

Kandidatnummer: 10024 & 10016

Hva opplever audiografer som viktig i utredning, vurdering og valg av tinnitusbehandling? - En kvalitativ studie

Bacheloroppgave i Audiologi

Veileder: Eline Lello

Medveileder: Odd Magne Risan

Mai 2024

Kandidatnummer: 10024 & 10016

Hva opplever audiografer som viktig i utredning, vurdering og valg av tinnitusbehandling? - En kvalitativ studie

Bacheloroppgave i Audiologi
Veileder: Eline Lello
Medveileder: Odd Magne Risan
Mai 2024

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



Kunnskap for en bedre verden

**Hva opplever audiografer som viktig i
utredning, vurdering og valg av
tinnitusbehandling? - En kvalitativ studie**

(What do audiologists view as important in assessment and
choice of tinnitustreatment? - a qualitative study)

Bacheloroppgave i audiologi

Norges teknisk- naturvitenskapelige universitet (NTNU)

Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH)

Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap (INB)

Fagenhet for audiologi, ergoterapi og fysioterapi (FAEF)

Studieprogram for audiologi (AUD)

BAU2021

Kandidatnummer: 10024 og 10016

Sammendrag

Bakgrunn og formål

Tinnitus oppleves individuelt, og en individuell tilnærming til utredning, vurdering og behandling av tinnitus er essensielt for at pasienten skal få den beste behandlingen. Det er ingen retningslinjer for utredning, diagnostisering og behandling av tinnituspasienter i Norge, noe som kan gi varierende tilbud for tinnituspasienter. Studien undersøker hvordan audiografer utreder og vurderer tinnituspasienter, hvilke faktorer deltakerne opplever som viktige i valg av behandling, og hvordan vurderingsskjemaet kan påvirke dette valget.

Metode og utvalg

Studien ble gjennomført med en kvalitativ tilnærming og innhenting av data foregikk ved bruk av semistrukturerte intervjuer. Dataene ble transkribert og deretter analysert ved bruk av systematisk tekstkondensering (STC). Utvalget bestod av seks autoriserte audiografer som jobbet ved private og offentlige hørselsklinikker i Norge. Alle deltakerne jobbet med tinnituspasienter.

Resultater

I utredning og vurdering så deltakerne det som viktig å benytte seg av samtale for å kunne få med det viktigste og mest relevante for pasienten. THI ble brukt av de fleste deltakerne. Det ble brukt til forbedringsmålinger og som en pekepinn på hvilken behandling som burde velges, og det var en felles forståelse om at THI ikke er tilstrekkelig for å få et helhetlig bilde av pasientens situasjon. Av faktorer som spilte inn på valg av behandling er personlighet og pasientens meninger og ønsker sentralt, mens THI hos de fleste deltakere kun påvirket til en viss grad. Funn fra utredning og samtale ble dratt frem som det viktigste i valg av behandling av samtlige av deltakerne.

Konklusjon

Det er flere faktorer som spiller inn i valg av behandling, der samtale ble opplevd som den viktigste faktoren for deltakerne. THI hadde ingen avgjørende rolle i valg av behandling. Utvikling av retningslinjer kan bidra til at audiografer i hele Norge har samme utgangspunkt for å gi hver enkelt pasient den beste tinnitusbehandlingen.

Abstract

Background and objective

Tinnitus is experienced very individually, and an individual approach to the assessment and treatment is essential for the treatment of tinnitus. In Norway there are no guidelines for the assessment and treatment of tinnitus patients, which can lead to differences in clinical practice. The study examines how audiologists assess tinnitus patients, how THI can influence the choice, and which factors the audiologists perceive as important in choosing treatment.

Method and participants

The study was carried out with a qualitative approach. Data was collected using semi-structured interviews, and transcribed and then analyzed using systematic text condensation (STC). Participants consisted of six authorized audiologists working at private and public clinics in Norway. All participants worked with tinnitus patients.

Results

In the examination and assessment of patients, the participants saw it as important to use the conversation to get the most important and relevant information for the patient. THI was used by most participants for improvement measurements and as a pointer to which treatment should be chosen. There was a common understanding that THI was not sufficient to get an overall picture of the patient's situation. Of the factors that influenced the choice of treatment, personality and the patient's opinions and wishes were central, while THI in most participants only influenced to a certain extent. Findings from the assessment and conversation with the patient were highlighted as the most important in the choice of treatment for all the participants.

Conclusion

The participants in the study experienced multiple factors as important in choice of treatment, where conversation with the patient was most important. THI did not have a crucial role in the choice of treatment. Development of guidelines can help ensure that audiologists throughout Norway have the same starting point to provide each individual patient with the best tinnitus treatment.

Forord

Vi ønsker å takke våre deltakere, som generøst delte sine verdifulle erfaringer og opplevelser. Uten deres bidrag ville gjennomføringen av denne bachelorstudiet ikke vært mulig. I tillegg ønsker vi å takke våre gode veiledere for tilbakemeldinger og konstruktiv kritikk. En spesiell takk rettes også til familie og venner for deres oppmuntring og støtte. Sist, men ikke minst, takk til alle som har tatt seg tid til å lese gjennom oppgaven.

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	1
1.1 Tinnitus - en individuell opplevelse.....	1
1.2 Retningslinjer for vurdering av tinnituspasienter	2
1.3 Tinnitus Handicap Inventory	3
2.0 Problemstilling	4
3.0 Metode	5
3.1 Kvalitativt forskningsdesign	5
3.2 Deltakere	5
3.2.1 Strategisk utvalg	5
3.2.2 Rekruttering av deltakere	6
3.2.3 Deltakerne.....	6
3.3 Datainnsamling	7
3.3.1 Intervjuguide	7
3.3.2 Pilotintervju	8
3.3.3 Utstyr og opptak	8
3.3.4 Gjennomførelse av intervju	8
3.4 Analyse.....	9
3.4.1 Transkribering.....	9
3.4.2 Analyse	9
4.0 Ethiske forhold.....	11
5.0 Resultater	12
5.1 Rutiner for utredning	12
5.2 Bruk av vurderingsskjema	13
5.3 Valg av tinnitusbehandling.....	15

5.3.1 Rutiner for valg av tinnitusbehandling.....	16
5.3.2 Faktorer som påvirker behandlingsvalg.....	17
5.3.3 Viktigste i valg av tinnitusbehandling	19
6.0 Diskusjon	21
6.1 Utredning og rutiner	21
6.2 Bruk av vurderingsskjema	23
6.3 Valg av tinnitusbehandling.....	25
6.4 Metodekritikk	28
7.0 Konklusjon	30
8.0 Referanseliste.....	31
Vedleggsliste	35
Vedlegg 1: Informasjonsskriv.....	35
Vedlegg 2: Informert samtykke	37
Vedlegg 3: Intervjuguide	41

1.0 Introduksjon

På verdensbasis er prevalensen av tinnitus estimert til å være mellom 10 og 15% av den voksne befolkningen (Baguley et al., 2013, s. 1600). Flere studier har vist at prevalensen av tinnitus er relativt sammenlignbar på verdensbasis, likevel er det store forskjeller på hvordan utredning, diagnostisering og behandling gjøres i praksis. Dette gjelder både internasjonalt mellom land, men også innad i land, fra klinikk til klinikk (Baguley et al., 2013, s. 1604). Til tross for antallet personer med plagsom tinnitus finnes det ingen nasjonale retningslinjer for hvordan man vurderer, diagnostiserer og behandler tinnitus i Norge, og det er heller ikke satt i gang utvikling av retningslinjer (Lippestad et al., 2022, s. 75).

Uten standarder eller retningslinjer for hele prosessen fra vurdering til behandling, vil sentrale valg ofte falle på den enkelte klinikken eller den enkelte behandleren. Prosessen og behandlingen kan da være påvirket av ressurser på det aktuelle stedet, rutiner, utdanning og erfaring (Baguley et al., 2013, s. 1604). Vurdering- og utredningsprosessen er essensiell, og gir behandleren viktig informasjon om pasientens tinnitus og symptomer. Dette er avgjørende for å kunne utvikle den mest effektive og individuelle behandlingsplanen for pasienten (Newman & Sandridge, 2016, referert i Searchfield & Zhang, 2021, s. 410). For å vurdere hvilken innvirkning tinnitus har på livet til en person kan man bruke standardiserte spørreskjemaer. Slike vurderingsskjemaer er en bredt brukt metode for å måle tinnitusplage og tinnitus sin innvirkning på det daglige livet og livskvaliteten til pasienten (Cima et al., 2019, s. 21–22).

1.1 Tinnitus - en individuell opplevelse

Tinnitus er en sensasjon av lyd i et eller begge ører eller i hodet. Det finnes subjektiv og objektiv tinnitus, hvorav subjektiv tinnitus er den vanligste formen for tinnitus. Subjektiv tinnitus vil si at kun personen som opplever tinnitus kan høre lyden (Baguley et al., 2013, s. 1600). Tinnitus er et symptom, ikke en sykdom i seg selv. Den største risikofaktoren for tinnitus er hørselstap, men det finnes mange andre årsaker. Noen andre årsaker kan være ototoksiske medisiner, muskulær

problematikk slik som nakkestivhet, hypertensjon og tidligere hodeskader. Psykiske lidelser som angst og depresjon kan også påvirke eller bidra negativt til tinnitus (Davis & El Rafeie, 2000; McKenna et al., 1991; Nondahl et al., 2011, referert i Baguley et al., 2013, s. 1601). Det finnes flere behandlingsmetoder for tinnitus, men ingen kjent kur for det (Tye-Murray, 2020, s. 296). Tinnitusbehandling kan gå ut på å behandle den eventuelt underliggende årsaken til tinnitus, behandling med kognitiv atferdsterapi eller rådgivning, lydterapi ved bruk av lydgenerator eller høreapparat for personer med hørselstap (Cima et al., 2012; Hesser et al., 2011; Hobson et al., 2010; Schaette et al., 2010, referert i Langguth et al., 2013, s. 925–926).

Tinnitus er individuelt, og opplevelsen av intensitet og plage kan variere i stor grad fra person til person (Baguley et al., 2013, s. 1600). På bakgrunn av faktumet at tinnitus kan komme av mange ulike årsaker og ha en rekke komorbiditeter, er en omfattende og individuell tverrfaglig vurdering av pasienten nødvendig (Langguth et al., 2013, s. 924). I vurderingsfasen av behandlingsforløpet har behandleren muligheten til å gjenkjenne faktorer og symptomer som kommer av, eller kan påvirke tinnitus. Basert på disse observasjonene kan behandleren skreddersy behandlingen mot spesifikke årsaker og til den individuelle pasienten (Newman & Sandridge, 2016 referert i Searchfield & Zhang, 2021, s. 410). De psykologiske aspektene ved tinnitus er også viktig å ta i betraktning, og en grundig vurdering av pasientens psykologiske komorbiditeter kan gi behandleren et godt utgangspunkt for å utvikle den best mulige behandlingsplanen for pasienten (Searchfield & Zhang, 2021, s. 350).

1.2 Retningslinjer for vurdering av tinnituspasienter

I en rapport ble behandlingstilbudet for tinnituspasienter i Norge kartlagt og sett opp mot de europeiske retningslinjene for vurdering, diagnostisering og behandling av tinnituspasienter (Lippestad et al., 2022, s. 14). Rapporten konstaterte at tilbudet for tinnituspasienter i Norge har store variasjoner, og at et mangelfullt utredning- og vurderingsarbeid fører til et fragmentert behandlingsforløp for pasientene (Lippestad et al., 2022, s. 76). Rapporten konkluderte med at utrednings- og behandlingstilbudet for tinnituspasienter i Norge bør styrkes. Det ble også konkludert med at det bør utvikles nasjonale retningslinjer og veiledere for utredning, diagnostisering og

behandling av tinnituspasienter, og at det er nødvendig med en generell kompetanseheving på tinnitusfeltet (Lippestad et al., 2022, s. 74–75).

De europeiske retningslinjene for diagnostisering, vurdering og behandling av tinnitus ble utviklet på bakgrunn av lite bruk av og dårlig definerte standarder. Målet med retningslinjene er å effektivisere diagnostisering, vurdering og behandlingsprosessen og dermed unngå at pasienter blir underbehandlet, overbehandlet eller ikke behandlet i det hele tatt (Cima et al., 2019, s. 12). I retningslinjene kommer det anbefaling om hva som minimum bør være med i vurderingen av tinnituspasienter. Denne minimum vurderingen innebærer en grundig anamnese med informasjon om pasienten, tinnitus, eventuelle komorbiditeter og en medisinsk historie, en omfattende audiologisk vurdering av hørsel, lydsensitivitet, balanse og mekaniske påvirkninger, og undersøkelse av en øre-nese-hals lege (Cima et al., 2019, s. 20–21). I tillegg anbefales det i retningslinjene å bruke et vurderingsskjema for tinnitusplager hos pasienter som er plaget av tinnitus (Cima et al., 2019, s. 22).

1.3 Tinnitus Handicap Inventory

I de europeiske retningslinjene for vurdering, diagnostisering og utredning av tinnitus anbefales det å bruke spørreskjemaer for å kartlegge plagegrad av tinnitus hos de pasientene som er plaget. Et av skjemaene som blir anbefalt er Tinnitus Handicap Inventory (THI) (Cima et al., 2019, s. 22). Det finnes en rekke andre vurderingsskjemaer for tinnitus, men på bakgrunn av svarene som er gitt i intervjuene i denne studien er det kun THI som er relevant.

THI ble utviklet på bakgrunn av en økt interesse for vurderingsskjemaer som ikke bare måler fysisk påvirkning av forskjellige tilstander, men også påvirkningen tilstanden har på det daglige livet og livskvaliteten til pasienten. I tillegg skulle det være enkelt å administrere, enkelt å forstå, bredt i omfang og reflekterende over påvirkningen tinnitus har på det daglige livet (Newman et al., 1996, s. 143–144). THI inneholder 25 spørsmål om pasientens tinnitus og dens påvirkning på livet til pasienten. Det er tre svaralternativer til hvert spørsmål, “ja”, “noen ganger” og “nei”, som gir henholdsvis 4, 2 og 0 poeng. Rekkevidden av poeng går fra 0-100, hvor

høyere poengscore indikerer høyere plagegrad. Det er foreslått av McCombe et al. (2001, s. 391) at plagegraden kan bli delt inn i fem grader etter hvor mange poeng man har. 1 er laveste plagegrad og 5 er høyeste plagegrad. Gradene er; lett plaget, mildt plaget, moderat plaget, alvorlig plaget og katastrofalt plaget (McCombe et al., 2001, s. 391). Spørsmålene i skjemaet dekker tre kategorier av hvordan tinnitus påvirker personen; funksjonell (F), emosjonell (E) og katastrofal (C). Den funksjonelle underkategorien skal dekke aspekter som omhandler mentale, sosiale og fysiske funksjoner. Den emosjonelle underkategorien skal representere følelsesmessige reaksjoner som sinne, depresjon og frustrasjon. Den katastrofiske underkategorien skal dekke katastrofale reaksjoner på tinnitus som mangel på kontroll og mestring, desperate følelser og opplevelsen av en alvorlig sykdom (Newman et al., 1996, s. 144).

2.0 Problemstilling

På grunn av den varierende opplevelsen av tinnitus fra person til person (Baguley et al., 2013, s. 1600) er en individuell tilnærming til utredning og behandling av tinnitus avgjørende. Alle relevante faktorer bør tas med for at behandleren skal kunne skreddersy behandlingen til den enkelte pasient (Searchfield & Zhang, 2021, s. 350). Manglende standarder og retningslinjer i Norge kan gi forskjeller i praksis blant audiografer og hvordan de går frem for å utrede, vurdere og velge behandling til tinnituspasienter (Lippestad et al., 2022; Baguley et al., 2013).

Denne studien tar sikte på å undersøke hvilken praksis audiografer i Norge har i prosessen fra utredning og vurdering til valg av behandling for tinnituspasienter. Studien har fokus på hvilke rutiner audiografer har i vurderingsprosessen, og det ønskes å undersøke i dybden hvordan audiografer går frem for å vurdere den individuelle pasienten, og hvordan vurderingsskjemaet kan bli brukt som verktøy og bidra til deltakernes forståelse av pasientens situasjon. Oppgaven vektlegger å gå i dybden på hvorfor deltakerne tar de valgene som blir gjort i valg av behandling, og hvilke faktorer de opplever som viktig i dette valget. På bakgrunn av dette er følgende problemstilling formulert:

“Hvilke faktorer opplever audiografer som viktige i utredning, vurdering og valg av behandling, og hvordan kan vurderingsskjemaene påvirke dette?”

Det ønskes at oppgaven kan gi en forståelse av hvorfor deltakerne tar de valgene som blir tatt i prosessen frem til behandling av tinnituspasienter, og gi førstehåndsinnsikt i hvilke faktorer som er viktig å ta i betraktning når man skal velge behandling til tinnituspasienter.

3.0 Metode

3.1 Kvalitativt forskningsdesign

For å belyse problemstillingen i dette bachelorprosjektet ble det brukt et kvalitativt forskningsdesign. En kvalitativ tilnærming vil ifølge Dalland (2020, s. 54) gi mulighet til å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg måle eller tallfeste. Det vil være mulig å gå i dybden på subjektive erfaringer og meninger og å få frem det særegne og helhetlige i opplevelsen av temaet i oppgaven. For å utvikle en omfattende forståelse ovenfor problemstillingen var det hensiktsmessig å utføre en case-studie med semistrukturerte intervjuer. Dette innebærer å utvikle en dypere forståelse innenfor en spesifikk situasjon eller et problem. En case-studie inkluderer en eller flere caser innenfor den samme konteksten (Creswell & Poth, 2017, s. 96). I bacheloroppgaven er det som undersøkes en beslutningsprosess hvor seks caser analyseres ved hjelp av intervju.

3.2 Deltakere

3.2.1 Strategisk utvalg

Ved valg av informanter til studien har strategisk utvalg blitt benyttet, som ifølge Dalland (2020, s. 59–60) sikrer at deltakerne er relevante for temaet og problemstillingen i oppgaven. I rekruttering av deltakere ble det utformet inkluderingskriterier som ifølge Malterud (2019, s. 58) sikrer validiteten av dataene som ble samlet inn i studiet. Inkluderingskriteriene vises i tabell 1.

Tabell 1: Oversikt over inkluderingskriteriene i studien

	Deltakerkriterier
1	Autorisert audiograf
2	Jobber med tinnituspasienter
3	Arbeider ved enten private eller offentlige hørselsklinikker
4	Ønsker å dele sine erfaringer innenfor temaet
5	Har kjennskap til eller erfaring med bruk av vurderingsskjema for tinnitus

3.2.2 Rekruttering av deltakere

For rekruttering av deltakere ble det sendt informasjonsskriv til en rekke klinikker og audiografer. Informasjonsskrivet vises i vedlegg 1. I tillegg ble det lagt ut et innlegg på facebookside; "Jeg er/skal bli Audiograf!", med en kort intro til prosjektet og oppfordring om å ta kontakt med de ansvarlige for prosjektet på e-post. Av totalt 15 som ble spurt på e-post, var det fem som ønsket å delta i prosjektet. Fra facebookinlegget var det én deltaker som tok kontakt og deretter ble rekruttert til å delta i prosjektet. For å sikre et nyansert utvalg av deltakere var det hensiktsmessig å rekruttere audiografer over hele landet. Antallet deltakere ble begrenset slik at det var mulig å samle inn grundig og betydelig data fra hvert intervju, noe Dalland (2020, s. 81) anser som kritisk i en kvalitativ studie.

3.2.3 Deltakerne

Det var totalt seks deltakere i studien. Alle deltakerne jobbet på klinikker forskjellige steder i landet, både offentlige og private. Deltakerne var autoriserte audiografer som jobbet med tinnituspasienter, hvor to av deltakerne var faglige ledere innenfor tinnitus på arbeidsplassen. Fire av deltakerne jobbet i offentlig sektor og to jobbet innenfor privat sektor. Fire av deltakerne hadde en 3-årig bachelor i audiologi, to av deltakerne hadde en 2-årig audiografutdanning hvor halvparten av deltakerne hadde fordypet eller videreutdannet seg innenfor tinnitusfaget. Alle deltakerne hadde erfaring med vurderingsskjema for tinnitus, men én hadde aldri brukt det. De resterende deltakerne brukte eller hadde brukt skjemaet tidligere. En oversikt over deltakerne vises i tabell 2.

Tabell 2: Oversikt over deltakerne med bakgrunnsinformasjon om arbeidsplass, utdanning og om de bruker vurderingsskjema. A står for audiograf og tallene er brukt for å skille mellom intervjupersonene i oppgaven.

Deltaker	A1	A2	A3	A4	A5	A6
Sektor	Offentlig	Offentlig	Offentlig	Privat	Privat	Offentlig
Utdanning	2-årig audiograf-utdanning	Bachelor i audiologi	Bachelor i audiologi	Bachelor i audiologi	Bachelor i audiologi	2-årig audiograf-utdanning
Bruker vurderingsskjema	Ja	Ja	Nei (aldri brukt)	Ja	Nei (har brukt tidligere)	Ja
Fordypning i tinnitus	Ja	Ja	Nei	Nei	Ja	Nei

3.3 Datainnsamling

3.3.1 Intervjuguide

Et semistrukturert intervjudesign ble brukt, noe som ifølge Dalland (2020, s. 83) gir mulighet for spontane, levende og uventede svar, samtidig som dataene blir lettere å strukturere og analysere senere i prosessen. Før intervjuene ble dermed en intervjuguide utviklet, som hadde som formål å styre samtalen og innhente ny kunnskap om temaet, noe som ifølge Dalland (2020, s. 83) er det som kjennetegner det kvalitative intervjuet. Intervjuguiden ble strukturert slik at den inneholdt flere ferdige spørsmål fordelt i tydelige temaer. I kvalitative intervjuer er det ønskelig at intervjuguiden tilpasses i løpet av intervjuet for å unngå en standardisert intervjusituasjon (Malterud, 2019, s. 134). Erfaringer som ble gjort underveis i intervjuprosessen ble dermed vurdert og implementert videre i prosessen, og det var åpent for å stille nye spørsmål underveis i intervjuet. Intervjuguiden vises i vedlegg 3.

3.3.2 Pilotintervju

I forkant av intervjuene med deltakerne ble det gjennomført et pilotintervju, noe som er anbefalt å utføre i en kvalitativ casestudie (Yin, 2014, referert i Creswell & Poth, 2017, s. 165). Dette ble utført for å sikre kvaliteten på spørsmålene i intervjuguiden, at de var forståelige og bidro til å dekke de aktuelle temaene, samt teste kvaliteten på lyden på opptaksutstyret og i rommet intervjuene fant sted. Testpersonen var en person med kunnskap om temaet. Etter pilotintervjuet ble det supplert med flere spørsmål for å bedre dekke de aktuelle temaene, og det ble gjort små endringer i formuleringen av noen av spørsmålene etter tilbakemelding fra testpersonen. Dette ble gjort for å sikre en god forståelse av spørsmålene. Til slutt ble den reviderte versjonen av intervjuguiden konkludert med å dekke de ønskede temaene og fungere godt for det tiltenkte formålet.

3.3.3 Utstyr og opptak

Det ble brukt lydopptak for registrering av data fra intervjuene. Dette åpnet opp for muligheten til å være fullstendig til stede under intervjuene slik at konsentrasjonen kunne være på tematikken. Det gjorde det også mulig å analysere tonefall, ordbruk og bruk av pauser i prosessen med transkribering, noe som er verdifullt å få med i en analyse (Kvale & Brinkmann, 2012, s. 187). Lydopptaket ble utført med taleopptakappen på iPhone 12 Pro, som deretter ble overført til en kryptert minnepinne.

3.3.4 Gjennomførelse av intervju

Intervjuene ble gjennomført i et lyddempet rom for innspilling av podkast for å bevare taushetsplikten, samt å opprettholde tilfredsstillende kvalitet på lydopptaket. Selve intervjuet foregikk over en digital videosamtale via Teams, da deltakerne befant seg på forskjellige steder i Norge. Det ble utført en test av lyden på lydopptaket i forkant av hvert intervju for å sikre at både intervjuerne og deltakerne hørtes klart og tydelig. I forkant av intervjuet ble samtykkeskjemaet oppsummert for deltakerne for å sikre at de var innforstått med hva det innebar å delta, og at informasjonen om studien og intervjuet var forstått slik det var ment. Underveis i intervjuet ble intervjuguiden fulgt, og spørsmål som dukket opp ble stilt der det var relevant. Ved slutten av hvert intervju ble intervjuet og hovedtemaene oppsummert, og deltakeren fikk mulighet til å stille spørsmål eller legge til informasjon.

3.4 Analyse

3.4.1 Transkribering

Etter å ha gjennomført alle intervjuene ble hvert intervju transkribert, som ifølge Kvale & Brinkmann (2012, s. 192) er en konkret omdanning av en muntlig samtale til en skriftlig tekst. Ved å transkribere intervjuene blir samtalene strukturert på en måte som gjør dem bedre egnet for analyse (Kvale & Brinkmann, 2012, s. 188).

Transkriberingen ble gjort ordrett, og pauser, gjentakelser og tegnsetting ble inkludert for å uttrykke tonefallet til intervjupersonen og for å sikre validiteten av transkriberingen (Kvale & Brinkmann, 2012, s. 194). Intervjuer kan være personavhengig (Dalland, 2020, s. 60), og for å sikre påliteligheten til resultatene av dataene ble hvert intervju gjennomgått to ganger. Først ble det gjennomgått av en som transkriberte intervjuet ord for ord, og så av den andre som lyttet til opptaket og samtidig leste gjennom transkriberingen. Rollene for hvem som transkriberte og leste gjennom ble byttet mellom hver transkribering. Anonymitet ble overholdt gjennom transkriberingsprosessen der navnene ble byttet ut med "intervjuperson" i transkriberingsdokumentet. Opplysninger som kunne gjenkjenne personen eller arbeidsplass, eller informasjon som ikke var relevant ble utelatt.

3.4.2 Analyse

For å analysere datamaterialet i denne oppgaven ble det tatt i bruk systematisk tekstkondensering (STC), som ifølge Malterud (2019, s. 97) er en fleksibel metode for tematisk tverrgående analyse av kvalitative data. Analysen ble gjennomført i fire trinn. Trinn én innebar å danne et helhetsinntrykk, trinn to identifiserte meningsdannende enheter, trinn tre involverte å abstrahere innholdet i de meningsdannende enhetene, og trinn fire innebar å sammenfatte betydningen av dette, som beskrevet av Malterud (2019, s. 98).

I første trinn av analysen ble det innhentet data fra artikler og autoriserte audiografer i fagmiljøet som har erfaring om oppgavens tema, for å kunne danne et helhetlig inntrykk av temaet i problemstillingen. Ved å transkribere intervjuene ifølge metoden nevnt tidligere ble det sikret god kjennskap og oversikt over datamaterialet. Ut ifra informasjonen som ble innhentet i det første trinnet var det mulig å gjennomføre en

tematisk bearbeiding av temaene i det andre trinnet av analysen, hvor temaene i intervjuet ble kategorisert og irrelevant informasjon ble lagt til side. Temaene som ble plukket ut og kategorisert i transkriberingen var "Utredning", "Vurdering" og "Valg av behandling". Disse vil i andre trinn av analysen danne grunnlaget for kodegrupper (Malterud, 2019, s. 101). Temaene som ble utelatt var "Bakgrunn" "Tinnitustilbud" og "Annen vurdering" da de endte opp med å være for like de andre teamene når det gjelder resultater fra intervjuene, eller ikke var relevante. Programvaren NVivo ble benyttet for å sortere datamaterialet i de forskjellige kategoriene, samt identifisere meningsbærende enheter. Dette innebar at det i oppgaven systematisk ble plukket ut relevant tekst til de forskjellige temaene. Disse temaene ble videreutviklet til kodegrupper som senere ble benyttet gjennom koding.

I trinn tre ble data abstrahert fra den sorterte informasjonen ved bruk av kategorisk aggregering. Kategorisk aggregering innebærer å se etter likheter eller forskjeller i datamaterialet for å finne relevante betydninger i forhold til problemstillingen (Creswell & Poth, 2017, s. 206). Ved identifisering og koding av de meningsbærende enhetene er det ifølge Malterud (2019, s. 105) mulig å systematisk hente ut mening i datamaterialet ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene som ble kodet sammen. Kondensering av datamaterialet ble gjort med meningsfortetting, som innebærer at deltakerens uttalelser omformuleres til kortere setninger, samtidig som den umiddelbare meningen i det som ble sagt bevares (Kvale & Brinkmann, 2012, s. 212).

I analysens fjerde trinn ble datamaterialet rekontekstualisert ved å sammenfatte tidligere funn til fortolkninger, og resultatenes gyldighet ble vurdert opp mot den opprinnelige sammenhengen. Først ble subgruppene definert; "Utredning og rutiner", "Bruk av vurderingsskjema" og "Valg av tinnitusbehandling". De meningsbærende enhetene fra subgruppene og kodegruppene ble deretter satt sammen til en analytisk tekst hvor treffende gullsitat ble plukket ut. Gullsitatene blir brukt for å poengtere hovedfunnene i de forskjellige kategoriene (Malterud, 2019, s. 108). Ved å plukke ut gullsitat ble analysemetoden direkte tolkning fra casestudie tatt i bruk. I direkte tolkning hentes mening ut fra en enkelt instans uten å sammenligne med andre tilfeller (Creswell & Poth, 2017, s. 206).

4.0 Etiske forhold

I forkant av rekrutteringsprosessen ble det søkt til Sikt. Lydopptakene skulle bli behandlet og oppbevart elektronisk på en kryptert minnepinne, det er dermed ifølge Dalland (2020, s. 168-170) nødvendig å søke til Sikt for å sikre at studien overholder kravene til personvern. Søknaden til Sikt ble godkjent. Før datainnsamlingen startet fikk deltakerne et informert samtykkeskjema. Samtykkeskjemaet sikrer at deltakerne er klar over hva det vil innebære å delta, og samtykket skal være frivillig, informert og utvetydig (Dalland, 2020, s. 173). I skjemaet som ble sendt ut kunne deltakerne finne informasjon om prosjektet, hva det vil si å delta, samt hvordan personvern og anonymitet skulle bli overholdt og hvordan dataene skulle analyseres og behandles (Vedlegg 2).

Jamfør § 8 i Personopplysningsloven skal innsamlet data utelukkende brukes til det som er nødvendig i forskningen (Personopplysningsloven, 2018, § 8). I denne studien er data som er samlet inn kun brukt til prosjektets formål, og informasjon som kom frem under intervjuene som ikke var relevant for oppgavens formål er utelatt. For å sikre at anonymiteten til deltakerne ble overholdt er informasjon som kan gjøre deltakerne gjenkjennbare utelatt, slik som navn, arbeidssted og geografisk plassering. For å hindre at utenforstående skal få adgang eller informasjon om opplysningene fra datainnsamlingen, har forskerne taushetsplikt (Helseforskningsloven, 2009, § 7). De innsamlede dataene fra intervjuet og transkriberingen ble oppbevart på en kryptert minnepinne i en safe.

5.0 Resultater

5.1 Rutiner for utredning

Alle deltakerne svarte at de har som rutine for alle pasienter som kommer til time hos audiograf å gjennomføre rentoneaudiometri med både luftledet og benledet signal, samt taleaudiometri. A1, A2 og A4 utførte ubehagsterskelmåling (UCL) som standard for alle pasienter, mens A3, A5 og A6 kun utførte UCL dersom pasienten spurte om det, eller dersom det var mistanke om nedsatt lydtoleranse ut fra henvisningen. A5 så ikke hensikten med å utføre UCL-målinger som standard i utredningen av tinnituspasienter, og opplevde det ikke som relevant for valget av behandling senere. A4 var den eneste av deltakerne som brukte høyfrekvensaudiometri som standard på alle pasienter.

Kun A4 utførte en tinnitusanalyse hvor subjektivt nivå og pitch på tinnitus ble målt, og det ble undersøkt om subjektiv opplevelse av tinnitus ble endret ved ekstern stimuli. De resterende deltakerne opplyste alle at de ikke så hensikten med å utføre en tinnitusanalyse ved å måle subjektivt nivå og pitch. Flere fortalte at tinnitusanalyse opplevdes som en unødvendig faktor som ga mer og negativt fokus på tinnitus, og ikke alltid stemte overens med plagene pasienten opplevde. Dette kommer frem i følgende sitat av A6;

“La oss si at det [subjektivt tinnitusnivå] ligger 5 dB over høreterskelen da, for en gitt frekvens, hva skal man bruke den informasjonen til da egentlig? (...) De kan jo subjektivt slite veldig med tinnitus da, allikevel, og ha ganske store plager av det. (...) så jeg opplever vel at den [tinnitusanalysen] ikke alltid forteller så mye av bildet likevel da.”

A1, A3 og A6 fortalte at de hadde kurs som en del av tilbudet. A5 kunne henvise videre til kurs, mens A2 og A4 ikke opplyste at de tilbød kurs. A3 hadde også kurs, men i forkant av time med audiograf eller lege. A3 forklarte at kurset ga pasientene informasjon om tinnitus og hørselssystemet, hva som kunne forårsake og påvirke tinnitus, samt behandlingsmetoder. Etter kurset tok pasientene kontakt dersom de

ønsket og trengte mer hjelp med sin tinnitus. A3 fortalte at kurset hadde som hensikt å "filtrere" ut pasientene som kun hadde nytte av informasjon om tinnitus, og gi rom for at de pasientene som trengte et mer omfattende behandlingsforløp, fikk tilbud om dette.

A1 var kjent med og brukte de europeiske retningslinjenes standard for målinger i utredning av pasienten. A2, A3 og A4 hadde ikke kjennskap til retningslinjene, mens A5 og A6 hadde kjennskap til retningslinjene, men brukte de ikke i utredningen og vurderingen av tinnituspasienter. Alle deltakerne, bortsett fra A4, hadde lege involvert i utredningen av tinnituspasienter. A2, A3 og A6 hadde i tillegg audiopedagog. A4 hadde, i motsetning til resten, kiropraktor og fysioterapeut involvert i utredningen. Flere av deltakerne uttrykte at de opplevde at det hjalp pasienten at en lege bekreftet det audiografen sa og de funnene som ble gjort i utredningen, noe som kommer frem i følgende sitat av A3;

"De fleste pasientene trenger bare en audiograf i de fleste tilfellene. Hvis ikke en lege sin rolle kan avskrekke mer da, fordi en lege er en lege, og en lege kan spørre om alt det andre medisinske. Og da skjønner pasienten at hele pasienten har blitt sett, og det i seg selv er betryggende."

5.2 Bruk av vurderingsskjema

Alle deltakerne var kjent med THI som vurderingsskjema for tinnituspasienter. A3 hadde aldri brukt THI med pasienter selv, og A5 hadde brukt skjemaet tidligere, men brukte det ikke nå lenger. Blant deltakerne som brukte THI var det noe varierende hvordan det ble brukt. Alle brukte det som forbedringsmåling, og noen opplevde at det kunne gi informasjon som pasientene ikke sa. Kun én av deltakerne så på underkategoriene, mens flere fortalte at skjemaet var nyttig å bruke som en pekepinn i hvilken behandlingsretning de burde gå i.

A1, A2, A4 og A6 brukte alle THI til å se på poengscoren før og etter behandling som en forbedringsmåling. A1, A4 og A6 brukte i tillegg skjemaet som en pekepinn på hvilken retning de burde gå i med tanke på behandling for pasienten. A2 og A6 opplyste at skjemaet ikke ble brukt ved hver vurdering. Når de møtte pasienter som

opplevde lav plage av tinnitus, valgte de å ikke benytte seg av THI. A6 fortalte at det var viktig å se hvor det var nyttig å bruke skjemaet, og være forsiktig med å bruke det på pasienter som er mildt plaget for å unngå å skape et større fokus på tinnitus ved bruk av vurderingsskjemaet. A2 opplyste også at skjemaet ikke ble brukt hos de som ikke skulle behandles for sin tinnitus. A5, som brukte THI før, benyttet skjemaet som en huskeliste i starten av karrieren. Det ble ikke brukt som forbedringsmåling av A5 da det ble brukt, men audiopedagogen som pasientene ble henvist til brukte det som forbedringsmåling. A3 hadde aldri brukt THI, men mente at dette ville kunne være hensiktsmessig å bruke til forbedringsmåling dersom vurderingsskjemaer skulle blitt standard praksis. Ved spørsmål om hvorfor det ikke ble brukt THI svarte A5 at det føltes såpass sikkert å vurdere pasientens plagegrad og behov ut fra samtalen, at det ikke var nødvendig å ta i bruk vurderingsskjema igjen. A3 brukte ikke THI på grunn av tiden og ressursene det ville ta å implementere det i rutinen, men ønsket at det skulle bli innført på klinikken, og så for seg at det beste hadde vært å få sendt det til pasientene for utfylling i forkant av timen.

Alle som brukte skjemaet opplyste at de for det meste så på generell score, og ikke score i underkategoriene. A4 fortalte at det var sjeldent underkategoriene ble sett på for å få en forståelse av hva pasienten trengte, og at det som regel kom betydelig bedre frem gjennom samtalen. A1 så på underkategoriene hos de pasientene som kom på individuell time hos audiograf etter gjennomført kurs, men som fremdeles var like plaget ifølge vurderingsskjemaet. A1 brukte da underkategoriene for å se hva tinnitus var styrt av, og for å kartlegge hvordan prosessen frem til valg av behandling skulle utvikle seg videre. A1 understreket likevel at THI ikke kunne gi dybdeforståelse av situasjonen til pasienten, og at dette kom frem gjennom samtalen, noe som reflekteres godt i følgende sitat:

“Den [forståelse av pasientens situasjon] kommer mye bedre frem gjennom dialogen med pasienten. (...) Så den gir et bilde av at “her er det noe jeg bør følge opp”, mer enn det gir en god forståelse egentlig. Men, det vil jo være en forståelse fordi jeg ser at det er et problem, men likevel ikke en dybdeforståelse. Da må jeg ha mer enn THI for å si det sånn.”

Alle deltakerne som brukte skjemaet, mente at THI kunne være et nyttig verktøy for å få en oversikt over hvor plaget pasienten var av sin tinnitus. Samtidig ble det understreket at skjemaet ikke ville gi en helhetlig forståelse av pasientens situasjon, og at samtalen med pasienten burde veie tyngst for å kunne få en forståelse av situasjonen. A2 og A6 var blant de som understreket viktigheten av å ha et kritisk øye til skjemaet, og supplerte med informasjon fra samtalen for å identifisere viktige faktorer som spilte inn i pasientens opplevde plage som følge av tinnitus. A1, A4 og A5 så på skjemaet som nyttig for å kunne identifisere pasientens behov, og så det som en god veiledning i hvilken retning behandlingsvalget burde gå i. Flere av deltakerne opplevde at skjemaet kunne gi informasjon som pasienten selv ikke oppga i samtalen, og at skjemaet kunne fungere som en "samtalestarter". Det var dog enighet i at skjemaet generelt og underkategoriene ikke ga et godt nok bilde av pasientens situasjon, og at de støttet seg i samtale og utredning for å få informasjon. Dette kommer godt frem i følgende sitat av A6:

"Man ser jo at det [THI] kan være nyttig. Føler jo ikke at det gir likevel hele bildet (...) men det er jo ikke alle som får uttrykt det helt. (...) Du får ikke et helt inntrykk av at det kanskje er et stort problem, og så scorer de ganske høyt på det skjemaet, for eksempel eller omvendt, da. (...) Da kan man jo på en måte høre litt mer med pasienten."

5.3 Valg av tinnitusbehandling

Behandlingstilbudet varierte noe mellom deltakerne. A1 hadde et stort kognitivt fokus på behandlingen, med kognitiv terapi, lytte- og fokuseringstrening, avslapningsteknikker, og i tillegg et kurs. Tilbudet var todelt; kurs eller individuell behandling, med mulighet for å kombinere disse. A2 hadde på den andre siden et tilbud med en mer praktisk tilnærming, med stor vekt på behandling med høreapparat for de med hørselstap og tinnitus, og behandling med lydgenerator for de som ønsket eller som kun hadde tinnitus. A3 hadde et tilbud som først og fremst startet med et kurs for alle pasienter som ble henvist dit, og for de som tok kontakt etter kurset og ønsket mer hjelp, ble utredning og behandling tilbudt. A4 hadde et annet tilbud enn de andre deltakerne, hvor det i tillegg til hjelpemidler og audiopedagog ble tilbudt muskulær utredning og behandling hos kiropraktor og

fysioterapeut. A2, A3, A5 og A6 opplyste at de på klinikken også henviste til andre instanser som de så nødvendig dersom de så behovet hos pasientene, som for eksempel psykolog eller kiropraktor.

5.3.1 Rutiner for valg av tinnitusbehandling

Alle deltakerne anbefalte umiddelbart høreapparat til pasienter med hørselstap og tinnitus. Sett bort fra dette var det variasjoner i hvilke rutiner deltakerne hadde for valg av tinnitusbehandling, hvor hovedforskjellene lå i hvilke behandlingsalternativer som ble prioritert og gitt til pasienter basert på hva som kom frem i utredning og vurdering.

A1 baserte stort sett valg av behandling på det som kom frem i samtalen, og tok hensyn til både fysiologiske, funksjonelle og emosjonelle faktorer. A2 tilbød lydgenerator til de som hadde tinnitus uten komorbid hørselstap, og tilbød videre henvisninger til psykolog og audiopedagog der det ble sett som nødvendig, basert på hva som kom frem i samtalen. A3 hadde et system hvor pasientene ble delt inn i kategorier ut fra hva som kunne være årsaken til tinnitus, og vurderte behandling ut fra dette. Gruppene som pasientene ble kategorisert i kom ut fra samtalen og utredning, og var; pasienter med hørselstap, pasienter med fysiske plager, og pasienter med psykiske plager. A4 støttet seg også på hvilke funn som ble gjort i utredningen og i samtale med pasienten. A5 hadde også en form for kategorisering i behandlingsvalget, og tilbød behandling ut fra hvordan og når pasienten var plaget. Dersom pasienten hadde søvnproblemer ble lydgenerator anbefalt, hos de med hørselstap ble høreapparat anbefalt, og de som var veldig plaget over lang tid ble henvist videre til kurs og rehabilitering. A6 og A2 hadde en lignende tilnærming som A5, med lydgenerator for de med søvnproblemer, høreapparat for de med hørselstap, og videre valg ble basert på informasjonen som kom ut fra samtalen.

Utenom å tilby høreapparat til de med hørselstap hadde ingen av deltakerne noen faste rutiner i hva som ble tilbudt av behandling til sine pasienter. Felles for alle var at behandling i stor grad ble valgt ut fra hva som ble ansett som viktig for pasienten i samtalen, og de funnene som kom fra samtale og utredning. A2 og A6 fremhevet også viktigheten av å gi grundig og god informasjon til pasientene før behandling, da

dette kunne hjelpe på tinnitusplagen og utelukke hvem som kanskje ikke trengte videre behandling eller tinnituspasienter som kun hadde behov for høreapparat. Dette kommer frem i følgende sitat av A6:

“Jeg tror nok veldig mange som ikke er så plaget har fått en grundig prat her og hatt en samtale om det, så har det hjulpet ganske mye bare det for tinnitusen. Og som jeg sier så kanskje de klarer seg med ett sett med høreapparater hvis det er nedsatt hørsel for eksempel (...), det er ikke sikkert de trenger noe mer behandling av tinnitus da, for å si det sånn, at man bare fortsetter med behandling av hørselstapet og det er på en måte nok.”

5.3.2 Faktorer som påvirker behandlingsvalg

Når det kom til hvilke faktorer som påvirket valget av behandling hos deltakerne, var det en rekke hensyn som ble tatt. Generelt ble det lagt stor vekt på hvor mottakelig pasienten var for behandling hos alle deltakerne, og faktorer som personlighet og pasientens meninger spilte inn i valget hos alle deltakerne.

I spørsmålet om hvordan pasientens somatiske funksjon kunne påvirke valg av behandling var samtlige av deltakerne enige om at det spilte en vesentlig rolle. Hvor mye det påvirket valget, var avhengig av hva slags begrensning det var snakk om. A3 og A5 fortalte at dersom pasienten hadde et hørselstap ville det være hensiktsmessig å begynne med høreapparat uavhengig av pasientens somatiske situasjon, og fortalte at behandling av dette kunne skje parallelt med høreapparat. A1 og A6 fortalte at funksjonen ikke påvirket valg av behandling i like stor grad. Det kunne påvirke valget i situasjoner der pasienten av funksjonsmessige årsaker ikke hadde evner til å benytte seg av eller betjene behandlingen, for eksempel lydgenerator. A4, A5 og A6 henviste til kiropraktor dersom pasienten var plaget med for eksempel nakkestivhet, hvor A4 hadde egen kiropraktor i behandlingsforløpet. A4 fortalte at pasientens funksjonelle situasjon hadde mye å si for valg av behandling, hvor det ble tilbudt muskulær behandling til pasienter som hadde nakke-, skulder- og ryggplager.

Det var noen forskjeller i hvordan hver av deltakerne tok hensyn til pasientens meninger og ønsker i valg av behandling, men en fellesnevner var at meninger og ønsker burde veie tungt i beslutningen. A2 trakk frem at negative holdninger og lite motivasjon kunne føre til lite vilje fra pasienten, og kunne dermed påvirke resultatene av behandling negativt. A6 og A1 belyste også motivasjon som en viktig faktor, og at en annen viktig faktor var om pasienten var villig til å legge inn arbeidet selv. De trakk derfor frem at det var viktig å velge en behandling pasienten er motivert for og ønsker. A1 og A4 fortalte at dersom pasienten selv hadde stor tro på at en behandlingsmetode ville fungere godt for dem, fikk de prøve behandlingen. A5 og A3 belyste utfordringen med pasienter som insisterte på behandlingsmetoder som ikke nødvendigvis var nyttige i deres situasjon. Her fortalte A5 at det da var viktig å forsøke å få pasienten til å forstå hvorfor dette ikke var gunstig. A3 fortalte at det var viktig å ivareta pasientens autonomi, men også samtidig være varsom med å gi pasienten hvilken som helst behandling, for å unngå overbehandling. Dette dilemmaet kommer frem i et sitat av A3:

“For noen av dem haster det mer enn det er gunstig for dem, men de er ikke kommet til det punktet der de skjønner det helst.”

Pasientens personlighet var en faktor som påvirket valget av behandling, og pasientens personlige behov, motivasjon og emosjonelle tilstand sto sentralt i valget. Både A2, A4 og A6 påpekte at personlige egenskaper og sinnsstemning hadde en betydelig rolle, hvor A2 fortalte at motivasjon var avgjørende for hvilken behandling pasienten ville ha mest utbytte av. A2 og A6 så det som viktig å få en forståelse av hvor emosjonelt påvirket pasienten var av tinnitus, og påpekte at det var viktig at pasienten ble behandlet med tanke på dette i tillegg til eventuell annen behandling. Flere av deltakerne så det som nødvendig å forstå hva slags person pasienten var for å finne ut hvor mottakelige de var for de forskjellige type behandlingene. Både A1, A3 og A5 vurderte ut fra personligheten hvor egnet pasienten var for ulike behandlinger, og A5 vurderte også om pasienten ville fungere godt i gruppebaserte kurs eller heller hadde behov for behandling individuelt. A4 så personlighet som en svært viktig faktor som måtte tas hensyn til i valget, noe som kommer frem i følgende sitat:

“Hvis det er et menneske som er veldig nervøs av seg eller er veldig emosjonell så må man jobbe mye med det også da. (...) Da hjelper det ikke å bare behandle fysiologisk eller sette på et høreapparat eller lydgenerator. Så man må få snakket ordentlig med pasienten og ja, få de til å skjønne at det ikke er farlig og få de til å roe seg ned da.”

Ved spørsmål om hvordan poengscoren i THI påvirket behandlingsvalget fortalte A1 at skjemaet utgjorde omtrent halvparten av vurderingen. A1 brukte THI som en pekepinn på hvilken retning behandlingen burde ha, mens det i den resterende halvparten ble lagt vekt på egne vurderinger ut fra samtalen om hvilken behandling som passet best for den enkelte pasient. A2 brukte også plagegraden fra THI som en pekepinn på hvilken retning behandlingen burde gå i, men presiserte at det ikke nyttet å stole blindt på vurderingsskjemaet, og at det var hensiktsmessig å gjøre sin egen vurdering ut fra hva pasienten fortalte. A4 så på generell score og brukte dette til dels i valg av behandling, der pasienter med høy score som oftest ble anbefalt audiopedagog som behandling, eller i tillegg til annen behandling. A4 presiserte at score var viktig å se på, spesielt for å unngå at pasienter med lav score eller lav plagegrad ikke ble overbehandlet.

5.3.3 Viktigste i valg av tinnitusbehandling

Det var små variasjoner i hvilke faktorer deltakerne anså som aller viktigst i valg av tinnitusbehandling. Alle deltakerne la stor vekt på betydningen av en god relasjon til pasienten, å kunne møte de der de er i livet og møte deres behov. Deltakerne så det som viktig å skape tillit til pasientene, og det var viktig at pasientene følte seg sett og hørt. Samtalen ble av alle deltakerne poengtert som det viktigste elementet i valg av behandling for å kunne gi et godt grunnlag for veien videre og tilpasse valget individuelt til pasienten.

A1 la vekt på en god samtale med pasienten og mente at standardiserte skjemaer ikke tilbød tilstrekkelig dybde i forståelsen av pasientens unike behov og opplevelser. A2, A3 og A6 mente også at anamnesen var viktigst i valg av tinnitusbehandling, hvor en omfattende forståelse av pasientens bakgrunn, livssituasjon og symptomer

ble ansett som avgjørende i utformingen av den individuelle behandlingsplanen. A3 og A4 understreket viktigheten av funn fra utredningsprosessen og at dette ble inkludert i valget av behandling. A1, A2, A4 og A5 fremhevet spesielt betydningen av å bygge en relasjon med pasienten for å etablere tillit og trygghet. Det ble lagt vekt på at pasienten skulle føle seg sett og hørt ved at deltakerne møtte dem der de var i livet, samt at pasienten fikk en følelse av at behandlingen var riktig for dem. Dette kommer frem i sitatet fra A4:

“Funn og samtale er viktigst (...) Hvis pasienten føler at de får riktig behandling så tror jeg også det har mye å si da, så hvis det gir mening for pasienten at den type behandling kan gi bedring, så tror jeg det er det man skal legge mye vekt på.”

A4 og A5 påpekte at på grunn av at opplevelsen av tinnitus kunne variere, finnes det ikke én riktig vei til valg av tinnitusbehandling. Det kom frem av deltakerne at det handlet om å tilpasse seg enkeltindividet og først prøve ut den behandlingen som var hensiktsmessig ut ifra samtalen, og dersom det viste seg at den ikke fungerte så måtte man prøve en annen fremgangsmåte. Deltakerne mente at det var viktig å ha et åpent sinn i møte med pasientene, og at en individuell tilnærming var nødvendig i valg av tinnitusbehandling. Dette kommer frem i følgende sitat av A5:

”Det [viktigste] er nok det å igjen møte brukeren sånn at de føler at de er sett og hørt. Jeg tror det er veldig viktig. Hvert fall i første omgang. (...) du kan jo trå feil, og da er det alltid igjen det der at “ta kontakt hvis du trenger noe mer”. Så får man jo vurdere da, hvis man ikke har truffet blink i første omgang.”

6.0 Diskusjon

6.1 Utredning og rutiner

Alle deltakerne var tydelige på at både rentoneaudiometri og taleaudiometri skulle bli utført ved hver utredning av tinnituspasienter, noe som er i tråd med de europeiske retningslinjer sine anbefalinger (Cima et al., 2019, s. 21). Variasjoner ble sett i hvorvidt mer spesifikke tester slik som UCL og tinnitusanalyse ble tatt i bruk, hvor relevansen av testene sto sentralt i beslutningen om å benytte seg av dem eller ikke.

Halvparten av deltakerne, A1, A2 og A4, utførte UCL-målinger ved hver utredning, noe som er hensiktsmessig da studier viser at personer med tinnitus har større risiko for lydsensitivitet (Hébert et al., 2013, s. 2363), og det er mulig at det å utrede pasientene ved hjelp av UCL som standard kan være med på å avdekke dette. Den resterende halvparten, A3, A5 og A6, utførte det bare dersom det var etterspurt. A5 satt spørsmål ved hensikten med å bruke denne testen ved utredning av tinnituspasienter. Ifølge Jastreboff & Hazell (2004, s. 130) skal lydsensitivitet behandles før tinnitus, da motsatt prosedyre kan føre til økt plagegrad som følge av lydsensitiviteten, dette gjelder ved bruk av lydterapi. Med dette tatt i betraktning kan det være hensiktsmessig å implementere UCL som standard i utredningsprosedyren. På den andre siden opplyste A3, A5 og A6 at de utførte UCL ved mistanke om nedsatt lydtoleranse eller dersom det var beskrevet i henvisningen. Dette kan muligens minske behovet for å utføre UCL ved hver utredning, og dermed spare tid, samt spare pasienter for en test mange kanskje opplever som ubehagelig. Det er dog mulig at det verken står beskrevet i henvisningen eller at det fattes mistanke om nedsatt lydtoleranse hos pasienten, hvor en UCL-måling som standard prosedyre vil kunne oppdage dette.

A4 var den eneste av deltakerne som utførte tinnitusanalyse som standard på alle pasientene, hvor pitch og loudness ble målt for å se om tinnitus endres ved bruk av ekstern lyd. Psykoakustiske målinger brukes hovedsakelig for å se hvordan tinnitus blir påvirket av ekstern lyd, eller for å forstå hvordan tinnitus oppleves for pasienten (Henry, 2016, s. 279). De resterende deltakerne så ikke hensikten med denne, og

flere trakk frem argumentet at de ikke har noe bruk for det, og at det ikke gir informasjon om plagegraden til pasienten. I de europeiske retningslinjene er en utredning av tinnituskarakteristikk, inkludert loudness og pitch, anbefalt som en del av de audiologiske undersøkelsene (Cima et al., 2019, s. 21). Det er derimot ingen direkte forklaring på hvorfor retningslinjene anbefaler å utføre psykoakustiske målinger. Deltakerne, som ikke brukte tinnitusanalyse, sine utsagn om at det ikke bidro med informasjon om plagegrad støttes av litteraturen. Det har blitt undersøkt hvordan opplevelsen av tinnitus (loudness og pitch) relaterer til tinnitus sin påvirkning på pasientens livskvalitet og daglige liv, og fant at det ikke finnes en relasjon mellom dette (Henry, 2016, s. 283; Manning et al., 2019, s. 179).

Det var variasjoner i hvilket personell som var involvert i utredningen av pasienter. Faktorer om hvorvidt klinikken var offentlig eller privat kan spekuleres i om har hatt en betydning i det involverte personellet. Alle deltakerne, unntatt A4 som jobbet ved en privatklinikk, hadde lege involvert i utredningen. Deltakerne understreket legens sentrale rolle i øre-nese-hals utredningen av pasienter, noe som er essensielt ifølge de europeiske retningslinjene (Cima et al., 2019, s. 21). I tillegg til dette uttrykte flere av deltakerne at de opplevde en positiv virkning ved at legen bekreftet anbefalinger og funn fra den audiologiske utredningen. Sitatet til A3 hvor dette ble uttrykt, og begrunnet med: “(...)Fordi en lege er en lege (...)”, kan muligens tolkes til at pasienter har stor tillit til leger på grunn av deres status og kompetanse. Med bakgrunn i dette, kan utsagnet om at deltakerne følte at pasienter ble mer rolige da de snakket med en lege, stemme overens med studier som viser at det er høyere tilfredshet hos pasienter som opplever høy troverdighet og tillit til sine behandlere (Birkhäuer et al., 2017, s. 10; Paulsel et al., 2006, s. 74).

Det ble ikke nevnt av noen av deltakerne at pasientens pårørende ble involvert i løpet av prosessen frem til behandling. Studier har vist at både audiografer og pasienter opplever et økt utbytte av behandlingen for pasienten ved involvering av familien til pasienten (Meyer et al., 2015, s. 544; Scarinci et al., 2022, s. 990). Det er muligheter for at deltakerne i denne studien likevel involverte pårørende i prosessen, selv om det ikke ble nevnt, da dette ikke var et spørsmål som ble stilt til noen av deltakerne i intervjuene.

6.2 Bruk av vurderingsskjema

Resultatene fra studien viser til at fire av seks deltakere brukte vurderingsskjema for tinnitus som en del av utredningen og vurderingen av tinnituspasienter. Deltakerne som brukte vurderingsskjema, tok alle i bruk THI, som er et av skjemaene som anbefales i retningslinjene (Cima et al., 2019, s. 22). A1 og A4 brukte vurderingsskjema på alle tinnituspasienter uansett plagegrad, i motsetning til A2 og A6 som valgte å benytte seg av vurderingsskjema på tinnituspasienter som opplevde moderat til høy plagegrad av tinnitus. Retningslinjene anbefaler å ta utgangspunkt i et graderingssystem for å vurdere om det bør brukes vurderingsskjema, hvor anbefalingen er at det brukes med pasienter som er kategori to, altså plaget av tinnitus, hovedsakelig i stillhet (Biesinger et al., 2013, referert i Cima et al., 2019, s. 12–13). Med bakgrunn i dette antyder resultatene at deltakerne brukte vurderingsskjema i forhold til hva som er anbefalt i retningslinjene, dersom A2 og A6 definerte “mildt plaget” som tinnituspasienter hvor det ikke er behov for behandling og A1 og A4 definerte alle tinnituspasienter som blir tatt inn til vurdering som “plaget”.

Alle deltakerne som brukte skjemaet opplyste at de for det meste så på generell score, og ikke score i underkategoriene. De opplevde at den generelle scoren ga god informasjon om plagegraden til pasienten, og at skjemaet generelt kunne brukes som en pekepinn på hvilken behandlingsretning de burde velge. Dette stemmer overens med en studie som undersøker tilgjengeligheten av underkategoriene i THI, hvor det kommer frem i resultatet at THI er nyttig ved bruk av total score, og ikke underkategoriene (Wakabayashi et al., 2020, s. 8). Heggdal et al. (2022, s. 243) konkluderer også i en studie med at THI-NOR ser ut til å være et gyldig mål på virkningen av tinnitus på en persons hverdag. Alle deltakerne som benyttet seg av totalscore i THI, syntes at skjemaet var effektivt for å måle pasientens forbedring av plagegrad etter intervensjon. Dette samsvarer med litteratur, som sier at THI er et pålitelig mål på forbedring etter behandling (Baguley et al., 2000, s. 843; Newman et al., 1998, s. 158).

Resultatene viser til at samtlige av deltakerne ikke tok med underkategoriene i betraktning ved utredning og vurdering. Dette resonnerer imidlertid med en studie

som viser til at behandleren skal være kritisk til underskalaene og at dersom de brukes bør de bli tolket med forsiktighet (Heggdal et al., 2022, s. 243). Deltaker A1 var den eneste som opplevde nytte av å se på underkategoriene i THI. Dette gjaldt dog kun for pasienter som ikke opplevde bedring av tinnitusplagegraden etter påbegynt behandling, hvor kategoriene ble brukt for å kartlegge behov og hva tinnitusen var styrt av. Ifølge Wakabayashi et al. (2020, s. 8) er det mest hensiktsmessig å benytte totalscore i THI ved vurdering av tinnitusplagegrad. Alle deltakerne påpekte viktigheten av å benytte seg av anamnese og samtale for å få en helhetlig vurdering av pasienten, og at skjemaet ikke var nok for å få hele bildet av pasientens situasjon og behov. Dette stemmer overens med Wakabayashi et al. (2020, s. 8), som forteller at det er avgjørende å ta hensyn til komorbide symptomer ved vurdering og valg av behandling for tinnitus med alvorlig plagegrad.

Deltakerne mente at det var nødvendig å innhente mer informasjon enn det THI ga, for å kunne se helheten av pasientens situasjon og for å kunne sikre at alle viktige faktorer og komorbiditeter ble inkludert i den helhetlige utredningen og vurderingen. Dette støttes av litteraturen som tilsier at selv om THI er et nyttig verktøy for å måle alvorlighetsgraden av tinnitusplagen, er bruken av kun THI utilstrekkelig for en fullstendig forståelse av de komorbide symptomene som depresjon og angst (Wakabayashi et al., 2020, s. 7). Angst og depresjon kan være relatert til opplevelsen av og alvorlighetsgrad av tinnitus (Trevis et al., 2018, s. 76–77). Dette kan være med på å forsterke bekymringer, opplevd alvorlighetsgrad og forstyrre det daglige livet, og dermed bidra negativt til tinnitus (Langguth et al., 2011, s. 492). Flere retningslinjer anbefaler å bruke Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) som en ytterligere vurdering av negative effekter av tinnitus (Fuller et al., 2017, referert i Cima et al., 2019, s. 22). Ettersom deltakerne opplevde at THI ikke ga fullstendig informasjon om pasientens psykologiske situasjon, kan HADS være et hensiktsmessig vurderingsverktøy å ta i bruk for å komplettere informasjonen fra THI. Dette kan potensielt kreve mer tid, noe som fremkommer i resultatene hvor deltaker A3 valgte å ikke benytte seg av vurderingsskjemaer på grunn av tidsmangel. Det er derimot mulig at bruken vil kunne effektivisere vurderingen av tinnituspasienter ved å standardisere forløpet, noe som dermed kan spare tid.

6.3 Valg av tinnitusbehandling

Selv om det var variasjoner, var det noen felles faktorer som alle deltakerne var enige om når det gjelder anbefalt behandling. Det var enstemmig mellom alle deltakerne at dersom det kom frem i utredningen at pasienten hadde hørselstap i tillegg til tinnitus, skulle høreapparat tilbys som første behandling. Dette er i tråd med både de europeiske retningslinjene som anbefaler høreapparat for pasienter med hørselstap og tinnitus (Cima et al., 2019, s. 23), og flere studier som har vist at høreapparater kan bidra i å redusere tinnitus sin innvirkning på negativt stress og plagegrad, i kombinasjon med rådgivning (Henry et al., 2017; Kochkin & Tyler, 2008; Searchfield et al., 2010; Kochkin et al., 2008; Shekhawat et al., 2013; Surr et al., 1985; Yakunina et al., 2019, referert i Sherlock & Eisenman, 2020, s. 630). A2, A5 og A6 anbefalte lydgenerator for de med søvnproblemer på grunn av tinnitus, noe som er vist til å ha god effekt på pasienter med tinnitus og søvnproblemer (Wakabayashi et al., 2018, s. 112–113). Håndtering av søvnproblemer er viktig i de tidlige stadiene av tinnitus (Wakabayashi et al., 2020, s. 7), og deltakernes utsagn om at lydgenerator ble tilbudt til de med søvnproblemer og tinnitus kan vise at deltakerne har gode rutiner for å ta hånd om disse søvnproblemene tidlig.

Deltakerne tok en rekke hensyn i betraktning i forhold til emosjonelle faktorer som påvirket behandlingsvalget. Sentralt i denne vurderingen av behandlingsvalg var graden av mottakelighet pasienten viste for behandlingen. Elementer som personlighet og pasientens meninger spilte også en betydelig rolle i valgprosessen for alle deltakerne. Resultatet samsvarer med en studie som indikerer at plagegraden av tinnitus blir påvirket av emosjonelle komorbiditeter, hvor viktigheten av å behandle tinnitus for å redusere forekomsten av komorbiditeter ble fremhevet (Molnár et al., 2022, s. 6). Det kom frem i resultatene at A2, A3, A5 og A6 henviste til andre instanser dersom de så det som nødvendig hos pasienten som for eksempel psykolog, noe som Wakabayashi et al. (2020, s. 7) anser som nødvendig hos pasienter med alvorlig og katastrofal tinnitusplage.

Flere av deltakerne anså det nødvendig å forstå hva slags person pasienten var for å finne ut hvor mottakelige de var for forskjellig type behandlinger. A2, A4 og A6 påpekte i forbindelse med dette, betydningen av personlige egenskaper,

sinnsstemning og motivasjon i valget av behandling. Dette stemmer overens med en studie som understreker viktigheten av å kartlegge personlige faktorer inkludert motivasjon, da dette vil kunne bidra til en lettere prosess for valg av behandling, spesielt i forhold til raskere tilvenning av høreapparater (Ridgway et al., 2017, s. 652). A2 fremhevet at negative holdninger og lav motivasjon hos pasienten kunne resultere i en manglende vilje til å delta aktivt i beslutningsprosessen, noe som kunne ha en negativ innvirkning på behandlingsresultatene. A2 og A6 trakk derfor frem at det var viktig å velge en behandling pasienten var motivert for og ønsket, hvor A6 påpekte muligheten for at pasienten kunne motiveres ved at de ble informert, samt ha en samtale rundt tanker og følelser pasienter opplever. Ved å anerkjenne pasientens negative tanker, og snakke om positive følelser som empowerment og håp vil det ifølge Tye-Murray (2020, s. 243) potensielt kunne styrke pasientens motivasjon da det vil sette fokus på det som er viktig, samtidig som audiografen tar pasientens følelser i betraktning i valg av behandling.

Alle deltakerne var enige om at pasientens meninger og ønsker skulle tas i betraktning ved valg av behandling. A1 og A4 fortalte at de lot pasienten få bestemme selv dersom det var ønskelig med en spesifikk behandling, og så på dette som kun positivt. Å involvere pasienten i beslutninger har vist seg å gi pasienten økt tilfredshet, tillit til behandleren, følelse av selvstendighet og empowerment (Andersen et al., 2012; Charles et al., 1999; Farrell et al., 2004, referert i Vahdat et al., 2014, s. 5). På den andre siden var A5 og A3 mer varsomme med å la pasienten ta styring. A5 belyste viktigheten av å gi grundig informasjon og anbefalinger til pasienten, slik at en informert beslutning kunne bli tatt, for å unngå at pasienten valgte en behandling som kunne være lite gunstig. Dette vil, ifølge de europeiske retningslinjene (Brodney et al., 2016; Pryce et al., 2017; Stacey et al., 2017, referert i Cima et al., 2019, s. 29), både gi pasienten mulighet til å kunne ta en beslutning sammen med audiografen, og bidra til økt engasjement av pasienten i prosessen.

Overbehandling var et begrep som ble nevnt av både A2, A3 og A4, hvor det ble påpekt viktigheten av å ikke utsette pasienten for unødvendig behandling. I rapporten til Lippestad et al. (2022, s. 76) trekkes det frem at på bakgrunn av manglende kompetanse for utredning er det mange pasienter som blir både over- og

underbehandlet, noe som også kan bidra til feil bruk av ressurser. Kurset som A3 ga tilbud om til alle nyhenviste pasienter før time hos lege eller audiograf, kan fungere som en god løsning for å både spare ressurser og sørge for at pasientene som kan oppleve bedring av et informativt kurs, ikke blir overbehandlet. A2, A3 og A6 påpekte at informasjon i seg selv kunne hjelpe pasientene. Dette støttes av de europeiske retningslinjene, der det belyses at informasjon i seg selv kan ha betydelig innvirkning, og at å avkrefte myter og feilinformasjon er viktig (Cima et al., 2019, s. 28). Ved å diskutere pasientens bekymringer vil behandleren være i bedre stand til å anbefale behandlingsalternativer som samsvarer med pasientens mål og verdier, noe som ifølge Ooi (2020, s. 413) vil kunne bidra til mindre overbehandling. A4 så på poengscore som en viktig faktor å ha med i behandlingsvalget for å unngå overbehandling, noe som støttes i rapporten hvor det anbefales at plagegrad tas i betraktning sammen med pasientens behov (Lippestad et al., 2022, s. 72). A4 fortalte at det var viktig å ikke overbehandle de som hadde lav poengscore og var mildt plaget. Samtidig hadde flere av deltakerne påpekt at poengscore og pasientens opplevelse av plagegrad ikke alltid samsvarte, og det kunne derfor være viktig å undersøke dette videre i samtale for å forsikre seg om at pasienten verken ble under- eller overbehandlet.

Alle deltakerne i studien var enige om at funnene fra samtalen og utredningen var viktigst i valg av behandling for tinnituspasienter. Det ble påpekt at samtalen ga rom for at pasientens behov kom frem, samtidig som den individuelle pasientens situasjon ble vektlagt. Dette støttes av de europeiske retningslinjene, som fremhever viktigheten av en grundig pasienthistorie og en individuell tilnærming til behandlingen. Pasienthistorie blir sett på som selve grunnlaget for diagnose, vurdering av plagegrad og identifisering av komorbiditeter (Cima et al., 2019, s. 20). Det kommer frem i en studie av Pryce et al. (2018, s. 789) at pasienter opplever samtalen som en kritisk del av behandlingen. Flere av deltakerne belyste også betydningen av å ha en god relasjon med pasienten, og at pasienten selv skal føle at behandlingen er riktig. Dette støttes av forskning som viser at pasienter verdsetter skreddersydd behandling og følelsen av å bli forstått (Pryce et al., 2018, s. 789). Med dette tatt i betraktning viser resultatene at samtalen er en viktig kilde til nødvendig informasjon i valg av behandling. Samtidig er det mulig at samtalen kan

ha begrensninger i form av at viktig informasjon blir glemt av enten audiografer eller pasienten selv. Det er imidlertid viktig å merke seg at alle deltakerne i denne studien hadde erfaring med utredning, vurdering og behandling av pasienter med tinnitus. Det er dermed muligens berettiget å anta at de har etablert gode rutiner for å innhente relevant informasjon gjennom samtalen, som går utover det som kan bli fanget opp gjennom standardiserte vurderingsskjemaer.

I denne studien var deltakerne audiografer med et godt etablert tilbud for tinnituspasienter, og hadde mye kunnskap og erfaring med vurdering, utredning og behandling av tinnituspasienter. Erfaringene og opplevelsene som er reflektert i denne studien gjelder ikke nødvendigvis alle audiografer i Norge, men kan muligens generaliseres for de som arbeider tett med tinnituspasienter. Ut fra prevalensen av tinnitus (Baguley et al., 2013, s. 1600) er det ikke usannsynlig at de fleste audiografer i Norge møter på tinnituspasienter i hverdagen. Utvikling av nasjonale retningslinjer for utredning, vurdering og behandling av tinnitus kan gi en mer standardisert prosess for tinnituspasienter. Dette vil videre kunne bidra til at pasienter over hele landet får likeverdige tilbud for utredning, vurdering og behandling, og at audiografer har et så godt utgangspunkt som mulig for å kunne tilby dette. Videre kan det derfor være hensiktsmessig å undersøke hvordan klinikker uten et like etablert tilbud kan ha nytte av slike retningslinjer for å sikre en standardisert prosess og unngå under- eller overbehandling av tinnitus.

6.4 Metodekritikk

Tatt i betraktning at deltakerne i studien alle arbeidet på klinikker med det man kan tolke som et veletablert tilbud for tinnituspasienter, kan resultatene av denne studien ikke sies å være generaliserbare for alle audiografer i Norge som arbeider med tinnituspasienter. Audiografer fra andre klinikker med et annet tilbud kan ha forskjellige erfaringer og opplevelser enn deltakerne i denne studien, og generaliserbarheten til denne studien er dermed begrenset, noe som er viktig å ta i betraktning ved tolkning av resultatene. Dersom det hadde blitt brukt spørreskjema for innsamling av data, framfor intervju, ville dette økt antallet deltakere i studien og bidratt til økt generaliserbarhet av resultatene i studien. Dette ville imidlertid

begrenset den ønskede dybdeforståelsen av deltakernes opplevelser og erfaringer rundt temaet i oppgaven.

Bruk av en digital intervjuplattform ga noen utfordringer i intervjuprosessen. Grunnet brudd i internettilkoblingen ble noen av intervjuene avbrutt midt i intervjuet, noen ganger midt i utsagnet til deltakeren som ble intervjuet. Dette kan ha ført til at både intervjuerne og deltakerne mistet fokus på temaet som ble diskutert, eller "falt ut" av samtalen. Man kan spekulere i om dette kan ha ført til at viktige synspunkter og meninger fra deltakerne ikke ble oppdaget, men dette ble forsøkt unngått da samtalen ble oppsummert i etterkant av hvert intervju.

I bearbeiding og analyse av dataene er det flere aspekter som bør tas i betraktning for tolkning av resultatene. Det er verdt å nevne at intervjuene kan ha vært personavhengig, men at dette ble tatt hensyn til ved at dataene fra intervjuene ble gjennomgått to ganger slik at påliteligheten til resultatene ble sikret. To personer transkriberte intervjuene, noe som kan ha gitt forskjeller i tolkningen av tonefall og kroppsspråk, som videre kan ha påvirket påliteligheten og gyldigheten av resultatene. Å ta i bruk hjelpeverktøy for å automatisere transkriberingen kunne ha vært hensiktsmessig for å spare tid, fremfor å transkribere manuelt på datamaskinen. På den andre siden har ord-for-ord transkribering bidratt til en god kjennskap til materialet og dataene, samt gitt mulighet til å tolke deltakernes meninger i tonefall og pauser. Analysen av datamaterialet ble gjennomført ved bruk av meningsfortetting, hvor transkriberingen ble forkortet til kortere setninger og avsnitt mens deltakernes meninger ble beholdt. Dette er viktig å ta i betraktning ved tolkning av resultatene, da fortettingen kan ha ført til at meninger eller synspunkter kan ha blitt utelatt.

7.0 Konklusjon

Ut fra resultatene i studien kan det konkluderes med at alle deltakerne ser det som essensielt å oppnå en helhetlig forståelse av pasientens situasjon i utredning, vurdering og valg av behandling for tinnituspasienter. Blant alle faktorer som spiller inn er det tydelig at en god og grundig samtale med pasienten er det som veier tyngst i valget av behandling. Andre faktorer som funn i utredning, pasientens personlige egenskaper og plagegrad, spilte også en sentral rolle i valget av behandling. THI ble, av deltakerne som brukte det, dratt frem som et nyttig verktøy for å få oversikt, som en samtalestarter og en pekepinn i behandlingsvalget. Vurderingsskjemaet blir sett på som en god veiledning, men ingen så på resultater fra THI som avgjørende i valg av behandling. Det er altså ikke kun ett svar på hvilke faktorer som spiller inn, men en kombinasjon av flere elementer som påvirker. Deltakerne så på det som viktig å få en helhetlig forståelse av pasientens situasjon, der samtalen med pasienten fremstår som den mest betydningsfulle faktoren.

Deltakerne i denne studien besitter omfattende kunnskap om tinnitusbehandling hvor resultatene muligens er generaliserbare til audiografer i Norge som har et veletablert tinnitustilbud, og ikke alle audiografer i Norge. Utvikling av nasjonale retningslinjer for tinnitusbehandling vil potensielt kunne bidra til mer standardiserte prosesser og sikre et likeverdig tilbud for tinnituspasienter over hele landet.

8.0 Referanseliste

- Baguley, D., Humphriss, R., & Hodgson, C. (2000). Convergent validity of the tinnitus handicap inventory and the tinnitus questionnaire. *The Journal of Laryngology & Otology*, 114(11), 840–843. <https://doi.org/10.1258/0022215001904392>
- Baguley, D., McFerran, D., & Hall, D. (2013). Tinnitus. *The Lancet*, 382(9904), 1600–1607. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60142-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60142-7)
- Birkhäuer, J., Gaab, J., Kossowsky, J., Hasler, S., Krummenacher, P., Werner, C., & Gerger, H. (2017). Trust in the health care professional and health outcome: A meta-analysis. *PLOS ONE*, 12(2), e0170988. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170988>
- Cima, R. F. F., Mazurek, B., Haider, H., Kikidis, D., Lapira, A., Noreña, A., & Hoare, D. J. (2019). A multidisciplinary European guideline for tinnitus: Diagnostics, assessment, and treatment. *HNO*, 67(S1), 10–42. <https://doi.org/10.1007/s00106-019-0633-7>
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2017). *Qualitative inquiry and research design* (4. utg.). Sage.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.
- Hébert, S., Fournier, P., & Noreña, A. (2013). The Auditory Sensitivity is Increased in Tinnitus Ears. *The Journal of Neuroscience*, 33(6), 2356–2364. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.3461-12.2013>
- Heggdal, P. O. L., Aarsnes, L. P., Brännström, K. J., & Aarstad, H. J. (2022). Psychometric properties of the Norwegian translation of the Tinnitus Handicap Inventory (THI-NOR). *International Journal of Audiology*, 61(3), 239–244. <https://doi.org/10.1080/14992027.2021.1922769>
- Helseforskningsloven. (2009). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-20-44). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Henry, J. A. (2016). “Measurement” of Tinnitus. *Otology & Neurotology*, 37(8), e276–e285. <https://doi.org/10.1097/MAO.0000000000001070>
- Jastreboff, P. J., & Hazell, J. W. P. (2004). *Tinnitus Retraining Therapy: Implementing the Neurophysiological Model* (1. utg.). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511544989>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.).

Gyldendal.

- Langguth, B., Kreuzer, P. M., Kleinjung, T., & De Ridder, D. (2013). Tinnitus: Causes and clinical management. *The Lancet Neurology*, 12(9), 920–930.
[https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(13\)70160-1](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(13)70160-1)
- Langguth, B., Landgrebe, M., Kleinjung, T., Sand, G. P., & Hajak, G. (2011). Tinnitus and depression. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 12(7), 489–500.
<https://doi.org/10.3109/15622975.2011.575178>
- Lippestad, J.-W., Øderud, T., & Trondstad, T. (2022). «Riktig ut fra start...» En kartlegging av behandlingstilbudet for personer med tinnitus (2022:01324). Sintef Digital. <https://hdl.handle.net/11250/3072691>
- Malterud, K. (2019). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (1. utg.). Universitetsforlaget.
- Manning, C., Thielman, E. J., Grush, L., & Henry, J. A. (2019). Perception Versus Reaction: Comparison of Tinnitus Psychoacoustic Measures and Tinnitus Functional Index Scores. *American Journal of Audiology*, 28(1S), 174–180.
https://doi.org/10.1044/2018_AJA-TTR17-18-0041
- McCombe, A., Baguley, D., Coles, R., McKenna, L., McKinney, C., & Windle-Taylor, P. (2001). Guidelines for the grading of tinnitus severity: The results of a working group commissioned by the British Association of Otolaryngologists, Head and Neck Surgeons, 1999. *Clinical Otolaryngology and Allied Sciences*, 26(5), 388–393. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2273.2001.00490.x>
- Meyer, C., Scarinci, N., Ryan, B., & Hickson, L. (2015). “This Is a Partnership Between All of Us”: Audiologists’ Perceptions of Family Member Involvement in Hearing Rehabilitation. *American Journal of Audiology*, 24(4), 536–548.
https://doi.org/10.1044/2015_AJA-15-0026
- Molnár, A., Mavrogeni, P., Tamás, L., & Maihoub, S. (2022). Correlation Between Tinnitus Handicap and Depression and Anxiety Scores. *Ear, Nose & Throat Journal*, 014556132211392. <https://doi.org/10.1177/01455613221139211>
- Newman, C. W., Jacobson, G. P., & Spitzer, J. B. (1996). Development of the Tinnitus Handicap Inventory. *Archives of Otolaryngology - Head and Neck Surgery*, 122(2), 143–148.
<https://doi.org/10.1001/archotol.1996.01890140029007>
- Newman, C. W., Sandridge, S. A., & Jacobson, G. P. (1998). Psychometric

- adequacy of the Tinnitus Handicap Inventory (THI) for evaluating treatment outcome. *Journal of the American Academy of Audiology*, 9(2), 153–160.
- Ooi, K. (2020). The Pitfalls of Overtreatment: Why More Care is not Necessarily Beneficial. *Asian Bioethics Review*, 12(4), 399–417.
<https://doi.org/10.1007/s41649-020-00145-z>
- Paulsel, M. L., McCroskey, J. C., & Richmond, V. P. (2006). Perceptions of Health Care Professionals' Credibility as a Predictor of Patients' Satisfaction with their Medical Care and Physician. *Communication Research Reports*, 23(2), 69–76. <https://doi.org/10.1080/08824090600668832>
- Personopplysningsloven. (2018). *Lov om behandling av personopplysninger* (LOV-2018-06-15-38). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38>
- Pryce, H., Hall, A., Shaw, R., Culhane, B.-A., Swift, S., Straus, J., & Claesen, B. (2018). Patient preferences in tinnitus outcomes and treatments: A qualitative study. *International Journal of Audiology*, 57(10), 784–790.
<https://doi.org/10.1080/14992027.2018.1484184>
- Ridgway, J., Hickson, L., & Lind, C. (2017). What Factors Are Associated with Autonomous and Controlled Motivation for Hearing Help-Seekers? *Journal of the American Academy of Audiology*, 28, 644–654.
<https://doi.org/DOI:10.3766/jaaa.16098>
- Scarinci, N., Meyer, C., & Hickson, L. (2022). “When that understanding is there, you work much better together”: The role of family in audiological rehabilitation for older adults. *International Journal of Audiology*, 61(12), 984–992.
<https://doi.org/10.1080/14992027.2021.1995789>
- Searchfield, G. D., & Zhang, J. (Red.). (2021). *The Behavioral Neuroscience of Tinnitus* (1. utg, Vol. 51). Springer International Publishing.
<https://doi.org/10.1007/978-3-030-85503-1>
- Sherlock, L. P., & Eisenman, D. J. (2020). Current Device-based Clinical Treatments for Tinnitus. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 53(4), 627–636.
<https://doi.org/10.1016/j.otc.2020.03.010>
- Trevis, K. J., McLachlan, N. M., & Wilson, S. J. (2018). A systematic review and meta-analysis of psychological functioning in chronic tinnitus. *Clinical Psychology Review*, 60, 62–86. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.12.006>
- Tye-Murray, N. (2020). *Foundations of Aural Rehabilitation* (5. utg.). Plural

Publishing, Inc.

Vahdat, S., Hamzehgardeshi, L., Hessam, S., & Hamzehgardeshi, Z. (2014). Patient Involvement in Health Care Decision Making: A Review. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16(1). <https://doi.org/10.5812/ircmj.12454>

Wakabayashi, S., Oishi, N., Shinden, S., & Ogawa, K. (2020). Factor analysis and evaluation of each item of the tinnitus handicap inventory. *Head & Face Medicine*, 16(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s13005-020-00217-3>

Wakabayashi, S., Saito, H., Oishi, N., Shinden, S., & Ogawa, K. (2018). Effects of tinnitus treatments on sleep disorders in patients with tinnitus. *International Journal of Audiology*, 57(2), 110–114. <https://doi.org/10.1080/14992027.2017.1374565>

Vedleggsliste

Vedlegg 1: Informasjonsskriv

Vi er to audiografstudenter, som i forbindelse med vår bacheloroppgave lurer på om du eller noen andre ved klinikken er interessert i å delta i vårt bachelorprosjekt? Nedenfor ligger informasjon om prosjektet.

Vil du delta i vårt forskningsprosjekt?

«Hvilke faktorer opplever audiografer som viktig ved valg av tinnitusbehandling, og hvordan påvirker vurderingsskjemaene deres valg?»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke audiografers opplevelser og oppfatning rundt valg av tinnitusbehandling og bruk av vurderingsskjemaer. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med dette prosjektet er å, gjennom intervju, undersøke audiografers tanker og holdninger rundt utvelgelsen av tinnitusbehandling og deres opplevelse og bruk av vurderingsskjemaer for tinnitus. I prosjektet skal vi undersøke hvordan audiografer kommer frem til en behandlingsmetode for pasienter med tinnitus. Vi ønsker å undersøke hvordan pasientens egenskaper påvirker audiografens forståelse av pasientens situasjon og valg av behandling tilpasset til pasienten, samt hvordan vurderingsskjemaer blir brukt i utredning og behandling av tinnituspasienter.

Dette er en bacheloroppgave i studiet bachelor i audiologi ved Norges Teknisk Naturvitenskapelige Universitet (NTNU).

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Vi som gjennomfører prosjektet er audiograf-studentene [REDACTED] og [REDACTED]. Veileder og prosjektansvarlig er [REDACTED] og medveileder [REDACTED], ansatte ved NTNU. Alle nevnt ovenfor har taushetsplikt overfor informasjonen som fremgår fra deg i dette prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Ved valget av informanter til dette prosjektet, benyttet vi oss av strategisk utvalg. Dette innebærer at vi velger informanter basert på hva vi ønsker å undersøke, og fordi vi tror at disse informantene kan ha kunnskap om dette temaet. Utvalget består av autoriserte audiografer som arbeider med tinnituspasienter. Du har fått spørsmål

om å delta fordi du er en autorisert audiograf som jobber ved en klinikk/sykehus som utreder og behandler tinnituspasienter.

Hva innebærer det for deg å delta?

Å være med som deltaker i dette prosjektet innebærer å delta i et intervju. Intervjuet vil ta omtrent én time, og vil inneholde spørsmål om hvordan du som audiograf går frem for å vurdere og velge hvilken behandlingsmetode som er best/egnet for dine tinnituspasienter. Vi vil også spørre noen innledende spørsmål om arbeidsplass, rutiner, utdanning og tinnitustilbudet på arbeidsplassen din. Det vil bli gjort et lydopptak av intervjuet som vil bli transkribert senere. Alt av informasjon som fremkommer av intervjuene som brukes i oppgaven vil bli anonymisert.

Vi setter pris på om du vil delta og håper på å høre fra deg!

Ved interesse, ta kontakt med oss på mail:

██████████@stud.ntnu.no

██████████@stud.ntnu.no

Med vennlig hilsen

██████████ og ██████████

Vedlegg 2: Informert samtykke

Informert samtykkeskjema

Vil du delta i vårt forskningsprosjekt?

«Hvilke faktorer opplever audiografer som viktig ved valg av tinnitusbehandling, og hvordan påvirker vurderingsskjemaene deres valg?»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke audiografers opplevelser og oppfatning rundt valg av tinnitusbehandling, og bruk av vurderingsskjemaer. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med dette prosjektet er å, gjennom intervju, undersøke audiografers tanker og holdninger rundt utvelgelsen av tinnitusbehandling og deres opplevelse og bruk av vurderingsskjemaer for tinnitus. I prosjektet skal vi undersøke hvordan audiografer kommer frem til en behandlingsmetode for pasienter med tinnitus. Vi ønsker å undersøke hvordan pasientens egenskaper påvirker audiografens forståelse av pasientens situasjon og valg av behandling tilpasset til pasienten, samt hvordan vurderingsskjemaer blir brukt i utredning og behandling av tinnituspasienter.

Dette er en bacheloroppgave i studiet bachelor i audiologi ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU).

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Vi som gjennomfører prosjektet er audiograf-studentene [redacted] og [redacted]. Veileder og prosjektansvarlig er [redacted] og medveileder [redacted], ansatte ved NTNU. Alle nevnt ovenfor har taushetsplikt ovenfor informasjonen som fremgår fra deg i dette prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Ved valget av informanter til dette prosjektet, benyttet vi oss av strategisk utvalg. Dette innebærer at vi velger informanter basert på hva vi ønsker å undersøke, og fordi vi tror at disse informantene kan ha kunnskap om dette temaet. Utvalget består av autoriserte audiografer som arbeider med tinnituspasienter. Du har fått spørsmål om å delta fordi du er en autorisert audiograf som jobber ved en klinikk/sykehus som utreder og behandler tinnituspasienter.

Hva innebærer det for deg å delta?

Å være med som deltaker i dette prosjektet innebærer å delta i et intervju. Intervjuet vil ta omtrent én time, og vil inneholde spørsmål om hvordan du som audiograf går frem for å vurdere og velge hvilken behandlingsmetode som er best/egnet for dine tinnituspasienter. Vi vil også spørre noen innledende spørsmål om arbeidsplass, rutiner, utdanning og tinnustilbudet på arbeidsplassen din. Det vil bli gjort et lydopptak av intervjuet som vil bli transkribert senere.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn, via mail eller SMS til kontaktperson. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Intervjuet vil bli

Intervjuet gjennomføres i et lydisolert rom, digitalt via Zoom eller Teams. Dersom deltakere oppholder seg i Trondheim kommune kan intervjuet også gjennomføres fysisk dersom dette er ønskelig. Lydopptak vil bli tatt i bruk for å sikre at informasjonen som blir delt oppfattes på riktig måte. Opptaksfilene vil oppbevares på en kryptert minnepenn, som oppbevares i en safe på NTNU. Dette vil kun være tilgjengelig for nevnte studenter og veiledere. Videre vil opptakene transkriberes ved å skrive ned ord for ord det som er sagt i intervjuet. Etter bacheloroppgavens fullføring vil opptakene destrueres etter at prosjektet er ferdig. Videre vil informasjonen innhentet fra intervju kun behandles og analyseres av studentene og veiledere som er med i dette prosjektet.

Dersom det blir nevnt informasjon som ikke er direkte knyttet til forskningens formål vil denne informasjonen ikke bli inkludert i transkriberingen, og dermed heller ikke tas med i bacheloroppgaven. Informasjonen som kommer frem under intervjuet vil kategoriseres, og ses i sammenheng med andre informanters opplevelser. Du som deltar i dette prosjektet vil bli anonymisert under transkribering av dataene fra intervjuet, hvor vi vil sørge for at du som deltaker ikke kan bli gjenkjent gjennom vårt forskningsprosjekt. Opplysninger som vil bli brukt i forskningsprosjektet skal ikke kunne knyttes til deg.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes uke 17, dato: en dag i mai 2024

Etter prosjektslutt vil datamaterialet med dine personopplysninger bli slettet.

Samtykkeskjemaet vil oppbevares frem til fullført bachelor, hvor det deretter vil destrueres. Dersom du som deltaker trekker tilbake samtykke, vil din persondata slettes innen 30 dager fra datoen samtykket blir tilbaketrasket. Din data vil deretter ikke bli benyttet i bacheloroppgaven eller i annen sammenheng.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra NTNU, fakultet for medisin og helse (MH), institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap (INB) har Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Prosjektansvarlig/veileder: [REDACTED], [REDACTED]@ntnu.no, Tlf: xxxxxxxx
- Student 1: [REDACTED], [REDACTED]@stud.ntnu.no, Tlf: xxxxxxxx
- Student 2: [REDACTED], [REDACTED]@stud.ntnu.no, Tlf: xxxxxxxx

Hvis du har spørsmål knyttet til vurderingen som er gjort av personverntjenestene fra Sikt, kan du ta kontakt via:

- Epost: personverntjenester@sikt.no eller telefon: 73 98 40 40.

Med vennlig hilsen

(Prosjektansvarlig/Veileder)

(Student)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Hvilke faktorer opplever audiografer som viktig ved valg av tinnitusbehandling, og hvordan påvirker vurderingsskjemaene deres valg?*» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i et intervju
- at det blir tatt lyd/videoopptak av intervjuet
- at opplysninger gitt av meg i intervjuet kan brukes i prosjektet

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3: Intervjuguide

Intervjuguide

Informasjon

Takk for at du ønsker å delta i vårt forskningsprosjekt. I dag vil vi gjennomføre et intervju som tar omtrent en time.

Intervjuet handler om hvilke faktorer som er viktige for deg som audiograf ved vurdering og ved valg av behandling for tinnituspasienter. Temaene vi ønsker å undersøke er dine opplevelser rundt vurderingsprosessen for tinnituspasienter, bruk av vurderingsskjemaer, eventuelt andre vurderingsformer og dine erfaringer rundt prosessen frem til valg av behandling.

Samtykke

Du har skrevet under på et samtykkeskjema. Ved å skrive under på det skjema har du samtykket til:

- Å delta på et intervju
- At det vil tas et lydopptak av intervjuet
- At vi kan benytte oss av informasjonen fra intervjuet, som er relevant for prosjektets formål, i vårt prosjekt.
- At informasjonen lagres frem til prosjektets slutt/når oppgaven blir godkjent.

→ Har du noen spørsmål før vi setter i gang?

Innledende

→ Hvor jobber du? (sykehus, ØNH-klinikk, privat)

→ Hva er din rolle på arbeidsplassen?

→ Hva består din utdanning av?

◆ Fordypning i tinnitus?

→ Hvordan ser en typisk dag ut?

- Hvilke typer pasienter møter du på din arbeidsplass?
- Hva slags tilbud har dere på klinikken/sykehuset til tinnituspasienter?

Utredning

- Hvilke rutiner for utredning har dere for tinnituspasienter? (rentone, ubehag, hørfrekvent osv.)
- Har dere noen form for tinnitusanalyse i utredningen av pasienter? (loudness, pitch)
- Hvilke helsepersonell er involvert i utredning av tinnituspasienter?

Vurderingsskjemaer

- Bruker du vurderingsskjemaer for tinnitus?
 - ◆ Hvis nei - Hvorfor ikke?
 - ◆ Hvis ja - hvilke(t) vurderingsskjemaer bruker du?
- Bruker du noen andre former for vurdering, eventuelt hvilke?
- Hvilke erfaringer har du med bruk av vurderingsskjemaer for tinnituspasienter?
- Hva bruker du vurderingsskjemaet til? (kartlegging, behandlingsvalg, forbedringsmåling, osv.)
- Hvordan opplever du at vurderingsskjemaene påvirker din forståelse av pasientens emosjonelle situasjon? (depresjon, tristhet osv.)
- Hvordan opplever du at vurderingsskjemaene påvirker din forståelse av pasientens funksjonelle situasjon? (deltagelse, aktiviteter osv.)

- Hvordan opplever du at vurderingsskjemaene påvirker din forståelse av pasientens følelsesmessige eller fysiske reaksjoner til tinnitus? (frykt, fortvilelse, angst osv.)
- Hvordan påvirker poengscore fra skjemaet/ene du bruker din forståelse av pasientens situasjon?
- Hvordan bruker du poengscoren fra vurderingsskjemaene?

Hvis andre vurderingsmetoder

- Hvordan påvirker _____ som tinnitus-vurderingsmetode din forståelse av pasientens situasjon? (Emosjonell, funksjonell og reaksjonell)

Valg av behandling

- Hvilke rutiner har du for valg av tinnitusbehandling?
 - ◆ Hvis ingen rutiner - Hvorfor ikke? Eventuelle tanker rundt dette?
- Hvordan påvirker pasientens fysiologiske funksjoner valg av behandling? (HT, nakkestivhet osv.)
- Hvordan påvirker pasientens personlighet valg av behandling? (stresset, rolig osv.)
- Hvordan påvirker poengscoren i vurderingsskjemaet valg av behandling?
- Hvordan påvirker pasientens meninger og ønsker valg av behandling?
- Hva baserer du valget av behandling på?
- Hva er det du opplever som viktigst i valg av behandling for tinnituspasienter? (informasjon om tinnitus, pasientens egenskaper, pasientens plagegrad osv.)

Avsluttende

Oppsummering av intervjuet.

- Hvordan opplevde du dette intervjuet?

→ Er det noe du ønsker å legge til?

→ Er det noe du lurer på før vi avslutter?

Takk for at du deltok i dette intervjuet og i vårt prosjekt!

