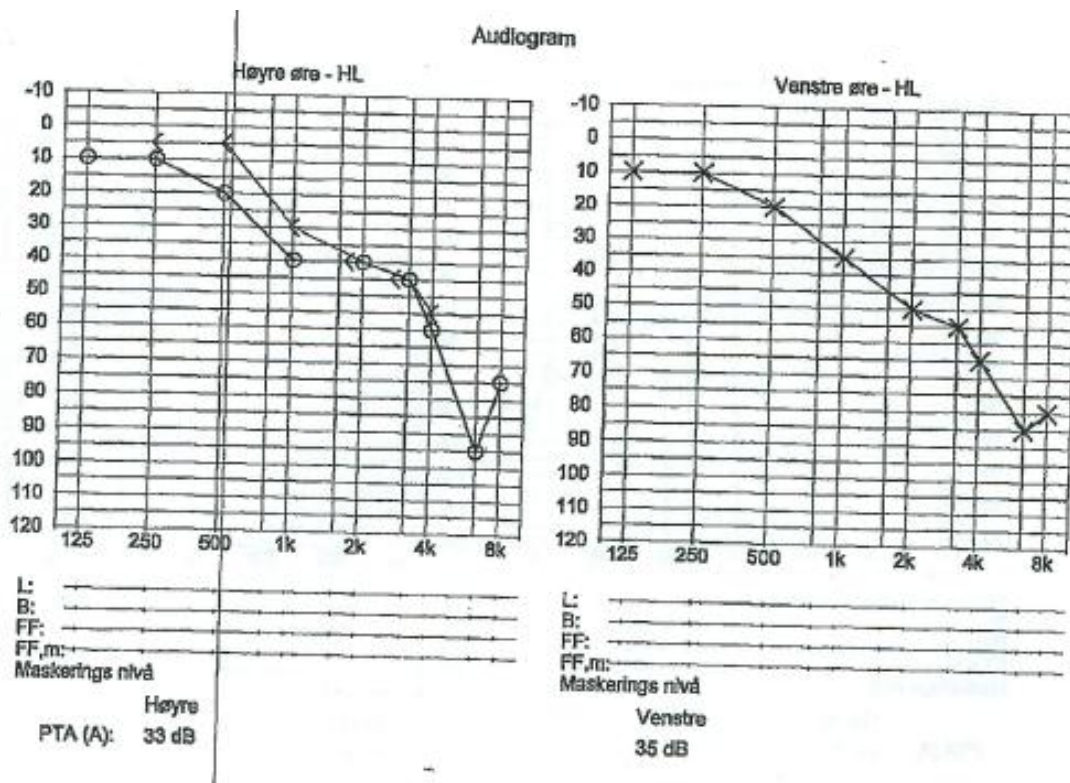


Informant 2:

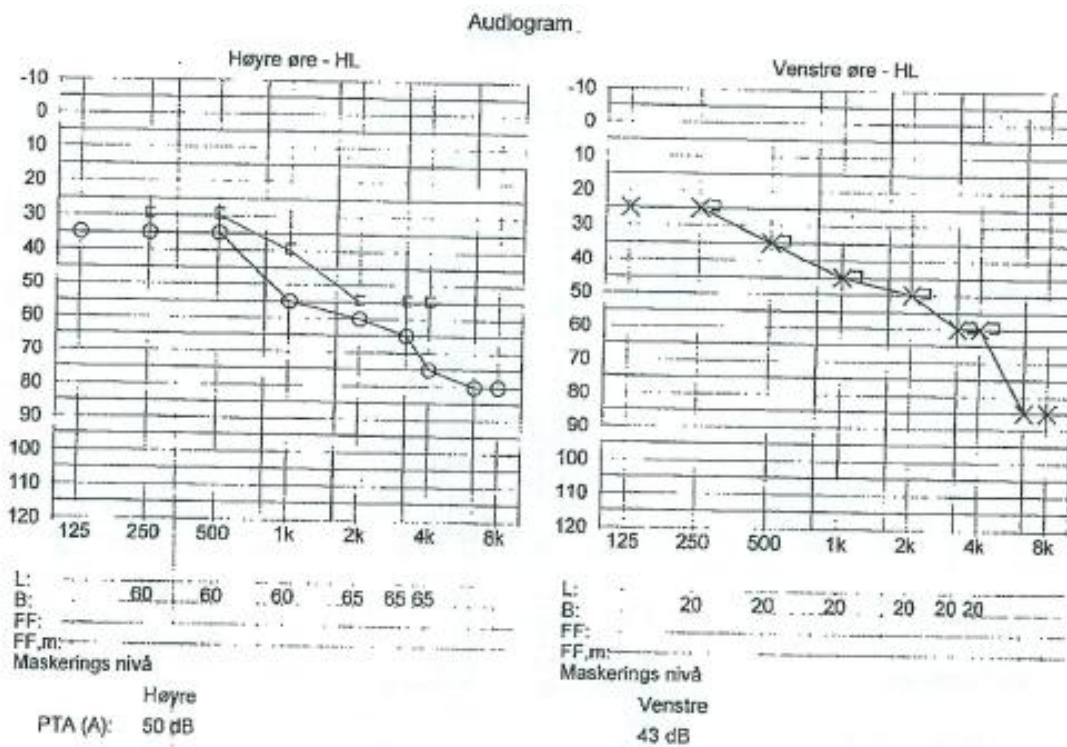


## Vedlegg 4.

Informant 3:

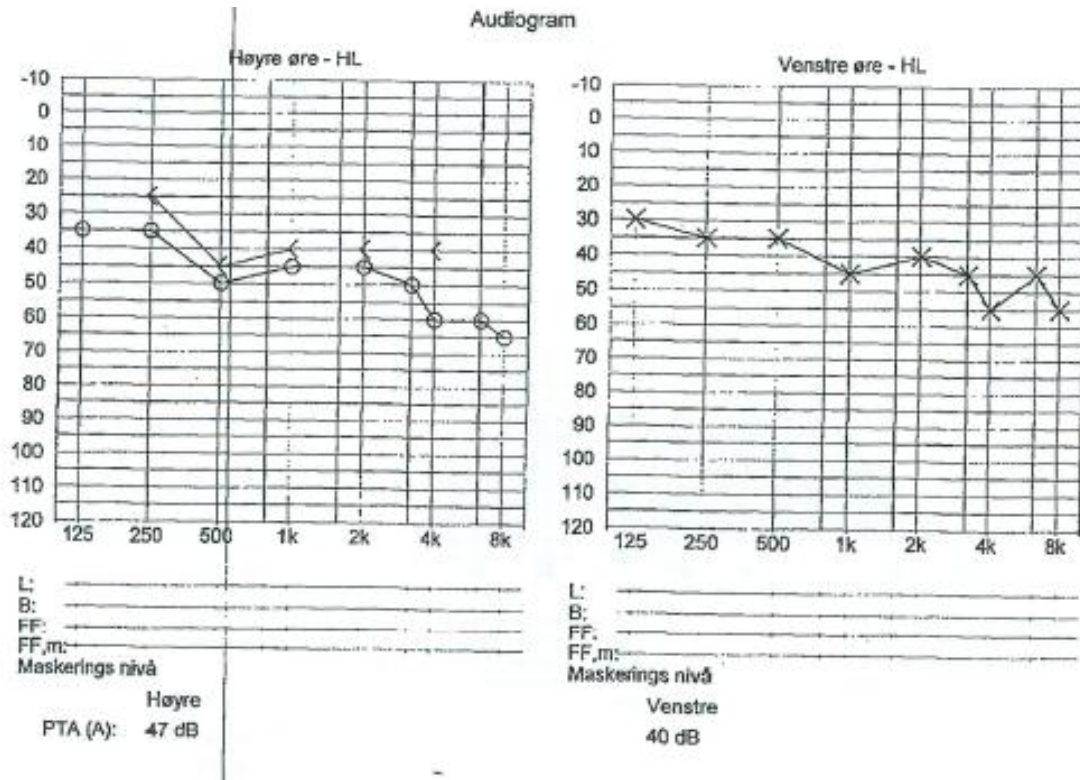


Informant 4:



# Vedlegg 4.

Informant 5:









## Vedlegg 5.



---

Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK nord	Monika Rydland Gaare	77620756	18.01.2012	2011/2165/REK nord
			Deres dato:	Deres referanse:
			09.01.2012	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Jan Fredrik Støren Tøssebro

ISH

### 2011/2165 Hørselsrehabilitering på eldre hørselshemmede

Vi viser til tilbakemelding av 09.01.2012 vedlagt Forespørsel/informasjon/samtykke datert 04.01.2012.

**Forskningsansvarlig institusjon NTNU ved: Jan Morten Dyrstad**  
**Prosjektleder: Jan Fredrik Støren Tøssebro**

#### Prosjektomtale (original):

*Det kan virke som flere voksne hørselshemmede får dårlig informasjon under rehabiliteringstiden. Fokuset synes i større grad å være rettet på de biomedisinske aspektene, framfor de biopsykososiale. Dårlig informasjon fra helsepersonellet preger brukeren ved at flere må lære ulike kommunikasjonsstrategier på egen hånd. En negativ effekt av hørselshemming synes å være dårlig selvbilde og livskvalitet, og uten et helhetlig rehabiliteringstilbud synes ikke den psykososiale helsen å endre seg. Jeg vil undersøke hvordan førstegangshøreapparaturbrukere opplever hørselshemmingen etter behandling og hørselsrehabilitering, i tillegg vurdere om opplevelsen av å være hørselshemmet i noen grad er påvirket av tiden brukerne får til behandling og hørselsrehabilitering. Ift hvordan hørselshemmede opplever deres funksjonssvikt vil fokuset være noe rettet på om opplevelsen av psykiske og sosiale faktorer har endret seg etter behandling og rehabilitering. Se vedlagt frskningsprotokol*

*Merknader til Forespørsel/informasjon/samtykke:*

I andre avsnitt på forespørselens første side må det opplyses hva intervjuene vil handle om.

I en forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt må man unngå å uttrykke seg på en måte som kan oppfattes som press til å delta. Tredje setning i tredje avsnitt på første side: *"Vi vil imidlertid sterkt oppfordre deg til å delta"* må slettes. Tredje avsnitt under **Utdypende forklaring av hva studien innebærer**: *"Din opplevelse og erfaring knyttet til rehabiliteringstilbudet vil kvalitetssikre at din hørselsklinikk yter god service. Dine synspunkter kan ha stor betydning og derfor håper jeg at du vil delta"* må av samme grunn også slettes.

Denne forespørselen henvender seg til eldre hørselshemmede. For at forespørselen skal være lett å forstå for den forespurte må man bruke allment forståelige begrep og ikke faguttrykk. I første avsnitt under **Utdypende forklaring av hva studien innebærer** står det: *"Fokuset synes i større grad å være rettet på de medisinske aspektene, framfor de psykososiale"*. Begrepet **psykososiale** må beskrives eller omskrives. Det samme gjelder ordet **subjektiv** i andre avsnitts andre setning: *"I tillegg er det ønskelig å vurdere behandlingstilbudet dere mottok samsvarte med subjektiv vurdering av behov."*

---

Besøksadresse:  
TANN-bygget Universitetet  
i Tromsø 9037 Tromsø

Telefon: 77646140  
E-post: rek-nord@fagmed.uit.no  
Web:  
<http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK nord og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK nord, not to individual staff

## Vedlegg 5.

Siste setning i nest siste avsnitt for **Personvern** bør tilfoyes ” *Opplysningene jeg har av deg vil bli anonymisert etter prosjektslutt 01.06.2013 ved at koden som knytter deg til dine opplysninger slettes.* ”

Når det gjelder samtykkeerklæringen så skal linje for bekreftelse på gitt informasjon kun være med dersom informasjon om studien gis ansikt til ansikt. I de tilfeller forespørselen sendes ut pr. post skal denne linjen slettes.

Prosjektleder bør ta høyde for at flere enn tiltenkt antall deltakere vil samtykke til deltakelse. Det bør derfor av forespørselens siste side, kontaktinformasjon, gjøres oppmerksom på at dette kan skje og at de som eventuelt ikke kan inkluderes i studien vil få beskjed om dette.

Etter fullmakt er det fattet slikt

### Vedtak

*Med hjemmel i helseforskningsloven § 10 og forskningsetikkloven § 4 godkjennes prosjektet. Før prosjektet kan igangsettes må det sendes inn revidert informasjonsskriv i tråd med komiteens merknader.*

Godkjenningen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden og protokollen, og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Godkjenningen av prosjektet gjelder til 01.06.2013. Av dokumentasjonshensyn kan dataene likevel bevares inntil 01.06.2018. Opplysningene skal deretter slettes eller anonymiseres, senest innen 01.12.2018.

Opplysningene skal lagres aidentifisert, det vil si adskilt i en nøkkel- og en opplysningsfil.

Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder for «Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren».

Prosjektet skal sende sluttmelding til REK nord på fastsatt skjema senest 01.12.2013.

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jf. helseforskningslovens §10,3ledd og forvaltningslovens §28. En eventuell klage sendes til REK Nord. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet, jf. forvaltningslovens §29.

Dersom det skal gjøres vesentlige endringer i prosjektet i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, må prosjektleder sende endringsmelding til REK. Vi gjør oppmerksom på at hvis endringene er så store at det er tale om et helt nytt prosjekt, må prosjektleder sende ny søknad, eller REK kan pålegge at det sendes ny søknad, jf. helseforskningslovens § 11.

Vi ber om at tilbakemeldinger til komiteen og prosjektendringer sendes inn på skjema via vår saksportal: <http://helseforskning.etikkom.no>. Øvrige henvendelser sendes på e-post til [post@helseforskning.etikkom.no](mailto:post@helseforskning.etikkom.no).

Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Med vennlig hilsen

May Britt Rossvoll  
sekretariatsleder

Monika Rydland Gaare  
seniorkonsulent

Kopi til: [jan.dyrstad@svt.ntnu.no](mailto:jan.dyrstad@svt.ntnu.no)