

10016 & 10005

# En kvalitativ studie om musikkopplevelse og tilrettelegging hos høreapparatbrukere

Bacheloroppgave i Audiologi

Mai 2021





Norwegian University of  
Science and Technology

**En kvalitativ studie om musikkopplevelse og tilrettelegging  
hos høreapparatbrukere**

**A qualitative study on music experience and facilitation for hearing aid users**

**Bacheloroppgave i audiologi**

Norges teknisk- naturvitenskapelige universitet (NTNU)

Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH)

Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap (INB)

Studieprogram for audiologi (AUD)

BAU2018

Kandidatnummer: 10016 & 10005



## Sammendrag

**Formål:** Det anslås at antall personer med nedsatt hørsel vil øke i fremtiden. Med lite fokus på musikkopplevelse i rehabilitering kan det oppstå flere hørselshemmede med vansker for musikklytting fremover. Denne studien sitt mål er å undersøke musikkopplevelsen hos høreapparatbrukere og hvordan dette tilrettelegges, dette for å skape større innsikt for det audiologiske miljøet.

**Metode og deltakere:** For å undersøke dette temaet ble det blitt brukt kvalitativt forskningsmetode og semistrukturert intervju. Seks deltakere fra Hørselshemmedes Landsforbund ble intervjuet. I analysen ble det brukt systematisk tekstkondensering basert på fenomenologisk tilnærming.

**Resultat:** Fra intervjuene kommer det frem hindringer i musikkopplevelsen som er felles for flere av deltakerne, hvor det er i liten grad gjennomført tilrettelegging for dette. Musikkbruken blant deltakerne har blitt redusert grunnet hvordan hørselsnedsettelsen ødelegger for musikkoppfattelse, da kvaliteten på musikken oppleves dårligere. Noen opplever at musikksmak har endret seg grunnet vansker i det de lyttet til tidligere. Dette ble forbundet med stress, sorg og ensomhet for deltagerne, da dette hindrer dem i å delta på aktiviteter som inkluderer musikk i like stor grad som før. Gjennom deres rehabiliteringer har ikke musikk vært et tema som ble tatt opp, da fokuset har ligget på høreapparatet og taleoppfattelsen. De opplever også mangel på informasjon om mulighetene de har i sin rehabilitering. At det er gjort få tilrettelegginger for musikkopplevelsen til deltakerne i rehabiliteringen har gjort at flere setter i gang tiltak på eget initiativ. Flere av deltakerne er allikevel fornøyd med musikklytting gjennom høreapparatene, mens noen syntes at det ikke fungerer i det hele tatt.

**Konklusjon:** Denne studien konkluderer med at det er variasjon i musikkopplevelsen hos høreapparatbrukere, og at det er lite tilrettelegging for dette i audiologisk rehabilitering. Resultatene viser at pasienter kan oppleve vansker med musikklytting etter rehabilitering, da dette har lite plass i dagens rehabiliteringsform. Dermed er det viktig å skape et større fokus på feltet, hvor mer kunnskap om tilrettelegging for musikkopplevelse i rehabilitering og informasjon til pasienter er viktig.

## **Abstract**

**Objectives:** The amount of people suffering from hearing impairment is expected to rise in the future. By devoting little attention to music experience in rehabilitation, the number of patients suffering from hearing impairment that experience difficulties with listening to music, is expected to increase in the future. The aim of this case study is therefore to examine music experience for hearing aid users and how to facilitate them, to gain further insight within the audiological environment.

**Methods and participants:** In order to investigate this topic, a qualitative case study has been conducted by interviewing in a method recognised as semi-structured. Six participants were selected among members of the Norwegian National Association of the Hearing Impaired (HLF – Hørselshemmedes Landsforbund). It was further analysed by using a systematic text condensation based on a phenomenological approach.

**Results:** The results suggest that there are common obstacles in music experience among the participants, as well as questionable facilitation on the subject. The use of music among participants has decreased due to their hearing impairments which further ruins their music experience. This is because of the poor quality of music they experience. Some have experienced a change in their music taste due to these challenges which was tied to increased stress, sorrow, and loneliness because it stops them from attending activities that include music that they previously would have attended. The results further suggest that the focus in rehabilitation has been the hearing aid and speech perception, and that music as a topic has not been brought up to a significant degree. The participants also experienced a lack of information about the possibilities they had in the rehabilitation process, making them come up with measures on their own initiative. Nevertheless, several of the participants are satisfied with music listening through hearing aids, while others feel like it is not working at all.

**Conclusions:** The findings indicate that there are various experiences in music experience among hearing aid patients, and that there is little facilitation to this in audiological rehabilitation. Furthermore, the results describe how some patients experience difficulties in listening to music after rehabilitation, as this is given little room in today's form of rehabilitation. It is therefore important to create a larger focus on the field, as more knowledge about facilitating for music experience in rehabilitation and information is imperative.

## **Forord**

Tusen takk til alle intervjupersonene som deltok i denne studien og delte sine opplevelser og erfaringer med oss, dette hadde ikke vært mulig uten dere. Vi vil også takke vår veileder Kai for å støtte oss igjennom hele prosessen, både med god veiledning og tørr humor.

# Innholdsfortegnelse

<b>1. Introduksjon.....</b>	<b>1</b>
1.1. Hørselsnedsettelse og musikk .....	1
1.2. Musikkopplevelse.....	2
1.3. Audiologisk rehabilitering.....	3
1.4. Biopsykososialt perspektiv .....	4
1.5. Informasjon .....	5
1.6. Tilrettelegging for bedre musikkoppfattelse .....	6
1.7. Begrunnelse for valg av tema.....	6
<b>2. Problemstilling .....</b>	<b>7</b>
<b>3. Metode .....</b>	<b>7</b>
3.1. Intervjuguide .....	8
3.2 Rekruttering av deltakere .....	9
3.3 Gjennomføring av intervju .....	10
3.4 Transkribering .....	11
3.5 Analysemetode .....	11
3.6 Kredibilitet og pålitelighet.....	12
<b>4. Etiske forhold .....</b>	<b>13</b>
<b>5. Resultater.....</b>	<b>14</b>
5.1. Musikkbruk .....	15
5.2 Musikkoppfattelse og kvalitet .....	16
5.3 Kartlegging og informasjon.....	17
5.4 Hjelpemiddel i høreapparatet .....	18
5.5 Egen tilrettelegging .....	20



<b>6. Diskusjon .....</b>	<b>21</b>
6.1 Musikkbruk .....	21
6.2 Musikkoppfattelse .....	22
6.3 Konsekvens av dårlig musikkopplevelse .....	22
6.4 Kartlegging og informasjon.....	23
6.5 Tilrettelegging .....	25
<b>7. Metodekritikk .....</b>	<b>25</b>
7.1 Forforståelse .....	26
7.2 Deltakere .....	26
7.3 Kredibilitet, pålitelighet og overførbarhet.....	27
<b>8. Konklusjon .....</b>	<b>28</b>
<b>9. Referanser .....</b>	<b>30</b>

## **Vedleggsliste**

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Informasjonsskriv

Vedlegg 3: Svarbrev frå REK

## **1. Introduksjon**

Det er anslått at antall hørselshemmede vil øke i fremtiden, da høy alder er den viktigste risikofaktoren for hørselstap (Meld. St. 19 (2014-2015), s. 175). Denne økningen av antall hørselshemmede er på bakgrunn av den forespeilende eldrebølgen. I 1950 var 8 % av befolkningen 67 år eller eldre, men den er i dag 15 % og forventes å øke til ytterligere 19 % i 2030 og 24 % i 2050 (Statistisk sentralbyrå, 2020, s. 5). Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag fra 2017-2018 (HUNT 4) viser at 18,2% av den norske befolkningen over 20 år har en hørselsnedsettelse større enn 20 dB unilateralt eller bilateralt (Engdahl et al., 2021, s. 49), noe som utgjør per i dag 1 million nordmenn.

Det er mer utfordrende for mennesker med hørselsnedsettelse å lytte til musikk enn normalthørende (Uys & van Dijk, 2011, s. 28–29). Hvor viktig musikkopplevelsen er for personer varierer fra ens glede og interesse for musikk, noe som kan komme av hvordan musikk kan brukes til regulering av humør, ledsagelse for aktiviteter og i sosial sammenheng (Schäfer et al., 2013, s. 2). En studie som undersøkte temaet musikk og rehabilitering viser at det er i liten grad fokus på tilrettelegging for musikk i audiologisk rehabilitering, hvor 58 % av deltakerne fortalte at musikk aldri ble tatt opp i det hele tatt (Greasley et al., 2020, s. 698).

Når det anslås at tallet på personer med hørselsnedsettelse vil øke i fremtiden, kan det også bli flere hørselshemmede som ikke blir rehabilitert med grunnlag for å oppnå bedre musikkopplevelse. Dermed kan studier som denne frembringe relevant kunnskap for fagfelt innen hørsel for å belyse musikkopplevelse hos høreapparatbrukere, og hvordan det blir lagt til rette for i audiologisk rehabilitering.

### **1.1. Hørselsnedsettelse og musikk**

Hørselsnedsettelse er dokumentert som delvis til total svekkelse av hørsel, hvor skillet mellom normalthørende og hørselshemmet ligger på større høreterskel enn 15 dB (Gelfand, 2016, s. 93, 122). Hva som er årsaken til hørselsnedsettelse kan variere stort, der forskjellige lidelser påvirker ulike deler av hørselssystemet. Hørselsnedsettelse kan komme i mange former, hvor sensorinevral- og mekanisk hørselstap er måter å identifisere lokalisasjon og hvordan hørselstapet påvirker hørselen (Manchaiah & Stephens, 2013, s. 8). Det er mer utfordrende for

mennesker med hørselsnedsettelse å lytte til musikk enn normalthørende (Uys & van Dijk, 2011, s. 28–29). For å oppnå en fullverdig musikkoppfattelse er det nødvendig at hørselen har egenskap til å forstå ulike elementer i lydbildet. De viktigste elementene er god frekvensselektivitet, oppfattelse av tonehøyder, taleoppfattelse og evne til å lytte i støy (Cai et al., 2013, s. 170).

I dag er aldersrelaterte hørselstap en av de vanligste hørselsnedsettelsene som rammer oss (Valero-García & Vila-Rovira, 2018, s. 79–80). Når en blir eldre er det mange som vil oppleve en form for hørselsnedsettelse grunnet naturlig forverring av hørselssystemet, hvor tilfeller av aldersrelatert hørselsnedsettelse samles under begrepet presbyacosis (Gelfand, 2016, s. 169). Det er estimert at 20 – 30% av befolkningen vil utvikle en form for aldersrelatert hørselstap innen de fyller 70 år (Roth et al., 2011, s. 1104). Dette gjør at mennesker med presbyacosis utgjør en stor del av gruppen hørselshemmede. Personer med presbyacosis kan oppleve utfordringer relatert til lydbildet. Tilstanden identifiseres ofte med tap av diskantlyder, og følges ofte av svekket taleforståelse i støy, dårlig frekvensdiskriminering, prosesseringsvansker og svekket lokalisasjonsevne av lydkilder (Roth, 2015, s. 358).

## **1.2. Musikkopplevelse**

Musikk er et allestedsnærværende fenomen som har vært en del av menneskets liv i lang tid, hvor det finnes spor av musikalske aktiviteter så langt tilbake som over 250 000 år siden (Schäfer et al., 2013, s. 1). Hvordan en opplever musikk dreier seg om evnen til å oppfatte, prosessere og tolke ulike elementer av det presenterte lydsignalet, hvor kombinasjonen av tonehøyde, melodi, rytme og klang er de viktigste for musikkoppfattelse (Cai et al., 2013, s. 168). En viktig del av hvordan en opplever musikk handler om hvordan en prosesserer lydsignaler via ulike deler av hjernen. Dette innebærer et komplekst samarbeid mellom ulike kognitive prosesser, hvor noen av disse er delt med andre systemer i kroppen en ofte forbinder med hukommelse, følelser og språk (Hernandez-Ruiz, 2019, s. 318–320). Ved å koble sammen det som oppfattes som musikalitet i lydbildet skapes det et produkt en identifiserer som musikk.

I dag er musikk en viktig del av hverdagen for mange. En eksponeres ofte for musikk i omgivelsene, der ulike former for musikk presenteres både i offentlig og privat sammenheng. Daglig er det flere millioner mennesker i verden som aktivt bruker musikk, hvor det anvendes for egen nytelse, regulering av humør, ledsagelse for hverdagslige aktiviteter og i sosiale sammenhenger (Greasley et al., 2020, s. 694). Det kan forekomme store konsekvenser for personer som ikke oppnår god musikkopplevelse. Problematikk rundt oppfattelsen og opplevelsen av musikk kan skape vansker for personers egenskap til å håndtere eget humør og stressnivå, da musikk både distraherer og engasjerer lytteren kognitivt og emosjonelt (MacDonald, 2013, s. 2–4). Vansker med musikkopplevelsen kan også være med på å skape sosiale utfordringer. Bruken av musikk i sosiale settinger fungerer ofte som et bindeledd i grupper av mennesker, hvor det er med på å skape både aktivisering, engasjement og avslapping (Schäfer et al., 2013, s. 2). Om det oppstår hindringer for god musikkopplevelse, kan det formes ulike restriksjoner for personer i deltakelsen av aktiviteter som inkluderer musikk, slik som ved eget bruk eller i sosiale settinger. Dette kan medføre store konsekvenser for ens psykososiale velvære, hvor det kan oppstå frykt, ensomhet og sorg over å falle ut av det sosiale samholdet som følger med musikken (Tye-Murray, 2015, s. 3).

### **1.3. Audiologisk rehabilitering**

En av prosessene som settes i gang for å hjelpe mennesker med ulike hindringer grunnet egen helse er rehabilitering. Målet for rehabilitering er å minimere eller i beste fall fjerne konsekvenser og hindringer som kommer av sykdom eller funksjonsnedsettelse hos pasienter (Gibson et al., 2010, s. 1949). Det er viktig at helseinstitusjoner har god kompetanse på dette feltet, da det står under helsepersonelloven at rehabilitering er en viktig del for å oppnå sikker og god kvalitet i helsehjelp (Helsepersonelloven, 1999, § 2-4).

En audiologisk rehabilitering handler om å gjenopprette eller optimalisere hørselshemmedes deltakelse i aktiviteter som er hindret grunnet hørselsproblematikk, hvor målet er å lindre lyttevanskene, samt minske aktivitetsbegrensninger og deltakerrestriksjoner som følge av hørselstapet (Tye-Murray, 2020, s. 3). Dette omtales videre i kapittel 1.4. Hva det innebærer i gjennomføringen av en audiologisk rehabilitering er avhengig av hvordan pasienten sitt hørselstap ser ut og hvilke personlige behov pasient har. Ofte inneholder en typisk audiologisk rehabiliteringsplan diagnostisering, samt tiltak i form av passende hjelpemidler

(Tye-Murray, 2015, s. 7). Ved å tilpasse høreapparater utfra pasientens hørselstap kan hjelpemiddelet hjelpe med å forbedre oppfattelsen av lyd, dette ved å forsterke områder som hørselen ikke lenger klarer å håndtere selv (Dillon, 2012, s. 287). I de fleste tilfeller er det høreapparater som blir brukt som tiltak i audiologisk rehabilitering. Dette kommer av hvordan forsterkningen kan minske vanskene av hørselstapet, noe som kan redusere de emosjonelle og sosiale problemene som kan oppstå (Solheim et al., 2018, s. 1).

#### **1.4. Biopsykososialt perspektiv**

I rehabilitering er det to ulike perspektiver, det biomedisinske og det biopsykososiale perspektivet. I den biomedisinske modellen er det de syke organene og ikke det syke mennesket som er i fokus. Syke organer undersøkes og kvantifiseres gjennom medisinske undersøkelser og prøver (Kristoffersen et al., 2011, s. 63). Det biopsykososiale perspektivet kom som en kritikk mot det biomedisinske hvor det ble stilt spørsmål rundt begrensningene i det biomedisinske perspektivet (Farre & Rapley, 2017, s. 2). Kritikken ble rettet mot antagelsen om at sykdommer er fullstendig redegjort ved målbare biologiske variabler, og at hensyn som sosiale, psykososiale og adferdsmessige faktorer ikke var tatt høyde for (Farre & Rapley, 2017, s. 2–3). Et biopsykososialt perspektiv kan dermed egne seg bedre til kroniske sykdommer eller skader, slik som hørselstap.

I Helsedirektoratets utredning av tilbud til hørselshemmede kommer det frem at det er størst fokus på teknisk utredning og behandling, samt lite fokus på hvordan en kan mestre livet med høreapparat (Helsedirektoratet, 2020). For å gjennomføre en god audiologisk rehabilitering skal det tas hensyn til pasientens opplevelser og meninger rundt egen helse (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3–1). For å forstå helheten i pasientens hørselstap er det viktig å få en forståelse for hvordan de personlige faktorene rundt funksjonsnedsettelsen påvirker individets helse, noe en kan gjøre ved å ta i bruk et mer pasientsentrert fokus i rehabilitering, også kalt et biopsykososialt perspektiv (Laplante-Lévesque et al., 2014, s. 76–77). Å tilnærme seg et pasientsentrert fokus i rehabilitering handler om å inkludere pasienten sine tanker og meninger om egen helse inn i rehabiliteringsplanen, dette ved å skape et samarbeid som omhandler en likt fordelt maktbalanse (Grenness et al., 2014, s. 60). Flere studier viser også at det er betydningsfullt å inkludere et biopsykososialt perspektiv i audiologisk rehabilitering for

å oppnå et godt resultat (Grenness et al., 2014, s. 72; Laplante-Lévesque et al., 2012, s. 38; Poost-Foroosh et al., 2011, s. 130).

Det finnes ulike måter å inkludere pasienten i sin egen audiologiske rehabilitering. Den vanligste måten å evaluere pasienten sine tanker og behov for egen hørsel er å gjennomføre et pasientintervju, hvor samtale mellom pasient og audiograf skaper et større bilde av pasientens opplevelser med hørselstap (Tye-Murray, 2015, s. 282–283). Et annet verktøy som kan være nyttig å ta i bruk i en pasientsentrert rehabilitering er spørreskjemaer, som COSI-skjemaet, hvor det blir gjort en større individuell kartlegging av pasientens ønsker rundt forbedringer av egen hørsel (Stephens, 2002, s. 43).

## **1.5. Informasjon**

Det meste av informasjonen som blir gitt under audiologisk rehabilitering til pasienten er fra lege eller audiograf, og det er tidsbegrenset hvor lenge disse pasientkonsultasjonen varer. I Helsedirektoratets utredning av tilbud til hørselshemmede kommer det frem at mange pasienter ikke vet hva de kan forvente av behandlingen og at tiden inne hos audiografen eller legen går for fort med for mye informasjon (Helsedirektoratet, 2020). I Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3–2 står det at pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Videre fremgår det i § 4-1 at helsehjelp kun kan gis ved pasientens samtykke og at pasienten må ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen for at samtykket skal være gyldig. I Helsedirektoratets (2020) utredning av tilbud til hørselshemmede kommer det likevel frem gjennom intervju av hørselshemmede at mengden informasjon fører til at pasienten ikke klarer å få med seg all informasjonen og får heller ikke mulighet til å reflektere over ting de lurer på. Det kommer videre frem i rapporten at brosjyrer ikke blir delt ut og henvisning til hvor informasjon om rettigheter, tilbud som finnes eller hva de bør gjøre for å meste livet blir ikke informert om. Mange fortalte at de selv må finne ut ting og at brukerorganisasjoner er redningen, hvis en vet om dem (Helsedirektoratet, 2020).

## **1.6. Tilrettelegging for bedre musikkoppfattelse**

For å legge til rette for bedre musikkoppfattelse hos mennesker med nedsatt hørsel finnes det muligheter for tiltak en kan gjennomføre. Når en skal utføre en tilpasning av høreapparater er målet ofte å oppnå bedre taleoppfattelse, noe som kan hindre at tilpasning av musikk blir prioritert (Leek et al., 2008, s. 520). At det ikke er et like stort fokus på tilpasning av musikk kan komme av hvordan hjelpemiddelet fungerer, da høreapparater er laget for å gi bedre taleoppfattelse og ikke musikkoppfattelse (Chasin & Hockley, 2014, s. 10). Likevel er det mulig å gjennomføre tilpasning som kan forbedre musikkopplevelsen med høreapparater, der nedjustering av sensitivitet på mikrofoner i høreapparatet kan gi en forbedrende effekt (Chasin, 2010, s. 28–30).

Selv om det kun er dokumentert få muligheter rundt tilrettelegging for god musikkoppfattelse gjennom tilpasning, finnes det andre muligheter for forbedret musikklytting med høreapparater (Smith & Davis, 2014, s. 770). En kan legge til ulike lytteprogrammer i de fleste høreapparater, hvor bruker kan velge program til ulike lyttesituasjoner. Av disse finnes det proprietære musikkprogram som kan benyttes i høreapparater, hvorav de fleste som bruker dette daglig opplever nytte i form av bedre musikkopplevelse (Greasley et al., 2020, s. 697–698). I flere nyere høreapparater er det også muligheter for trådløs tilkobling mellom hjelpemiddelet og mobiltelefon, slik at en kan sende musikk direkte til høreapparatet (Dillon, 2012, s. 75–76). Ved å bruke trådløs tilkobling for å lytte til musikk via høreapparatene kan det forbedre signal-støy-forholdet i lyttesituasjonen, noe som kan gjøre musikkoppfattelsen bedre (Kollmeier & Kiessling, 2018, s. 6–7). Trådløse streamere gir også mulighet for å sende lyd fra tv, mobil og andre kilder direkte inn i høreapparatene, noe som gir ytterligere fordeler i bruk av høreapparater (Smith & Davis, 2014, s. 770–773).

## **1.7. Begrunnelse for valg av tema**

Som nevnt innledningsvis er det anslått at 1 million nordmenn har en form for hørselsnedsettelse, noe som sannsynlig vil øke i fremtiden. Dette kan utgjøre en større risiko for at flere høreapparatbrukere får en dårlig musikkopplevelse, da det ikke er et fokus på dette innen audiologisk rehabilitering i dag (Greasley et al., 2020, s. 698). For å kunne hjelpe høreapparatbrukere med å oppnå god musikkopplevelse er det viktig å forstå hva som trenger å

forbedres. En måte å gjøre dette på er å skape mer kunnskap rundt temaet ved å prate med høreapparatbrukere om deres musikkopplevelse, da egne erfaringer kan gi kunnskap til utenforstående (Houghton et al., 2013, s. 15).

Det har tidligere blitt gjennomført studier som undersøker fokuset på musikk og kunnskap rundt tilpassing av høreapparat for å forbedre musikkopplevelsen (Chasin, 2010; Chasin & Hockley, 2014; Greasley et al., 2020; Weninger et al., 2013). Det har også blitt gjennomført studier om forskjellen i prosesseringen av musikk og tale, nytteverdien og forholdet mennesker har til musikk (Cai et al., 2013; Fu et al., 2015; Hernandez-Ruiz, 2019; MacDonald, 2013; Weninger et al., 2013). Selv om det finnes studier som ser på utfordringer hos hørselshemmede rundt musikkoppfattelse, er det fortsatt ingen konkrete svar på hvor relevant musikkopplevelse er for pasienter i dag og hvordan problematikken rundt dette kan løses. På bakgrunn av dette er det viktig at musikkopplevelsen hos høreapparatbrukere og tilretteleggingen for dette blir undersøkt, slik at temaet og utfordringene det medfører blir belyst. Dette kan være med på å styrke kompetansen for tilpassing av musikk i fremtidig rehabilitering, noe som er positivt for både det audiologiske miljøet og pasienter.

## **2. Problemstilling**

I denne studien ønskes det å skape et større fokus på musikk i rehabilitering ved å belyse hvordan musikkopplevelsen til høreapparatbrukere er i dag. Problemstillingen lyder *«Hvordan er musikkopplevelsen hos høreapparatbrukere, og hvordan tilrettelegges det?»*

## **3. Metode**

I følge Malterud (2017) er det problemstillingen som bestemmer hvilken metode som er mest relevant for formålet. Innenfor vitenskapelig forskningsdesign skiller en hovedsakelig mellom kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitativ metode forklarer fenomener knyttet til tallbasert data som blir analysert matematisk (Yilmaz, 2013, s. 311). Til forskjell undersøker kvalitativ metode menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger og holdninger, samt mening, betydning og nyanser av hendelser og adferd (Malterud, 2017, s. 31). I denne studien søkes det etter kunnskap om hvordan hørselshemmede med høreapparat



opplever musikk i hverdagen, og deres tanker og følelser rundt dette. Dette vil altså fange opp mening og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle, og som bare kan oppdages gjennom en samtale med en informant. På bakgrunn av dette ble det valgt kvalitativt forskningsdesign.

I denne studien er det benyttet fenomenologisk analysetilnærming. Fenomenologi er forståelsen av menneskets subjektive erfaringer knyttet til et fenomen og likheten i erfaringen deltakerne har (Creswell, 2013, s. 76). Ved at forskerne samler sammen data fra personen som har opplevd fenomenet og utvikler en sammensatt beskrivelse av opplevelsen for alle, beskriver en *hva* de har opplevd og *hvordan* de opplevde det (Moustakas, 1994, s. 22). I en fenomenologisk tilnærming finner en altså deltakere som har opplevd det samme fenomenet, i dette tilfelle musikkopplevelse med høreapparat og hvordan det tilrettelegges, og forsøker å finne essensen i det aktuelle fenomenet. Dette gjøres ved å analysere livsverdenen ut fra et individualintervju.

En annen analytisk tilnærming er hermeneutikk. Hermeneutikk er læren om fortolkning av tekster (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 69). Den tar utgangspunkt i at mennesker er selvfortolkende og at forståelsen er avhengig av visse forforståelser (Moustakas, 1994, s. 11). For å forstå noe som har en mening vil helhetsforståelsen av teksten bli påvirket av de ulike delene av teksten, samtidig som fortolkningen av de ulike delene av teksten vil være påvirket av helhetsforståelsen (Moustakas, 1994, s. 10). Dette kalles en hermeneutisk sirkel.

### **3.1. Intervjuguide**

I alle studier hvor intervju, både strukturert og semistrukturert, blir brukt som metode er det nødvendig å utforme en intervjuguide (Dalen, 2011, s. 26). I et semistrukturert intervju vil overordnet tema og spørsmål på forhånd være formulert i en intervjuguide, samtidig som det gir rom til å improvisere oppfølgingsspørsmål og for deltakernes individuelle meninger (Kallio et al., 2016, s. 2955). Da strukturert intervju gir lite spillerom for å vike fra spørsmålene i intervjuguiden, ble det valgt semistrukturert intervju for å få frem de individuelle meningene og erfaringene som gir et nyansert bilde.

Intervjuguiden omfattet overordnede temaer med tilhørende forslag til konkrete spørsmål (vedlegg 1). De overordnede temaene var hørselstapet, forhold til musikk, musikkopplevelse før hørselstap og høreapparat, musikkopplevelse med hørselstap og høreapparat, tilrettelegging for musikk og utbytte. I forkant av intervjuet fikk deltakerne tilsendt temaene som skulle gjennomgås under intervjuet for å gi de kjennskap og trygghet til temaet. Dette gjorde at de fikk mulighet til å begynne en refleksjonsprosess rundt deres musikkopplevelse og tilrettelegging for dette før intervjuet startet.

I forkant av intervjuet av deltakerne ble det gjennomført ett testintervju for å sikre at spørsmålene var forståelig, og for å kunne gjøre endringer av intervjuguiden. Testpersonen var ikke en av deltakerne som skulle intervjues. Likevel kunne personen gi innsikt i musikkopplevelsen og den audiologiske rehabiliteringen da hun oppfylte alle inkluderingskriteriene med unntak av at hørselstapet var medfødt. Lydkvaliteten på lydopptakeren ble også testet med opptak av lyd via videosamtale og med to meters avstand da dette var de reelle forholdene under intervjuene. I etterkant av testintervju ble spørsmålene i intervjuguiden endret slik at spørsmål som ga lite innsikt i problemstillingen ble fjernet og nye temaer ble lagt til.

### **3.2 Rekruttering av deltakere**

I rekrutteringen av deltakere ble Hørselshemmedes landsforening (HLF) kontaktet via e-post med informasjon om studien. Vi ble deretter satt i kontakt med et av HLFs lokallag på bakgrunn av behov for få deltakere og i et begrenset geografisk område. Leder for lokallaget fikk tilsendt informasjonsskriv (vedlegg 2) som ble videresendt til aktuelle medlemmer. Informasjonsskrivet ble sendt til rundt 380 personer i samme geografiske område og riktig aldersgruppe. Da HLF ikke lagrer informasjon om hørselstap og høreapparatbruk måtte vi selv sikre at de oppfylte kriteriene som var satt for studien.

Underveis i studien ble temaet endret fra presbyacisis til hørselstap ervervet i voksen alder. Bakgrunnen for valget av presbyacisis var at det er en stor pasientgruppe. Etersom at denne pasientgruppen hadde normal hørsel før hørselstapet, har de dermed hørt musikk på en naturlig måte før musikk ble hørt gjennom høreapparat, slik at det er sammenlignbart. Da det viste seg å være vanskelig å kvalitetssikre at deltakeren kun hadde presbyacisis som sin

eneste hørselsdiagnose ble det besluttet å endre temaet til hørselstap ervervet i voksen alder. Dette er også en stor pasientgruppe, og der videreføres ønsket om tidligere normal hørsel for å sammenligne endringen av musikkopplevelsen.

I utvelgelsen av deltakere ble det brukt strategisk utvalg. Strategisk utvalg er å velge personer en håper kan belyse problemstillingen (Malterud, 2017, s. 58). I denne studien ble det satt både inkluderings- og ekskluderingskriterier. Deltakerne måtte møte følgende kriterier; (1) være i aldersgruppa 55-75 år, (2) ha ervervet hørselstapet i voksen alder, (3) bruker høreapparat bilateralt, (4), liker eller har likt å høre på musikk, (5) kan ikke være profesjonell musiker, og (6) kan ikke ha kognitive diagnoser, som demens eller Alzheimers. Disse kriteriene ble satt for å sikre at deltakeren som ble inkludert i studien kunne gi relevant informasjon for å besvare problemstillingen.

Vi fikk raskt positivt svar fra seks personer, og alle disse oppfylte kriteriene som var satt. Det var tre menn i alderen 57-69 år og tre kvinner i alderen 63-68 år. I en kvalitativ studie er ikke antall deltakere fastsatt på forhånd, men er avhengig av antallet deltakere som er nødvendig for å kunne informere og gi en forståelse om temaet som undersøkes (Sargeant, 2012, s. 1). Da det var lik fordeling av kjønn og god spredning av alder ble det valgt å inkludere alle seks i studien.

### **3.3 Gjennomføring av intervju**

Det var flere ting som måtte tas hensyn til med tanke på intervjusted. Deltakerne fikk selv velge om de ville intervjues fysisk eller digitalt. Ved fysisk gjennomføring ble intervjuene gjennomført på Tungasletta 2 slik at det kunne legges til rette for og sikre gjennomføring av gjeldene smittevernstiltak, som avstand og renhold. Det ble i tillegg benyttet rom som sikret deltakernes anonymitet, og med god belysning og lytteforhold da alle deltakerne har nedsatt hørsel i varierende grad. Deltakerne kunne også velge å gjennomføre intervjuene digitalt over videosamtale eller telefonsamtale. To deltakere valgte å gjennomføre intervjuet fysisk på Tungasletta 2 og fire valgte å gjøre det digitalt over Zoom eller Teams.

I forkant av hvert intervju ble deltakerne informert om studiens formål, hva dataen skulle brukes til, anonymisering og lydopptak. Deltakerne som ble intervjuet fysisk signerte samtykkeskjemaet før intervjuet startet. Hos deltakerne som ble intervjuet digitalt ble samtykkeskjemaet sendt på e-post og sendt tilbake med signatur, enten før intervjuet eller i etterkant. Under intervjuene var det samme person som hovedsakelig holdt intervjuene. Den andre personen var sekretær som noterte hva som foregikk underveis i intervjuet, som visuelle tegn som ikke kunne gjenkjennes i lydopptaket, i tillegg til å sørge for at alle temaer ble gjennomgått og oppfølgingsspørsmål stilt.

Det ble gjennomført 2 intervjuer i uka over 3 uker. Dette var fordi at det skulle være tid til å transkribere i etterkant av hvert intervju, og for at vi kunne revidere strategien før neste intervju. Datainnsamlingen ble gjennomført i februar og mars 2021, og intervjuene varte fra 37 minutter til 1 time

### **3.4 Transkribering**

I etterkant av intervjuene ble lydopptakene brukt til transkribering. Dette arbeidet ble fordelt mellom de to bachelorforfatterne. Dette ble gjort ettersom det er anbefalt at den som deltar i intervjuet transkriberer fordi de gjerne husker deler av intervjuet som krever kontekst og som virker uklart i lydopptakene, i tillegg til at en blir kjent med sitt datamateriale (Malterud, 2017, s. 79–80). I transkriberingsnotatene ble deltakerne tildelt K eller M etter hvilket kjønn de er, og et tall etter hvilken rekkefølge de ble intervjuet i. Intervjuer er merket med I1 og sekretær I2. For at informantene ikke skal identifiseres er dialekter omformet til bokmål. Alle småord som «mhm», og «eh» ble fjernet, og uttrykk eller hendelser, som latter eller avbrytelser, ble skrevet i parentes.

### **3.5 Analysemetode**

I analyseringen av datamaterialet ble det brukt systematisk tekstkondensering. Analysemetoden er inspirert av Giorgi sin fenomenologiske analysetilnærming og er modifisert av Malterud (2012, s. 795–796). Denne analysemetoden består av fire deler: å skaffe helhetsinntrykk over materialet, identifisere meningsbærende enheter, kondensere, og sammenfatte beskrivelser og begreper (Malterud, 2012, s. 795). Programmet Nvivo ble brukt

som verktøy for å sortere og kode datamaterialet. Det første som ble gjort var å få et helhetsinntrykk. Det ble lest gjennom alle de transkriberte intervjuene for å få et overblikk i datamaterialet, og se noen foreløpige temaer. I det andre trinnet ble materialet filtrert hvor en identifiserte og organiserte materialet som kan belyse problemstillingen i koder. Dette ble brukt som grunnlag for å sortere meningsbærende enheter i kodegrupper (Malterud, 2012, s. 797). I det tredje trinnet ble materialet med de meningsbærende enhetene i de ulike kodegruppene, som har blitt etablert i det andre trinnet, abstrahert (Malterud, 2012, s. 799). På dette stadiet ble noen kodegrupper slått sammen og andre delt opp. Hver kodegruppe ble deretter delt opp i to til tre subgrupper. I de forskjellige subgruppene ble det deretter laget et kondensat, eller et kunstig sitat, som sammenfattat gjenfortellingen til den aktuelle subgruppen. I det siste trinnet ble det lagd en analytisk tekst for hver kodegruppe basert på kondensatene i subgruppene (Malterud, 2012, s. 800). Dette ga hver kodegruppe en kategori, som utgjorde grunnlaget for underavsnittene i resultatkapittelet. Kodegruppene i denne studien var rehabilitering, tiltak, oppfattelse og aktivitet.

### **3.6 Kredibilitet og pålitelighet**

I forskning er begreper som validitet og reliabilitet sentrale for å bedømme studiens kvalitet. Likevel er det flere som argumenterer mot å bruke validitet og reliabilitet for å måle kvaliteten på kvalitative studer da det er basert på kvantitative målemetoder (Davies & Dodd, 2002, s. 280; Steinke, 2004, s. 186; Stenbacka, 2001, s. 551). På bakgrunn av dette vil det derfor bli brukt begrepene kredibilitet og pålitelighet.

Kredibilitet handler om i hvilken grad en kan trekke gyldige slutninger ut fra resultatene i studien. Dette bygges på beskrivelsen av metoden for innhenting og tolkning av data, gyldigheten av disse tolkningene, og om dataen og resultatet fra denne studien kan knyttes til og sammenfaller med andre studier (Yilmaz, 2013, s. 319). På bakgrunn av dette er det viktig å velge en metode og analysetilnærming som besvarer problemstillingen på best mulig måte. Videre så må det beskrives hvordan en har gått fra formuleringen til problemstillingen, til utforming av intervjuguide og valg av intervjutilnærming, rekruttering og valg av deltakerne, og hvordan datainnsamlingen og analysen har foregått for at leserne skal kunne vurdere kredibiliteten av studien. Videre må forskerne gå tilbake til datamaterialet flere ganger for å se om kategoriene, forklaringene og tolkningene gir meninger (Creswell & Miller, 2000, s.

125). På bakgrunn av dette er systematisk tekstkondensering blitt brukt for å lese gjennom teksten datamaterialet flere ganger og vurdere kategoriene gjennom hele prosessen.

Pålitelighet er i hvilken grad forskningsresultatene er troverdige og mulig for andre å få samme resultat på et senere tidspunkt (Long & Johnson, 2000, s. 31). Likevel kan en argumentere for at kvalitativ forskningsmetode gir rom for revurdering av intervjustrategi gjennom hele prosessen og semistrukturert intervju gir mulighet for oppfølgingsspørsmål og følge opp fornemmelser. Dette kan gjøre det vanskelig for andre forskere å få samme resultat på et senere tidspunkt. I denne studien er påliteligheten i intervjuene, transkriberingen og analysen vurdert. Kvaliteten på intervjuene er en avgjørende faktor i analysen av datamaterialet (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 192). I intervjuene ble det stilt åpne spørsmål som ga deltakerne rom til å prate fritt. I tillegg er det blitt transkribert ordrett det deltakerne sa, med unntak av ord som «mhm» og «eh». I de tilfellene hvor det var dårlig kvalitet på lydopptaket slik at en var usikker på hva som ble sagt ble det markert i transkriberingsteksten. Denne direkte transkriberingen fra tale til tekst styrker påliteligheten i studien (Garfinkel & Sacks, 2004, s. 33). For å forhindre at egne tolkninger og forhåndsoppfatninger skal få en stor rolle er det anbefalt å bruke en analysemetode som er strukturert (Guest et al., 2012, s. 99). I denne studien er systematisk tekstkondensering blitt brukt.

#### **4. Etske forhold**

I studier hvor det er blitt forsket på mennesker er det viktig at det har blitt gjort etiske refleksjoner i forkant av studien, og at det har blitt tatt avgjørelser basert på disse for å ivareta deltakernes rett til anonymitet og for å sikre en studie av god kvalitet. Helseforskningsloven (2009) §10 krever at forskningsprosjektet må være forhåndsgodkjent av den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Før oppstart av studien ble prosjektet vurdert av REK uten merknader for videre gjennomføring (vedlegg 3).

Rekrutteringen av deltakerne ble gjort gjennom HLF hvor deltakerne selv måtte ta kontakt med bachelorforfatterne for å ytre sitt ønske om å delta i studien. Videre fikk deltakerne informasjon om hensikten til studien, frivillighet til å delta, anonymisering og muligheten til å trekke seg fra studien. Denne informasjonen ble gitt i utsendelsen fra HLF, da de var i kontakt med bachelorforfatterne og under intervjuet, i tillegg til at de signerte et samtykkeskjema for å

kunne delta. Dette ble gjort på bakgrunn av Helseforskningsloven (2009) §13 som krever at deltakerne skal kunne gi et informert og frivillig samtykke til deltakelse. For å sikre anonymiteten til deltakerne ble lydopptak og transkripsjoner kryptert og oppbevart på en ekstern, kryptert minnepinne, og samtykkeerklæringene ble oppbevart på veileders låste kontor. I et kvalitativt intervju hvor deltakerne og forskerne møtes ansikt til ansikt er det særlig viktig med konfidensialitet. Intervjuene ble derfor gjennomført på rom hvor andre ikke hadde innsyn eller tilgang i tidsrommet intervjuet varte.

I forkant av studien i forbindelse med REK-søknaden ble det gjort nytte- og risikovurdering. Nyttig forskning vil komme samfunnet til gode, men deltakerne må likevel ha rett til å verne seg i forskningssammenheng. For deltakerne kan det være nyttig å fortelle om sine meninger og erfaringer som kan påvirke hørselsrehabiliteringen knyttet til musikk. Videre kan de få økt innsikt og mer reflektert forhold til sin egen hørselssituasjon. At det blir forsket på deltakernes erfaringer og opplevelser kan oppleves som en gevinst da de får en opplevelse av å bli møtt med noen som viser dem interesse og anerkjennelse. En av de største risikoene deltakerne kan ha møtt er risikoen for Covid-19 smitte. På bakgrunn av dette har deltakerne selv kunne bestemme om de vil bli intervjuet digitalt eller fysisk. Ved fysisk intervju ble det lagt til rette for å minimere smitterisikoen, som renhold, avstand og andre relevante tiltak opplyst av myndighetene. I intervjusituasjonen kan deltakerne oppleve å bli krenket hvis intervjueren graver i temaer deltakeren ikke ønsker å svare på. Det ble derfor i begynnelsen av intervjuet informert om at de ikke trenger å svare på spørsmål de ikke ønsker. Deltakerne kan også føle seg krenket hvis de ikke kjenner seg igjen i fortolkningen og forklaringen av situasjoner eller opplevelser som har blitt fortalt i intervjuet. Basert på tiltakene for å minimere risikoen opp mot fordelene deltakerne og samfunnet kan få anses det at nytten står i rimelig forhold til den risikoen deltakerne utsettes for.

## **5. Resultater**

I denne studien er problemstillingen «*Hvordan er musikkopplevelsen hos høreapparatbrukere, og hvordan tilrettelegges det*». Fra intervjuene kommer det frem hvilke opplevelser de ulike deltakerne har rundt musikklytting og tilrettelegging. Hvilke fellestrekk og ulikheter de har rundt musikkopplevelsen og tiltak blir presentert videre. Selv om funn fra musikkopplevelsen er knyttet opp mot tiltak for god musikklytting, vil funn knyttet til første

og andre del av problemstillingen presenteres separat.

## 5.1. Musikkbruk

Alle deltakerne fortalte at de bruker en form for musikklytting daglig. Det kommer frem at musikk er en nødvendig del for å oppnå en best mulig hverdag hos flertallet, da musikklytting oftest gir stor glede. Ved spørsmål om hvilke situasjoner de bruker musikk nevner alle at de bruker musikk i ledsagelse til andre aktiviteter. Under arbeid brukes musikk for å hjelpe til med å opprettholde fokus på oppgaver som skal gjennomføres på arbeidsplassen. Musikk brukes også i stor grad under aktiviteter som husarbeid og trening, da det er med på å aktivisere ved å regulere humøret og tempoet til deltakerne.

*«Jeg hører bestandig på musikk når jeg jobber og når jeg trener for å gire meg opp».*

*«Jeg liker jo ulike sjangere i musikk, og jeg liker å spille ulike sjangere til det jeg gjør».*

Allikevel går det også igjen hos de fleste av deltakerne at de ikke lytter til musikk i like stor grad som tidligere. Det oppleves at problematikk med hørselen gjør at det er vanskeligere for dem å bruke musikk i ledsagelse til andre aktiviteter, da det er vanskeligere holde fokus på flere lydkilder samtidig når en har svekket hørsel. Musikk som bakgrunnslyd er det som går igjen hos de fleste som den vanskeligste lyttesituasjonen, hvor flere velger å heller unngå slike situasjoner enn å oppsøke dem. Når deltakerne ble spurt om hvordan hindringer for musikkbruk påvirker dem, er det flere som utrykte at det skaper sorg og sinne over å ikke mestre musikklytting slik som tidligere.

*«Musikk var en større del av hverdagen min før jeg fikk hørselstap, for nå klarer jeg ikke å fokusere på musikk og andre aktiviteter samtidig».*

*«Det er nok jeg som skrur av radioen når vi får kaffebesøk og de vil prate, ja».*

Det kommer også frem hos noen av deltakerne at musikkmaken deres har endret seg fra før de fikk hørselstap. Musikk som inneholder mye kompliserte deler, og ikke minst mye vokal, blir gjerne valgt bort foran musikk som kun inkluderer få instrumenter. Det er flere som



nevnte at de heller lytter til enkel klassisk musikk og jazzkvartetter, noe de ikke gjorde så mye tidligere.

*«Jeg hører egentlig kun på klassisk musikk nå, i motsetning til hva jeg hørte på før. Det er mye lettere å forstå det enn musikk med masse forskjellige parter som spiller samtidig».*

## **5.2 Musikkoppfattelse og kvalitet**

I hvilken grad en syntes at musikkoppfattelsen var god eller dårlig varierte mellom deltakerne. En nevnte at musikkoppfattelsen ikke er så annerledes som før, mens en annen syntes at det er svært vanskelig å høre musikk i det hele tatt. Likevel kommer det frem hos flertallet at musikkoppfattelsen oppleves som helt grei, men at de savner ulike deler av musikkbildet som gjerne skulle vært mer hørbare.

*«Jeg føler at jeg ikke har så god oppfattelse av musikken, i hvert fall ikke slik som tidligere».*

Under intervjuet ble deltakerne spurt om hvordan de opplever kvaliteten i musikk de lytter til. Her fortalte flere at musikken ikke når opp til kvaliteten de forventet for musikklyttingen, spesielt i forhold til hvordan det var før hørselstapet. Det ble fortalt at det mangler nyanser og kvalitet i lydbildet som gjorde at musikk virket tåkete og grått i forhold til tiden før hørselstapet. En av deltakerne sa at musikk kvalitet ikke er noe som han har tenkt over, men ved å få spørsmål rundt temaet vekket det frem negative tanker. En annen deltaker synes at musikk kvaliteten er så dårlig at han heller unngår musikklytting, noe som også har gjort det vanskeligere å bruke høreapparatene aktivt. Det ble også spurt om hvordan bedre musikk kvalitet ville påvirket musikklyttingen deres. Her svarer alle at det nok ville ha en positiv innvirkning på musikklytting om oppfattelsen ble bedre, da det hadde gjort det lettere å bruke musikk mer aktivt og effektivt.

*«Den dårlige oppfattelsen gir ikke en kvalitetsrik og fullverdig musikkopplevelse i hvert fall».*

*«Hadde musikk kvaliteten til det jeg hører på blitt bedre hadde jeg nesten begynt å gråte, for det hadde gitt meg så mye glede».*

Når deltakerne fikk spørsmål om hvordan de oppfattet musikk etter at de fikk høreapparat fortalte alle at kvaliteten er blitt bedre. Ved å ta i bruk høreapparat som et hjelpemiddel opplevde de at det ble lettere å lytte til musikk, da ulike elementer fra lydbildet var lettere å oppfatte.

*«Uten høreapparater oppleves musikken som en gryterett uten krydder, men nå er det mer en fullkommen smaksopplevelse å lytte til musikk».*

### **5.3 Kartlegging og informasjon**

Flere av deltakerne har fortalt at musikk ikke ble tatt opp i samtalen med audiografen, selv om musikk er eller har vært en viktig del av hverdagen og livsgleden for dem. Det ble heller ikke kartlagt hvilke behov pasienten faktisk hadde fra høreapparatene. De fleste fortalte at audiografen fokuserte kun eller hovedsakelig på forbedring av taleforståelsen via høreapparatet, og at det ble tatt som en selvfølge at det var kun det pasienten ønsket å forbedre.

*«Fordi at folk lever jo så ulikt og har ulike behov. (...), og kanskje er man ikke så sosial. (...) Kartlegging av de som har hørselstap og hvordan vi lever, hvilke interesser vi har. Fordi at det er jo ikke vårt fagområde å vite hva sånne ting er. Vi er jo eksperter på oss selv og trenger mulighetene».*

En annen deltaker beskriver opplevelsen hos audiografen slik:

*«I det hele tatt syns jeg de er litt slappe, de derre audiografene (...). Det virker som de kjører veldig sånn etter boka eller etter prosedyre, så det er lite rom for slingringer».*

For flere av deltakerne var dette første gang hos audiografen og de visste ikke hva de kunne forvente av behandlingen og hvilke muligheter de hadde. Flere fikk ikke informasjon om forventet forløp i rehabiliteringen, og fordeler og ulemper med de forskjellige høreapparatmerkene- og modellene. For en av deltakerne ble høreapparatet valgt på forhånd av audiografen uten at han var klar over det, og han fikk heller ikke informasjon om at han

kunne valgt andre merker eller modeller hvis han ikke var fornøyd.

*«Nei, jeg har jo ikke visst at det fantes noe sånt, ikke sant? Jeg har kun signert og sånt. (...) Man etterspør ikke når man ikke aner at det finnes».*

En annen deltaker fortalte dette om valget av høreapparatet:

*«Det ble bare til at jeg tok med meg det for det var det hun anbefalte. Det fungerer jo, jeg vet ikke om noe bedre».*

Flere av deltakerne fortalte at de hadde en positiv opplevelse hos audiografen og at de var hyggelige og forståelsesfulle. Likevel opplevde flere at det var mangel på informasjon om hvilke muligheter som var i de ulike høreapparatmodellene, hvordan forbedre musikkopplevelsen og hvor de kunne søke etter informasjon og veiledning.

*«Jeg vet at hadde jeg spurt hadde jeg fått svar. Problemet er kanskje bare det at jeg kunne blitt fortalt hva jeg kunne spørre om».*

*«For eksempel hvis jeg hører mye på musikk, så kan det være at det har vært et program som hadde gjort det til en bedre opplevelse da (...), så det mangler jo litt informasjon tenker jeg».*

Problemet flere opplevde var ikke at det ikke var rom for å ta opp musikklytting og andre eventuelle problemer de kunne møte. Problemet var at de ikke visste hva de kunne spørre om fordi de ikke visste om mulighetene. For to av deltakerne var det ikke lagt inn musikkprogram i høreapparatene og det var noe de ikke visste eksisterte.

## **5.4 Hjelpemiddel i høreapparatet**

Flertallet av deltakerne brukte appen til høreapparatet aktivt. Selv om høreapparatet er forhåndsprogrammert av audiografen etter hvert enkelt sitt hørselstap opplevde flere at de selv måtte justere på volumet i ulike situasjoner. En fordel for flere var at de kunne bytte program i appen og fikk se visuelt hvilke programmer de kunne velge mellom. De hadde også mulighet til å justere lyden i visse frekvensområder ved behov, men noen opplevde at de kun kunne

justere i bassen eller diskanten, noe som var en for grov justering.

*«Den justeringen jeg kan gjøre selv er jo det som er den store, store endringen da»*

Flertallet av deltakerne streamet musikk direkte fra mobilen til høreapparatet når de lyttet til musikk. Kvaliteten og musikkopplevelsen varierte mellom de ulike deltakerne, hvor en person syntes lyden var helt forferdelig mens en annen person opplevde lyden som veldig bra. For flertallet var streaming av musikk et positivt hjelpemiddel og har gjort at flere hørte mer på musikk enn de gjorde før de fikk streaming. Likevel fortalte flere at streaming kreves et rolig lyttemiljø i omgivelsene for å få en optimal musikkopplevelse.

*«Det var jo på den tida da jeg enda tok toget, så funket det jo ikke. Det var ikke godt å høre på musikk med høreapparatene for da var det så mye annet støy»*

En annen fordel deltakerne opplevde med streamingen var at det ikke forstyrret de rundt dem da de hørte på musikk og lyden blir klarere med høreapparatet hvis omgivelsene ikke forstyrret. Det var videre lettere å høre på musikk når en stelte med ting i huset eller lignende da mobilen alltid var med. Likevel var det flere av deltakerne som opplevde problemer med bluetoothkoblingen. Et av problemene var rekkevidden hvor mobilen alltid måtte være i umiddelbar nærhet for at lyden ikke skulle hakke eller miste koblingen helt. Et annet problem var hvis flere enheter var koblet til høreapparatene var det vanskelig å vite hvilken enhet som ble koblet opp til høreapparatene.

Fra resultatet i denne studien kommer det frem at flertallet av deltakerne er fornøyde med høreapparatene sine, da de får et bra utbytte av dem. For noen har høreapparatet, og da spesielt hvis de er erfarne brukere og har fått en ny modell, vært en revolusjon. De har i de nye høreapparatene fått muligheter som de ikke hadde tidligere, som direktestreaming og app. Flere er også svært optimistiske for fremtiden da de opplever store teknologiske fremskritt i høreapparatutviklingen.

*«Så de her høreapparatene de er jo en revolusjon, og det gjør at jeg faktisk hører mye mer på musikk»*

Likevel er det noen som opplever at selve lydbildet og klangen er forstyrrende. Flere uttrykker også et savn for å høre slik de en gang gjorde, men har akseptert at de ikke har et annet alternativ. En av deltakerne tar av seg høreapparatene når han skal lytte til musikk fordi opplevelsen er så dårlig. Dette fører til at han ofte glemmer å ta de på igjen etterpå.

*«Jeg hadde nok brukt høreapparatene mer hvis jeg hadde fått en bedre opplevelse av musikken. Fordi at det er ikke bestandig like behagelig å ha de på, så man må få betalt for å bruke dem»*

## **5.5 Egen tilrettelegging**

For å forbedre musikkopplevelse benyttet flere av deltakerne andre former for tilrettelegging enn dem audiografen hadde gitt dem. Det ble brukt andre hjelpemidler i tillegg til høreapparater eller som en erstatning for høreapparater ved musikklytting, slik som høyttalere og hodetelefoner. De som brukte hodetelefoner som hjelpemiddel for musikklytting fortalte at de fikk en mye bedre musikkopplevelse, da hodetelefonene ga større kraft og mer klarhet i lydbildet ved å eliminere distansen mellom lydkilde og høreapparatene. Fordelene som den egne tilretteleggingen ga deltakerne, gjorde at de også lyttet mer til musikk.

*«Etter at jeg har funnet egne hjelpemidler har jeg begynt å høre mer på musikk, og det er lenge siden jeg har gjort».*

Det var også flere av deltakerne som kombinerte de hjelpemidlene som var gitt av audiograf med egen tilrettelegging for å få en bedre musikkopplevelse. Ved å lytte til musikk via hodetelefoner eller høyttalere med høreapparater opplevde de at musikken ble mer fyldig, der hodetelefonene ga større bass og høreapparatene fylte på med diskant. Denne kombinasjonen fortalte flere at de var svært fornøyd med.

*«Når jeg bruker høyttalere og høreapparat hører jeg begge deler, da høreapparatene ordner diskant mens bass kommer utenfra».*

## 6. Diskusjon

Formålet med denne studien var å se på hvordan musikkopplevelsen til høreapparatbrukere er i dag, og hvordan det tilrettelegges for bedre musikkoppfattelse i rehabiliteringen. Deltakerne i studien fortalte om hvordan de individuelt opplevde musikk og hvordan dette påvirket dem. Resultatene fra intervjuene viser at alle deltakerne har ulike opplevelser med musikk, og ulike behov for forbedrende endringer. Behovene som deltakerne formidlet var bedre musikkoppfattelse, bedre musikkvalitet, mer informasjon, mer individuell kartlegging og større oppfølging.

### 6.1 Musikkbruk

I resultatene fra intervjuene i denne studien kommer det frem at alle deltakerne bruker en form for musikk i hverdagen. Dette samsvarer godt med andre studier, hvor det ifølge Greasley et al. (2020) er flere millioner mennesker som bruker musikk daglig. Av ulike situasjoner som inkluderer bruk av musikk kommer det frem at aktiviteter som jobb, husarbeid og trening er de viktigste. Deltakerne i denne studien fortalte at musikkbruk kan hjelpe dem med gjennomføring av ulike aktivitetene, da musikk kan brukes til humørregulering og engasjering. Dette stemmer godt overens med relevante studier som er gjennomført rundt temaet. Greasley et al. (2020) forteller om hvordan musikk kan brukes til følelseshåndtering, mens studien av Hernandez-Ruiz (2019) forklarer sammenhengen mellom prosessering av musikk og prosessering av følelser.

Selv om det kommer frem at musikk blir aktivt brukt av folk flest, er det store indikasjoner på at musikkbruk kan reduseres hos personer med nedsatt hørsel. I følge Tye-Murray (2015) kan dårlig musikkopplevelse hindre personer med hørselsnedsettelse å delta i aktiviteter som inkluderer musikk, da musikk gjør det vanskeligere å fokusere på flere ting samtidig. Dette samsvarer godt med resultatene fra intervjuene som er gjennomført i denne studien. Det kommer frem at flere har vanskeligheter med å bruke musikk til ulike aktiviteter, spesielt under sosiale sammenkomster.

*«Det er nok jeg som skrur av radioen når vi får kaffebesøk og de vil prate, ja».*

Det kommer også frem i en relevant studie at det er vanskeligere for hørselshemmede å oppnå god musikkopplevelse i like stor grad som normalhørende. Resultatene fra Uys & van Dijk (2011) viser at personer med hørselsnedsettelse vil oppnå mye dårligere musikkopplevelse enn normalhørende, noe som gjør at musikklytting derfor er mer krevende for hørselshemmede.

## **6.2 Musikkoppfattelse**

Gjennom intervjuene i denne studien kommer det frem at musikkoppfattelsen varierer stort mellom deltakerne. Hvordan de oppfatter musikk er veldig ulikt, men med en felles enighet om at musikklytting fortsatt kan bli bedre. Forskjellen de opplever i musikkoppfattelsen kan komme av at deres hørselsnedsettelse fungerer ulikt. En kan se en sammenheng mellom dette og studier som har undersøkt hvordan musikkoppfattelse fungerer. Ifølge Cai et al. (2013) krever god musikkopplevelse at hørselen har egenskap til å oppfatte ulike elementer i lydbildet, noe som kan svekkes ved ulike hørselsnedsettelser. Manchaiah & Stephens (2013) viser hvordan lik diagnose kan påvirke oppfattelsen av lyd forskjellig, noe som gjør at personer med samme hørselsnedsettelse kan oppfatte musikk ulikt.

Deltakerne fikk også spørsmål om hvordan de føler musikkoppfattelsen er med høreapparater. Her kommer det frem at det kan gi store fordeler med bruk av høreapparater i musikklytting, da de fleste opplever at hjelpemiddelet gjør de ulike elementene i lydbildet tydeligere. Dette samsvarer med Dillon (2012), hvor det blir fremhevet fordelene høreapparat gir brukeren ved å forsterke manglende høreterskler. Samtidig formidler deltakerne det samme som Cai et al. (2013) beskriver, hvor tydeligere elementer gir bedre musikkoppfattelse, som igjen kan gi bedre musikkopplevelse.

## **6.3 Konsekvens av dårlig musikkopplevelse**

Det kommer frem fra intervjuene i denne studien at det kan oppstå konsekvenser når en ikke oppnår god musikkopplevelse. Deltakerne fortalte om hvordan deres oppfatning av egen situasjon rundt musikklytting skaper et savn for bedre musikkopplevelse. For noen av

deltakerne har musikksmaken eller lyttemønsteret endret seg, da den typen musikk de tidligere likte har blitt vanskelig å lytte til grunnet nedsatt hørsel. Det ble fortalt at det er lettere å unngå situasjoner hvor musikklytting er til stede enn å oppsøke dem, noe flere opplever som skadelig for deres sosiale samvær. For noen er det ikke like stor glede rundt det sosiale i korsang og for andre mimer de i stedet for å synge i frykt for å synge falskt. Dette kan sees igjen hos Tye-Murray (2015) hvor det er vist at det er viktig å ha god musikkopplevelse for å kunne delta i sosiale situasjoner, da hindringer for dette kan skape frykt, ensomhet og sorg. Det kommer også frem fra intervjuene at deltakerne opplever sorg, frustrasjon og sinne over mangel på god musikkopplevelse. Denne emosjonelle reaksjonen samsvarer med studien gjennomført av MacDonald (2013), hvor musikk blir knyttet til det emosjonelle via påvirkning av humør og stressnivå. En deltaker nevner også at vedkommende unngår å bruke høreapparatene sine fordi musikkopplevelsen ikke blir bedre. Den manglende nytteverdien deltakeren opplever fra høreapparatet går dermed også utover andre lyttesituasjoner.

#### **6.4 Kartlegging og informasjon**

I audiologisk rehabilitering har det vært et paradigmeskifte fra biomedisinsk perspektiv til biopsykososialt perspektiv. Flere studier peker på at målet med rehabiliteringen har blitt endret fra å behandle hørselstapet med høreapparat eller andre tekniske hjelpemidler til å se hele personen og legge til rette for å behandle hørselstapet, samtidig med å engasjere pasienten i håndteringen og beslutninger rundt hørselsproblemet (Erdman, 2014, s. 159; Gagné & Jennings, 2011, s. 10; Hickson, 2012, s. 3; Laplante-Lévesque et al., 2012, s. 27). Dette er tett knyttet opp mot pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-1 som stiller krav til pasientmedvirkning og at pasienttilbudet så langt det er mulig skal utformes i samarbeid med pasienten. Flere studier viser også at individualisert kartlegging er en viktig faktor for en suksessfull audiologisk rehabilitering (Grenness et al., 2014, s. 72; Laplante-Lévesque et al., 2012, s. 38; Poost-Foroosh et al., 2011, s. 130). Selv om flere studier peker på et paradigmeskifte og fordelene for pasienten å bli rehabilitert med et biomedisinsk perspektiv har deltakerne i denne studien ikke fått en individuell kartlegging for å se hvilke aktivitetsbegrensninger, deltakerrestriksjoner, og sosiale og miljømessige faktorer som kan ha påvirket rehabiliteringen. Noen av deltakerne opplevde den audiologiske rehabiliteringen som en standardisert prosedyre hvor det var begrenset med muligheter for et individuelt forløp



basert på egne behov av høreapparatet. Musikk ble heller ikke tatt opp i samtalen med audiografen selv om musikk er eller har vært en viktig del av hverdagen og livsgleden for dem. Deltakerne opplevde at dette har påvirket deres musikkopplevelse hvor de i større grad måtte finne egne hjelpemidler, høre på annen type musikk eller akseptere musikkopplevelsen slik den er.

Resultatet fra denne studien viste at deltakerne opplevde begrensede muligheter til brukermedvirkning på grunn av mangel på informasjon. Pasient- brukerrettighetsloven (1999) § 3-2 slår fast at pasienten skal få informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Videre sier § 4-1 at helsehjelp kun kan gis ved samtykke som bygger på at pasienten har nok informasjon om helsetilstanden og innholdet i helsehjelpen sin. Likevel fortalte brukerne i Helsedirektoratets rapport om utredning av tilbudet til hørselshemmede at de opplevde tiden inne hos audiografen eller legen gikk for fort, og det var for mye informasjon som førte til at de ikke klarte å få med seg all informasjonen og reflektere over det (Helsedirektoratet, 2020). Dette samsvarer godt med denne studien hvor det var mangel på informasjon, og deltakerne visste ikke hva de kunne forvente seg av rehabiliteringen og hvilke muligheter de hadde. For noen av deltakerne signerte de på høreapparatene de fikk anbefalt av audiografen da de ikke hadde fått informasjon om muligheten til å velge andre merker eller modeller. De kunne dermed ikke gi et informert samtykke. Deltakerne fortalte at problemet ikke var at det ikke var rom for å ta opp musikklytting hos audiografen, men problemet var at de ikke visste at dette var noe de kunne spørre om da de ikke visste at det var en mulighet. Studien viser til at mangelen på individuell kartlegging og informasjon etter pasientens behov dermed kan ha påvirket fokuset i rehabiliteringen hvor deltakerne følger føringene gitt på helsepersonellens premisser og ikke deltakerens.

Helsepersonelloven (1999) § 2-10 sier at den som yter helse- og omsorgstjenester skal gi informasjon etter pasient- og brukerrettighetsloven §3-2 til §3-4. Denne loven bygger opp under at informasjon skal gis fra helsepersonell til pasient, og at informasjonsbyrden er hos helsepersonellet. Likevel viser denne studien at informasjonen som ble gitt til deltakerne i denne studien ble gitt på bakgrunn av en standardisert prosedyre, og ikke etter deltakernes individuelle behov for rehabilitering.

## **6.5 Tilrettelegging**

Det kommer frem fra resultatene i studien at høreapparater hovedsakelig fungerte godt som tilrettelegging for bedre musikkopplevelse, noe som strider mot funn fra tidligere studier. I en studie gjennomført av Chasin & Hockley (2014) blir det fortalt at høreapparater ikke er skapt for å gi bedre musikkoppfattelse, noe som samsvarer med resultatene fra Leek et al. (2008) hvor det kommer frem at høreapparater hovedsakelig blir tilpasset for bedre taleoppfattelse. Dette forteller oss at det er få muligheter rundt tilpassing av bedre musikkoppfattelse i høreapparater, noe en kan se igjen i studien til Chasin (2010). Det som allikevel kommer frem fra resultatene i denne studien er at deltakerne opplever en bedre musikkopplevelse med bruk av høreapparater enn uten. Fra resultatene kommer det også frem at de fleste av deltakerne bruker lytteprogrammer og musikkstreaming i høreapparatene. Av de som tar i bruk lytteprogrammer er de aller fleste stort sett fornøyd med tilretteleggingen, noe som ikke er ulikt resultatene fra en studie av Greasley et al. (2020) som omhandler nytteverdi av proprietære musikkprogram. Samtidig kommer det variert respons fra deltakerne rundt hvor god tilrettelegging musikkstreaming er for musikkopplevelsen. De forteller at musikkkvaliteten varierer stort når musikk blir sendt direkte til høreapparatene, noe som motstrider de positive resultatene fra Smith & Davis (2014).

Fra resultatene i denne studien kommer det frem at en av de viktigste tilretteleggingene for bedre musikkopplevelse var tiltak deltakerne satte i gang selv. Det blir fortalt at det er store fordeler å bruke hjelpemidler som hodetelefoner og høyttalere sammen med høreapparatene, hvor musikken blir mindre distansert og oppleves kraftigere, klarere og fyldigere. Dette kan en sammenligne med en studie gjennomført av Kollmeier & Kiessling (2018) hvor det vises hvordan bedre signal-støy-forhold forbedrer musikklytting, noe som stemmer overens med kravene som Cai et al. (2013) setter for god musikkoppfattelse.

## **7. Metodekritikk**

Gjennom hele forskningsprosessen har forfatterne prøvd å gjøre kritiske refleksjoner for å sikre en studie av høy kvalitet. Likevel kan en se i etterkant av studien at det er noen punkter som burde blitt gjort annerledes.

## **7.1 Forforståelse**

I kvalitativ forskning er det deltakernes erfaringer som skal stå i fokus. Likevel kan forskernes forforståelse, altså hermeneutikk som nevnt innledningsvis, prege resultatet av studien, og derfor er det viktig å informere om forskernes faglige perspektiv, erfaringer, hypoteser og teoribakgrunn (Malterud, 2017, s. 45). Denne forforståelsen kan bidra til at en går inn i forskningsprosjektet med skylapper og at vår forforståelse overskygger det empiriske datamaterialet. Likevel er nettopp denne forforståelsen en viktig side av motivasjonen til å forske på et bestemt fenomen eller tema (Malterud, 2017, s. 45).

Forfatterne av denne studien går begge siste året på audiologi og problemstillingen er formulert på bakgrunn av hypotesen om at det ikke er fokus på musikkopplevelse i audiologisk rehabilitering. Det er varierende om audiografer velger å rehabilitere ut fra et biopsykososialt perspektiv, og hvordan dette gjennomføres. Årsaken til denne hypotesen er erfaringene som har blitt gjort gjennom flere praksisperioder på ulike klinikker, og at fokuset, både i undervisningen og i audiologisk rehabilitering, er å øke taleforståelsen. Likevel har vi prøvd å gå inn i dette prosjektet med et åpent sinn og gitt deltakerne mulighet til å både fortelle om sine positive og negative erfaringer med musikkopplevelse. Teorien som er blitt inkludert i studien er basert på forutsetningen om å inkludere alle relevante elementer for å besvare problemstillingen på best mulig måte.

## **7.2 Deltakere**

I rekrutteringen av deltakere til studien ble et av HLF sine lokallag kontaktet. Bakgrunnen for dette var at de har en stor medlemsdatabase og har tidligere hjulpet til med rekruttering av deltakere til bacheloroppgaver. Underveis i studien ble temaet endret fra presbyacosis til hørselstap ervervet i voksen alder. Bakgrunnen for denne endringen var at det var vanskelig å kvalitetssikre at deltakerne kun hadde presbyacosis som sine eneste hørselsdiagnose. Et av inkluderingskriteriene ble dermed endret fra presbyacosis til hørselstap ervervet i voksen alder. En annen årsak til endring av tema var for å kunne inkludere de deltakerne som allerede hadde tatt kontakt. Det er kritikkverdige kriteriene for deltakelse i studien ble endret for at de som hadde tatt kontakt kunne bli inkludert i studien. Da rekrutteringsprosessen allerede var igangsatt, og det var nok deltakere som hadde tatt kontakt ble det besluttet å ikke sende ut ny

forespørsel til HLF om å sende ut nytt informasjonsskriv til medlemmene med nye inkluderingskriterier. Det kan tenkes at på bakgrunn av endret inkluderingskriteriet kan andre ha tatt kontakt som tidligere ville blitt ekskludert. Likevel er det deltakere i denne studien som ikke har presbyacusis som sin hørselsdiagnose eller eneste hørselsdiagnose, men har hørselstap på grunn av eller i kombinasjon med sykdom, skade eller arv.

Vi fikk raskt svar fra seks medlemmer av HLF som ville delta i studien og det ble ansett som positivt da det var en tidsfrist å forholde seg til. Det var i tillegg lik fordeling mellom kjønn og god spredning av alder i aldersgruppen det ble søkt etter. Gjennom rekrutteringen kan en anta at personer som er medlem av en brukerorganisasjon for hørselshemmede vet hvor en kan få tak i informasjon og har innsikt i egen hørselstap- og situasjon. I etterkant kunne deltakere som ikke var medlem av en slik brukerorganisasjon gitt andre svar, og burde søkt bredere ut etter deltakere.

### **7.3 Kredibilitet, pålitelighet og overførbarhet**

Kredibilitet og pålitelighet er sentralt for å bedømme studiens kvalitet. Kredibilitet handler om en kan trekke gyldige slutninger ut fra resultatene i studien. Dette bygger på innhenting og tolkning av data, gyldighet til tolkningen, og om datamaterialet og resultatet fra studien sammenfaller med andre studier. (Yilmaz, 2013, s. 319). Det er derfor viktig å beskrive og begrunne for valg av metode som kan besvare problemstillingen. I denne studien ble det brukt kvalitativ metode da problemstillingen søkte etter individuelle meninger og opplevelser som ikke kan tallfestes. Datamaterialet som ble brukt i analysen av datamaterialet var de transkribert intervjuene. Videre må det beskrives hvordan en har gått fra formulering av problemstilling til utforming av intervjuguide, valg av intervjutilnærming, rekruttering og valg av deltakere. I denne studien ble semistrukturert intervjutilnærming valgt da det gir rom til å improvisere oppfølgingsspørsmål og for deltakernes individuelle meninger. Rekruttering og valg av deltakere har blitt rettet kritikk mot i 7.2, hvor det rettes kritikk mot rekruttering av deltakere gjennom en brukerorganisasjon og endring av inkluderingskriterier blant annet for å inkludere deltakere som allerede har tatt kontakt.

Pålitelighet omhandler i hvilken grad forskningsresultatene er troverdige og mulig for andre å få samme resultat ved en senere anledning (Long & Johnson, 2000, s. 31). Kvalitativ

forskningsmetode gir rom for revurdering av intervjustrategi gjennom hele prosessen. I et semistrukturert intervju er overordnet tema og spørsmål formulert i intervjuguiden på forhånd, samtidig som det gir rom til å improvisere oppfølgingsspørsmål og for deltakernes individuelle meninger. En kan dermed argumentere for at det kan være vanskelig for andre å få samme resultat ved en senere anledning da ulik formulering av spørsmål og individuelle meninger kan endres. Kvaliteten på intervjuene er en avgjørende faktor for at studien skal være troverdig. I intervjuene kan intervjuerne påvirke deltakerne ved å stille ledende spørsmål eller vinklingen i spørsmålene. I denne studien hadde ingen av intervjuerne erfaring med kvalitativt intervju. Med dette i bakhodet ble det stilt åpne spørsmål som ikke var ledende og det ble gitt rom for at deltakerne kunne prate fritt. I etterkant av intervju i arbeidet med transkriberingen ble det observert at på grunn av at deltakerne fikk prate så fritt var det mye som ble sagt som ikke var relevant for studien. Intervjueren burde derfor ha stoppet deltakerne tidligere hvis de gikk bort fra temaet for å få mer relevant datamaterialet. I transkriberingen av intervjuene ble alt skrevet ordrett slik deltakeren fortalte, med unntak av småord som «eh» og «mhm», for å styrke påliteligheten til studien. Systematisk tekstkondensering ble valgt da det er anbefalt å bruke en analysemetode som er strukturert for å forhindre at egne tolkninger og forhåndsoppfatninger tar for stor rolle.

Overførbarhet i kvalitative studier er gjerne knyttet til om den teoretiske forståelsen fra studien kan settes i en bredere sammenheng som kan gi en generell teoretisk forståelse, og som er relevante for andre i samme situasjon (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 266; Thagaard, 2003, s. 184). Formålet med denne studien var ikke at resultatet skal være direkte overførbart til andres opplevelse av musikk og hvordan det tilrettelegges da det er individuelle meninger og erfaringer, men at det skal være gjenkjennelig for andre i samme situasjon.

## **8. Konklusjon**

Hensikten med denne studien var å undersøke musikkopplevelsen hos høreapparatbrukere, og hvordan det tilrettelegges. Gjennom intervju av seks personer kom det frem at det er variasjon i musikkopplevelsen hos høreapparatbrukere. Problemene de opplevde var i stor grad like, men hvordan de håndterte og løste problemene var betydningsfullt for hvor god musikkopplevelsen var. Det oppleves at problemer som kommer av hørselsnedsettelse skaper

hindringer i musikkoppfattelse, noe som påvirker musikkvaliteten. Problemene knyttet til musikkopplevelsen påvirket bruk av høreapparat, musikksmak- og lyttemønstre, utøvelse av musikk og gleden av musikklytting. For noen var musikkopplevelsen knyttet til sorg og et stort savn, mens andre hadde akseptert situasjonen. I rehabiliteringen opplevde ikke deltakerne individuell kartlegging, noe som førte til at musikkopplevelse heller ikke ble tatt opp. Som resultat av dette er det lite informasjon rundt temaet og hvilke muligheter pasientene har, noe som har ført til at de må finne tiltak for å motvirke problemene som oppstod og søke etter informasjon på eget initiativ.

Funnene i denne studien viser at pasienter kan oppleve vansker med musikklytting etter rehabilitering, da dette har lite plass i dagens rehabiliteringsform. Grunnlaget for dette kommer av både mangel på kunnskap om tilrettelegging for musikk og mangel på en biopsykososial tilnærming i audiologisk rehabilitering. Dermed er det viktig å skape et større fokus på feltet, hvor mer kunnskap om tilrettelegging for musikkopplevelse i rehabilitering og informasjon til pasienter er viktig. I videre forskning kan det være interessant å undersøke hvilke tiltak som forbedrer musikkopplevelsen med høreapparater, og hvordan musikkopplevelse kan legges til rette for i fremtidig audiologisk rehabilitering.

## 9. Referanser

- Cai, Y., Zhao, F., & Zheng, Y. (2013). Mechanisms of music perception and its changes in hearing impaired people. *Hearing, Balance and Communication*, 11(4), 168–175.  
<https://doi.org/10.3109/21695717.2013.839356>
- Chasin, M. (2010). Six ways to improve listening to music through hearing aids. *The Hearing Journal*, 63(9), 27–30. <https://doi.org/10.1097/01.HJ.0000388537.27405.77>
- Chasin, M., & Hockley, N. (2014). Some characteristics of amplified music through hearing aids. *Hearing Research*, 308, 2–12. <https://doi.org/10.1016/j.heares.2013.07.003>
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative Inquiry & Research Design* (3. utg.). Thousand Oaks: SAGE Publication.
- Creswell, J. W., & Miller, D. L. (2000). Determining Validity in Qualitative Inquiry. *Theory Into Practice*, 39(3), 124–130. [https://doi.org/10.1207/s15430421tip3903\\_2](https://doi.org/10.1207/s15430421tip3903_2)
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode- en kvalitativ tilnærming* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Davies, D., & Dodd, J. (2002). Qualitative Research and the Question of Rigor. *Qualitative Health Research*, 15(2), 279–289.  
<https://doi.org/http://doi.org/10.1177/104973230201200211>
- Dillon, H. (2012). *Hearing Aids* (2. utg.). Sydney: Boomerang press.
- Engdahl, B., Strand, B. H. H., & Aarhus, L. (2021). Better Hearing in Norway: A Comparison of Two HUNT Cohorts 20 Years Apart. *Ear and Hearing*, 42(1), 42–52.  
<https://doi.org/http://doi.org/10.1097/AUD.0000000000000898>
- Erdman, S. (2014). The biosychosocial approach in patient- and relationship-centered care: implications for audiologic counseling. I J. Montano & J. . Spitzer (Red.), *Adult Audiologic Rehabilitation* (2. utg., s. 159–206). San Diego: Plural Publishing.
- Farre, A., & Rapley, T. (2017). The New Old (and Old New) Medical Model: Four Decades Navigating the Biomedical and Psychosocial Understandings of Health and Illness. *Healthcare*, 5(4), 1–9. <https://doi.org/10.3390/healthcare5040088>

- Fu, M. C. C., Lin, S. Y., Belza, B., & Unite, M. (2015). Insights of Senior Living Residents and Staff on Group-Singing. *Activities, Adaptation and Aging*, 39(3), 243–261.  
<https://doi.org/10.1080/01924788.2015.1063332>
- Gagné, J., & Jennings, M. (2011). Incorporating a Client-Centered Approach in Audiologic Rehabilitation. *The ASHA Leader*, 16(8), 10–13.  
<https://doi.org/10.1044/leader.FTR1.16082011.10>
- Garfinkel, H., & Sacks, H. (2004). Quality Criteria in Qualitative Research. I U. Flick, E. Von Kardorff, & I. Steinke (Red.), *A Companion to QUALITATIVE RESEARCH* (s. 29–34). Thousand Oaks: SAGE.
- Gelfand, S. (2016). *Essentials of audiology* (4. utg.). New York: Thieme Medical Publisher.
- Gibson, J., Lin, X., Clarke, K., Fish, H., & Phillips, M. (2010). Teaching medical students rehabilitation medicine. *Disability and Rehabilitation*, 32(23), 1948–1954.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.3109/09638281003797364>
- Greasley, A., Crook, H., & Fulford, R. (2020). Music listening and hearing aids: perspectives from audiologists and their patients. *International Journal of Audiology*, 59(9), 694–706.  
<https://doi.org/10.1080/14992027.2020.1762126>
- Grenness, C., Hickson, L., Laplante-Lévesque, A., & Davidson, B. (2014). Patient-centred care: A review for rehabilitative audiologists. *International Journal of Audiology*, 53(S1), 68-75. <https://doi.org/10.3109/14992027.2013.847286>
- Guest, G., MacQueen, K. M., & Namey, E. E. (2012). *Validity and reliability (credibility and dependability) in qualitative research and data analysis*. Thousand Oaks: SAGE Publication Inc. <https://www.doi.org/10.4135/9781483384436>
- Helsedirektoratet. (2020, 8. september). *Utredning av tilbud til hørselshemmede*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utredning-av-tilbud-til-horselshemmede>
- Hernandez-Ruiz, E. (2019). How is music processed? Tentative answers from cognitive neuroscience. *Nordic Journal of Music Therapy*, 28(4), 315–332.  
<https://doi.org/10.1080/08098131.2019.1587785>
- Hickson, L. (2012). Defining a Paradigm Shift. *Seminars in Hearing*, 33(1), 3–8.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1055/s-0032-1304722>



- Houghton, C., Casey, D., Shaw, D., & Murphy, K. (2013). Rigour in qualitative case-study research. *Nurse researcher*, 20(4), 12–17.  
<https://doi.org/10.7748/nr2013.03.20.4.12.e326>
- Kallio, H., Pietilä, A. M., Johnson, M., & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of Advanced Nursing*, 72(12), 2954–2965.  
<https://doi.org/10.1111/jan.13031>
- Kollmeier, B., & Kiessling, J. (2018). Functionality of hearing aids: state-of-the-art and future model-based solutions. *International Journal of Audiology*, 57(3), 3–28.  
<https://doi.org/10.1080/14992027.2016.1256504>
- Kristoffersen, N. ., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (2011). *Grunnleggende sykepleie bind 1* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervjuet* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Laplante-Lévesque, A., Hickson, L., & Grenness, C. (2014). An Australian survey of audiologists' preferences for patient-centredness. *International Journal of Audiology*, 53(S1). <https://doi.org/10.3109/14992027.2013.832418>
- Laplante-Lévesque, A., Knudsen, L. V., Preminger, J. E., Jones, L., Nielsen, C., Öberg, M., Lunner, T., Hickson, L., Naylor, G., & Kramer, S. E. (2012). Hearing help-seeking and rehabilitation: Perspectives of adults with hearing impairment. *International Journal of Audiology*, 51(2), 93–102. <https://doi.org/10.3109/14992027.2011.606284>
- Leek, M. R., Molis, M. R., Kubli, L. R., & Tufts, J. B. (2008). Enjoyment of music by elderly hearing-impaired listeners. *Journal of the American Academy of Audiology*, 19(6), 519–526. <https://doi.org/10.3766/jaaa.19.6.7>
- Long, T., & Johnson, M. (2000). Rigour, reliability and validity in qualitative research. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 4(1), 30–37. <https://doi.org/10.1054/cein.2000.0106>
- Helsepersonelloven*. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Helseforskningsloven*. (2009). Lov om medisinsk- og helsefaglig forskning (LOV-2008-06-20-44). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2008-06-20-44>

- Pasient- og brukerrettighetsloven*. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- MacDonald, R. A. R. (2013). Music, health, and well-being: A review. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 8(1), 1–13.  
<https://doi.org/10.3402/qhw.v8i0.20635>
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 795–805.  
<https://doi.org/10.1177/1403494812465030>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Manchaiah, V. K. C., & Stephens, D. (2013). Perspectives on defining «hearing loss» and its consequences. *Hearing, Balance and Communication*, 11(1), 6–16.  
<https://doi.org/10.3109/21695717.2012.756624>
- Helse- og omsorgsdepartement (2015). Folkehelsemelding Mestring og muligheter (Meld. St. 19 (2014-2015)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/?docId=STM201420150019000DDDEPIS&ch=1&q=>
- Moustakas, C. (1994). *Phenomenological research methods*. Thousand Oaks: SAGE Publication Inc.
- Poost-Foroosh, L., Jennings, M. B., Shaw, L., Meston, C. N., & Cheesman, M. F. (2011). Factors in Client–Clinician Interaction That Influence Hearing Aid Adoption. *Trends in Amplification*, 15(3), 127–139. <https://doi.org/10.1177/1084713811430217>
- Roth, T. M. (2015). *Handbook of Clinical Neurology*. Amsterdam: Elsevier B.V.  
<https://doi.org/10.1016/B978-0-444-62630-1.00020-2>
- Roth, Thomas Niklaus, Hanebuth, D., & Probst, R. (2011). Prevalence of age-related hearing loss in Europe: A review. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 268(8), 1101–1107. <https://doi.org/10.1007/s00405-011-1597-8>
- Sargeant, J. (2012). Qualitative Research Part II: Participants, Analysis, and Quality Assurance. *Journal of Graduate Medical Education*, 4(1), 1–3.  
<https://doi.org/http://doi.org/10.4300/JGME-D-11-00307.1>

- Schäfer, T., Sedlmeier, P., Städtler, C., & Huron, D. (2013). The psychological functions of music listening. *Frontiers in Psychology, 4*(AUG), 1–33.  
<https://doi.org/http://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00511>
- Smith, P., & Davis, A. (2014). The benefits of using bluetooth accessories with hearing aids. *International Journal of Audiology, 53*(10), 770–773.  
<https://doi.org/10.3109/14992027.2014.941075>
- Solheim, J., Gay, C., & Hickson, L. (2018). Older adults' experiences and issues with hearing aids in the first six months after hearing aid fitting. *International Journal of Audiology, 57*(1), 31–39. <https://doi.org/10.1080/14992027.2017.1380849>
- Statistisk sentralbyrå. (2020, 27. oktober). *Dette er Norge 2020*. Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/dette-er-norge-2020>
- Steinke, I. (2004). Quality Criteria in Qualitative Research. I S. I. Flick. Uwe, von Kardorff. Ernst (Red.), *A Companion to QUALITATIVE RESEARCH* (s. 184–190). Thousand Oaks: SAGE.
- Stenbacka, C. (2001). Qualitative research requires quality concepts of its own. *Management Decision, 39*(7), 551–556. <https://doi.org/10.1108/EUM0000000005801>
- Stephens, D. (2002). The International Outcome Inventory for Hearing Aids (IOI-HA) and its relationship to the Client-oriented Scale of Improvement (COSI). *International Journal of Audiology, 41*(1), 42–47. <https://doi.org/10.3109/14992020209101311>
- Thagaard, T. (2003). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tye-Murray, N. (2015). *Foundations of Aural Rehabilitation* (5. utg.). San Diego: Plural Publishing.
- Uys, M., & van Dijk, C. (2011). Development of a music perception test for adult hearing-aid users. *The South African journal of communication disorders, 58*(1), 19–47.  
<https://doi.org/10.4102/sajcd.v58i1.38>
- Valero-García, J., & Vila-Rovira, J. M. (2018). Estudio descriptivo de la prevalencia de la presbiacusia en una población del cinturón industrial de Barcelona. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education, 8*(2), 79.  
<https://doi.org/10.30552/ejihpe.v8i2.246>

Weninger, F., Eyben, F., Schuller, B. W., Mortillaro, M., & Scherer, K. R. (2013). On the acoustics of emotion in audio: What speech, music, and sound have in common. *Frontiers in Psychology, 4*(MAY), 1–12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00292>

Yilmaz, K. (2013). Comparison of quantitative and qualitative research traditions: Epistemological, theoretical, and methodological differences. *European Journal of Education, 48*(2), 311–325. <https://doi.org/10.1111/ejed.12014>

# Vedlegg

## Vedlegg 1: Intervjuguide

### Intervjuguide

#### Før intervjuet starter

- Kort presentasjon av oss
- Formålet med oppgaven: Målet med undersøkelsen er å finne ut om hvordan høreapparatbrukere opplever musikk. Vi ønsker mer spesifikt å vite om den hverdagslige musikken, som i bilen, radio, høyttaler, tv, osv
- Si din ærlige mening. Dine erfaringer kan ha stor betydning for fokus på musikk i undervisning og rehabilitering hos pasienter med høreapparat
- Du vil bli anonymisert i oppgaven
- Tillatelse til å ta opptak?

#### Intro

- Hvor gammel er du?
- Kan du fortelle litt om hørselstapet ditt, hvordan opplever du det?
- Hvor lenge har du brukt høreapparat?

#### Musikkopplevelse

- Hva er ditt forhold til musikk?
  - Hvilken musikk lytter du til?
  - Hvordan bruker du musikk i hverdagen?
  - Bruker du noen hjelpemidler til å forbedre musikklytting?
  - Bruker du høreapparat når du lytter til musikk?

#### Musikkopplevelse før

- Hvordan opplevde du musikk før du fikk hørselstap?
  - Hvis du skal beskrive din musikkopplevelse med høreapparat til andre som ikke har hørselstap, hva ville du sagt da?

#### Musikkopplevelse nå

- Opplevde du endringer etter du fikk hørselstap?
  - Hvis ja: Har du et eksempel på hva som ble annerledes?
- Hvordan har høreapparat endret musikkopplevelsen din?
- Opplever du noen av de samme vanskene fortsatt?
- Har høreapparat skapt negative endringer?

#### Tilrettelegging av musikk

- Har du fått tilrettelegging for musikk hos audiograf?
  - a. Hvem tok det opp?
  - b. Hvis det ble tatt opp, hvordan opplevde du tilretteleggingen?
  - c. Hvis det ikke ble tatt opp, følte du at det var rom for å ta det opp? Hvorfor?"

#### Utbytte

- Er du fornøyd med musikkopplevelsen din i dag?
- Hvis ja: Har du et eksempel på hva som fungerer bra?
- Hvis nei: Har du et konkret ønske om noe som skulle vært bedre?
  
- Noe annet du vil tilføye som vi ikke har snakket om?

## Vedlegg 2: Informasjonsskriv



### Vil du delta i forskningsprosjektet

## Musikkopplevelse hos personer med aldersrelatert hørselstap?

### Formålet med prosjektet og hvorfor du blir spurt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å undersøke behovet for ytterligere fokus på musikk i tilpasning av høreapparater, ved utdanningen til audiografer og i klinisk bruk. Dette ønsker vi ved å intervju personer med presbycusis (aldersrelatert hørselstap) om opplevelsen av musikk med høreapparat. Du blir spurt om å delta da du er i aldersgruppen vi ønsker å intervju (55-75år) og bor i Trøndelag. Prosjektet er en del av bacheloroppgaven ved utdanningen for audiografer på NTNU.

### Hva innebærer PROSJEKTET for deg?

Det vil bli foretatt intervjuer som varer i rundt 1 time, og det vil bli tatt lydopptak av intervjuet

I prosjektet vil vi innhente og registrere opplysninger om deg. Disse opplysningene vil være alder og kjønn.

### Mulige fordeler og ulemper

Du får mulighet til å fortelle om din mening og være med på å utvikle hørselsrehabiliteringen knyttet til musikk og høreapparat. Det kan føre til at det blir satt mer fokus på nytteverdien og behovet for videre studier knyttet til musikk og høreapparat, og undervisning og klinisk bruk av musikktilpasning i høreapparat.

Med bakgrunn av tiden vi nå er i er det viktig å begrense risikoen for Covid-19 smitte. Vi kommer til å følge aktuelle smitteverntiltak under intervjuene. Vi kommer til å legge til rette for og etterkomme smitteverntiltak, som avstand, renhold og andre relevante tiltak, for å minimere smitterisikoen. Deltakerne kan bli intervjuet over nett om det er ønskelig.

### Frivillig deltakelse og mulighet for å trekke ditt samtykke

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke

ditt samtykke. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg eller ditt medlemskap i HLF hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dersom du trekker tilbake samtykket, vil det ikke forskes videre på dine helseopplysninger. Du kan også kreve at dine helseopplysninger i prosjektet slettes eller utleveres innen 30 dager. Adgangen til å kreve destruksjon, sletting eller utlevering gjelder ikke dersom materialet eller opplysningene er anonymisert og publisert.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleder (se kontaklinformasjon på siste side).

## Hva skjer med OPPLYSNINGENE om deg?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet under formålet med prosjektet, og planlegges brukt til desember 2021. Eventuelle utvidelser i bruk og oppbevaringstid kan kun skje etter godkjenning fra REK og andre relevante myndigheter. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigeret eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene. Du kan klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet og institusjonen sitt personvernombud.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenner opplysninger (=kodete opplysninger). En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun prosjektleder, Kai Menear, og bachelorforfatterne som har tilgang til denne listen.

Opplysningene om deg vil bli oppbevart i fem år etter prosjektslutt av kontrollhensyn.

## Godkjenninger

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) og prosjektleder, Kai Menear, er ansvarlig for personvernet i prosjektet.

Vi behandler opplysningene basert på ditt samtykke

## KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet eller ønsker å trekke deg fra deltakelse, kan du kontakte Kai Menear, [kai.menear@ntnu.no](mailto:kai.menear@ntnu.no)

Dersom du har spørsmål om personvernet i prosjektet, kan du kontakte personvernombudet ved institusjonen: [thomas.helgesen@ntnu.no](mailto:thomas.helgesen@ntnu.no)

Datatilsynets e-postadresse er [postkasse@datatilsynet.no](mailto:postkasse@datatilsynet.no)

---

Jeg samtykker til å delta i prosjektet og til at mine personopplysninger brukes slik det er beskrevet

---

Sted og dato

Deltakers signatur

---

Deltakers navn med trykte bokstaver



## Vedlegg 3: Svarbrev fra REK



**Region:** REK midt  
**Saksbehandler:** Linda Temmerdal Roten  
**Telefon:** 73597506  
**Vår dato:** 15.12.2020  
**Vår referanse:** 204252  
**Deres referanse:**

Kai Anders Menear

### **204252 Kvalitativt prosjekt musikkopplevelse hørselshemmede**

**Forskningsansvarlig:** Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

**Søker:** Kai Anders Menear

#### **Søkers beskrivelse av formål:**

*Formålet med dette prosjektet er å finne ut av behovet for ytterligere fokus på tilpasning av musikk i høreapparater i undervisning og i klinisk bruk. Dette ved å gå dypere inn i hvordan pasienter i dag opplever musikk etter utført rehabilitering med ferdig tilpasset høreapparat. Deltakerne vi skal inkludere i studien må være i aldersgruppen 55-75 år, ha presbycusis og bilateral høreapparatbruker. Deltakerne kan ikke ha kognitive tilstander som demens og alzheimers. Vi skal bruke kvalitativ metode gjennom intervju da vi er ute etter deltakerne sine opplevelser av musikk. Intervjuene vil bli tatt opptak av og transkribert. Data som blir innhentet er alder (fødselsår), kjønn og det som blir sagt i intervjuet. Nytteverdien fra dette prosjektet er å få en større forståelse mellom tilpasning av høreapparat og musikk, og at det blir mer fokus på nytteverdien og behovet for videre studier knyttet til musikk og høreapparat, og undervisning og klinisk bruk av musikktilpasning i høreapparat*

#### **REKs vurdering**

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Midt-Norge (REK midt) i møtet 02.12.2020. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

#### *Komiteens prosjektsammendrag*

I denne studien skal man undersøke hvordan personer med aldersrelatert hørselstap opplever musikk med høreapparater. Dette for å finne ut av behovet for ytterligere tilpasning av musikk i undervisning og i klinisk bruk. Utvalget skal bestå av inntil seks deltakere i alderen 55-75 år som bor i Trøndelag. Deltakelse innebærer å delta i et kvalitativt intervju med lydopptak. Studien er samtykkebasert. Studien er en del av bacheloroppgave for to audiologistudenter ved NTNU.

*Komiteen vurderer prosjektet som utenfor helseforskningslovens saklige virkeområde*

---

#### **REK midt**

**Besøksadresse:** Oya Helsehus, 3. etasje, Mauritz Hansens gate 2, Trondheim

**Telefon:** 73 59 75 11 | **E-post:** [rek\\_midt@mh.ntnu.no](mailto:rek_midt@mh.ntnu.no)

**Web:** <https://rekportalen.no>

Komiteen viser til prosjektprotokoll, målsetting og plan for gjennomføring. Vi oppfatter at formålet er å undersøke hvordan eldre med hørselstap opplever musikk gjennom sine høreapparater, og om musikk ble tatt hensyn til ved tilpasning av høreapparater. Formålet med prosjektet er ikke å fremskaffe ny kunnskap om medisin og helse. Vi finner at prosjektet har karakter av å være annen type aktivitet enn medisinsk og helsefaglig forskning. Prosjektet er følgelig ikke omfattet av helseforskningslovens saklige virkeområde, jf. helseforskningslovens §§ 2 og 4. Du kan derfor gjennomføre og publisere prosjektet uten forhåndsgodkjenning fra REK.

Vi minner imidlertid om at dersom du skal registrere personopplysninger, må prosjektet ha et selvstendig behandlingsgrunnlag, jf. personopplysningsloven. Behandlingsgrunnlaget må forankres i og avklares med egen institusjon.

Vurderingen er gjort på grunnlag av de innsendte dokumenter. Dersom du gjør endringer i prosjektet, kan dette ha betydning for REKs vurdering. Du må da sende inn ny søknad eller framleggingsvurdering.

#### **Vedtak**

Avvist (utenfor mandat)

Med vennlig hilsen  
Ragnhild Støen  
Professor, dr. med.  
Nestleder, REK midt

Linda Tømmerdal Roten  
Seniorrådgiver, REK midt

#### **Klageadgang**

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK midt. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK midt, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) for endelig vurdering.

