

Kandidatnummer: 10007, 10031

Hva karakteriserer samhandlingen mellom norske audiografer og hørselskontakter i rehabiliteringen av hørselshemmede

- En kvalitativ studie av erfaringer og tanker i fagfeltet

Bacheloroppgave i Audiologi

Mai 2024

Kandidatnummer: 10007, 10031

Hva karakteriserer samhandlingen mellom norske audiografer og hørselskontakter i rehabiliteringen av hørselshemmede

- En kvalitativ studie av erfaringer og tanker i fagfeltet

Bacheloroppgave i Audiologi
Mai 2024

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



Kunnskap for en bedre verden

Hva karakteriserer samhandlingen mellom norske audiografer og hørselskontakter i rehabiliteringen av hørselshemmede

- En kvalitativ studie av erfaringer og tanker i fagfeltet

(What characterizes the interaction between norwegian audiologists and “hearing-contacts” in rehabilitation of the hearing impaired

- A qualitative study of experiences and thoughts in the field)

Bacheloroppgave i audiologi

03.05.2024

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: 10007, 10031

Sammendrag

Formål: Å undersøke hva som karakteriserer samhandling mellom audiografer og hørselskontakter i rehabiliteringen av hørselshemmede, ved å belyse tanker og erfaringer om samhandlingen i fagfeltet.

Metode: Kvalitativt fenomenologisk fokusgruppestudie. Audiografer og hørselskontakter ble rekruttert via digital korrespondanse. Intervjuet ble gjennomført på Microsoft Teams. Datamaterialet ble transkribert, og analysert med systematisk tekstkondensering.

Deltakerutvalg: Fem deltakere (3 hørselskontakter og 2 audiografer) ble rekruttert. Hørselskontaktene hadde bakgrunn som ergoterapeuter og sykepleier. Audiografene jobbet ved offentlige sykehus.

Resultater: Deltakerne delte erfaringer og tanker om god og/eller mangelfull samhandling, både fra sine arbeidshverdager, og teoretisk. Store forskjeller i hørselskontaktrollens organisering og ulik prioritering fra kommune til kommune ble beskrevet, og påpekt som å være til hinder for god samhandling i mange tilfeller. Manglende tilretteleggelse av enkle digitale løsninger for informasjonsflyt og kommunikasjon ble trukket frem som et markant utfordringsmoment for samhandlingen. Deltakerne snakket om synliggjøring av, og bevissthet om, hørselsproblematikk og helsetjenestene knyttet til denne, som et aktuelt steg på veien mot å styrke prioritering, og gjennom dette også samhandlingen. God samhandling ble av deltakerne beskrevet som veldig verdifull for den hørselsrehabiliterende jobben de gjør, og dermed også for tilbudet de kan gi pasienter/brukere og deres pårørende.

Konklusjon: Studien fant at samhandlingen karakteriseres av variasjoner i utførelse og vellykkethet, blant annet på bakgrunn av forskjeller i organisering og hørselsfaglig kompetanse. God samhandling mellom audiografer og hørselskontakter vurderes til å være av stor verdi for å styrke rehabiliteringstilbudet disse kan tilby de hørselshemmede og deres pårørende.

Abstract

Objective: To investigate the characteristics of interaction/cooperation between audiologists and “hearing-contacts” in rehabilitation of the hearing impaired, by highlighting the experiences and thoughts within the hearing field.

Method: A qualitative, phenomenological focus group interview was conducted. Audiologists and “hearing-contacts” were recruited through digital correspondence. The interview was conducted on the digital platform Microsoft Teams. The data material was transcribed and analyzed using systematic text condensation.

Study sample: Five participants (3 “hearing-contacts” and 2 audiologists) were recruited. The “hearing-contacts” had professional backgrounds in ergotherapy and nursing. The audiologists were employed at public hospitals.

Results: The participants shared their experiences of, and thoughts around, sufficient and/or insufficient cooperation, as well as theoretically sufficient cooperation. Great differences were found in how the role of “hearing-contact” was organized and prioritized between municipalities, leading to variable and obstructed cooperation in many cases. Existing digital solutions for informational flow and communication were described as not being facilitated towards interaction between the parties. The participants discussed a need for increased knowledge and visibility of hearing related issues, and the related health services that provide care, as a means to strengthen prioritization, and through this, cooperation. The participants described sufficient cooperation as highly valuable for the work they do towards hearing-related rehabilitation, and as such, also for the services they can provide the affected patients and their relatives.

Conclusion: The study found that the interaction is characterized by variations in execution and success, as a result of differences in organization and audiological competence, among other things. Sufficient cooperation between audiologists and “hearing-contacts” is considered to be of great value towards strengthening the rehabilitation they can provide to the hearing impaired and their relatives.

Forord

Bachelorprosjektet har vært en lang og rik læringsprosess. Vi har fått muligheten til å utforske og drøfte spennende problematikk med engasjerte mennesker, og har gjennom dette også fått øynene opp for aktualiteten av samhandling mellom de hørselsfaglige yrkesrollene. Denne bevisstheten er noe vi ønsker å ta med oss inn i vårt kommende arbeidsliv.

“Alone we can do so little; together we can do so much.” - Helen Keller

Vi retter en stor takk til:

- Deltakerne i prosjektet vårt. Uten dere hadde dette ikke gått, og vi er enormt takknemlige for at dere stilte opp!
- Våre veiledere, for gode samtaler og bistand gjennom prosjektet.
- NAV Hjelpemiddelsentraler, for stor behjelpelighet med å nå ut til hørselskontakter.
- Audiografforbundet, for deling av nyttige data og generelt engasjement.
- Sist, men ikke minst, alle bekjente som har støttet, hjulpet og motivert oss gjennom prosessen.

1. Introduksjon	1
1.1 Hørselsomsorgen i primær- og spesialisthelsetjenesten	1
1.2 Lovverk og det kommunale ansvaret for hørselsomsorg	2
1.3 Struktur og organisering	3
1.4 Yrkesrollene	4
1.4.1 Hørselskontakt	4
1.4.2 Audiograf	5
1.5 Samhandling i praksis	5
2. Problemstilling	9
3. Metode	9
3.1 Kvalitativ forskningsmetode	10
3.2 Deltakere	10
3.2.1 Strategisk utvalg	11
3.2.2 Rekrutteringsprosessen	13
3.3 Datainnsamling	14
3.3.1 Intervjuguide	14
3.3.2 Pilotintervju	14
3.3.3 Gjennomføring	15
3.4 Transkribering	15
3.5 Analyse	15
4. Ethiske forhold	16
4.1 Personvern	16
4.2 Nytte-rikisiko-aspekt	17
4.3 Informert samtykke	17
5. Resultater	18
5.1 Samarbeid og kommunikasjon blant behandlende parter	18
5.1.1 Deltakernes refleksjoner om mangelfull samhandling	18
5.1.2 Deltakernes refleksjoner om vellykket samhandling	19
5.2 Ulikheter i arbeidsoppgaver og yrkesrollen	19
5.3 Kommunal organisering av hørselsrehabiliterende instanser	20
5.4 Hørselsrehabilitering for bruker/pårørende	21

5.5 Uutnyttet samhandlingspotensial i hørselshelsetjenesten	22
6. Diskusjon	23
6.1 Om arbeidsoppgaver og yrkesrollen	24
6.2 Kommunal organisering av hørselsrehabiliterende instanser	24
6.3 Hørselsrehabilitering for bruker/pårørende	25
6.4 Samarbeid og kommunikasjon blant behandlende parter	26
6.5 Veien mot en bedre hørselshelsetjeneste	28
7. Metodekritikk	30
7.1 Rekrutteringsprosessen	30
7.2 Strategisk utvalg	30
7.3 Datastyrke og validitet	30
7.4 Gjennomføring av intervju	31
7.5 Homogenitet og forskningseffekten	32
7.6 Analysen	32
8. Konklusjon	32
Referanser	34
Vedlegg	39
Vedlegg 1 - Rekrutterings e-post, eksempler	39
Vedlegg 2 - Oversikt over prosjektets deltakere	41
Vedlegg 3 - Intervjuguide	42
Vedlegg 4 - Analyseeksempel	45
Vedlegg 5 - Sikt godkjenning av prosjektet	49
Vedlegg 6 - Informasjonsskriv og samtykkeskjema	50

1. Introduksjon

1.1 Hørselsomsorgen i primær- og spesialisthelsetjenesten

Hørselshemminger er et voksende problem for mennesker i Norge. Tall fra HUNT4 anslår at det i 2018 var rundt 725 000 hørselshemmede voksne i landet. Dette tallet er antatt å ha steget, og vil også fortsette å stige i de kommende årene (HUNT Research Centre, 2019; Helsedirektoratet, 2020, s. 6). Dagens hørselsomsorg er organisert mellom ulike aktører innenfor primær- og spesialisthelsetjenesten. Et typisk hendelsesforløp for en hørselshemmet pasient vil bestå av en mistanke om eller identifisering av et hørselstap, en påfølgende time hos fastlege, og deretter henvisning til spesialist for utredning av hørselstapet (Helsedirektoratet, 2020, s. 8). Hørselsomsorgens spesialisthelsetjenesteaktører består av Øre-Nese-Hals-leger, audiografer og audiopedagoger. Hos en audiograf blir et hørselstap utredet, og tiltak for rehabilitering implementert. Videre kan det også henvises tilbake til primærhelsetjenestene, eksempelvis NAV hjelpemiddelsentral eller en kommunal hørselskontakt, for supplerende oppfølging i rehabiliteringsløpet.

Audiografer jobber med et mål om å utøve, tilby, samt være del av et helhetlig rehabiliterende tilbud for landets hørselshemmede (Helse- og omsorgsdepartementet, 2002, s. 7-8) I dette inngår faglig kunnskap og individuell behandling, men også en evne til å tenke helhetlig rundt pasientens situasjon og behov (Forskrift om nasjonal retningslinje for audiografutdanning, 2020, §§7 og 8). Per dags dato er det både mangel på og økende behov for hørselshjelp i landet (HUNT Research Centre, 2019; Helsedirektoratet, 2020, s. 6-7), og i lys av dette er det viktig at audiografer er bevisst hvordan de kan jobbe, både individuelt og i samarbeid med andre ressurspersoner. Grunnleggende tverrfaglig forståelse og evne til samhandling foreligger også som et lovpålagt læringsmål for utdannede audiografer i Norge (Forskrift om nasjonal retningslinje for audiografutdanning, 2020, §§2 og 20).

Klinisk arbeidende audiografer møter pasienten i kontekst av hørselsutredning og eventuell rehabilitering av et hørselstap eller hemning. Det objektive hørselstapet kan dog være en del av et større sammensatt rehabiliteringsbehov, og audiografen ser og vet bare det pasienten selv velger å dele med sin behandler om egne behov

(Tye-Murray, 2020, s. 280). Audiografer forsøker å veilede pasienten mot et mål om mestring av den hørselshemmede livstilværelsen. I denne prosessen kan det tilpasses hørselstekniske hjelpemidler og tilleggsutstyr på grunnlag av en behovskartlegging, men audiografen har utover de kliniske timene med pasienten liten kontroll over hvor godt pasienten evner å ta disse i bruk. Her vil helsepersonell som kommer nær pasienten på et mer personlig plan i hjemmet være en gylden samarbeidspartner, både for behovsavklaring og sikring av at tildelt utstyr faktisk tas i bruk og mestres av pasienten. Landets kommunale hørselskontakter er i denne sammenheng en naturlig samarbeidspartner for audiografer (Helsedirektoratet, 2020, s. 8-11). Slik samhandling vil i teorien kunne gi økt kompetanse og sikre kvaliteten av arbeidet som utføres, både av hørselskontakt og audiograf, for et mer helhetlig rehabiliteringstilbud for hørselshemmede pasienter (Benum et al., 2018, s. 13-17).

1.2 Lovverk og det kommunale ansvaret for hørselsomsorg

I Norge har vi et offentlig driftet helsevesen, som skal gi et likeverdig tilbud til alle. Planleggende ansvar for rehabilitering av hørselshemmede i Norge ligger på den enkelte kommune (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §1; Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011, §§5 og 6). Helse- og omsorgstjenestelovens tredje kapittel definerer kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester, og her inngår blant annet et overordnet ansvar for pasient- og brukergrupper med nedsatt funksjonsevne, og ansvar for å tilby sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3.1-3.2). Folkehelseloven (2011) omtaler kommunens ansvar i kapittel 2, og definerer at "kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å imøtekomme folkehelseutfordringer" (Folkehelseloven. (2011, §7).

Samhandlingsreformen (St. Meld. nr. 47, 2008-2009), var reformen som la grunnlaget for de ovennevnte lovene. Den ønsket å sikre et helhetlig, sammensatt tjenestetilbud, med økt vekt på forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommune og sykehus, og et mål om å styrke kommunale helse- og omsorgstjenesten og videreutvikle spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011, s. 3) Reformen la, gjennom ovennevnte lover, større ansvar og belastning på kommunenes helsetjenester, og økte ressursbevilgningen til kommunene for å

kompensere for endringen i ansvarsfordeling (Nødland & Rommetvedt, 2019, s. 181). Det heter seg i reformen at “formålet med samarbeidsavtaler er å fremme samhandlingen mellom kommuner og helseforetak ved å konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommune og helseforetak, og å etablere gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011, s. 3). I Helse- og omsorgsdepartementets forskrift om rehabilitering, habilitering og koordinator (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011, §5) defineres det at kommunens helse- og omsorgstjenestetilbud skal integreres i et samlet tverrfaglig re-/habiliteringstilbud, og at rehabiliteringstilbudet skal gis uavhengig av pasientens og brukerens boform. Videre skal kommunale helse- og omsorgstjenester samarbeide med andre etater for å imøtekomme dette behovet .

1.3 Struktur og organisering

Både hørselskontakter og offentlig ansatte audiografer jobber i regi av det kommunale ansvaret lovverket definerer. Hvordan rehabiliteringstilbudet i kommunen er organisert varierer derimot mellom kommunene, og kan involvere forskjellige aktører og helseforetak (Helsedirektoratet, 2020, s. 8-11). Det finnes per i dag ingen krav om kommunale audiografstillinger, og således forekommer det også en mangel på hørselsfaglig kompetanse i mange kommuner (Helsedirektoratet, 2020, s. 20).

For organiseringen i mindre kommuner betyr dette, slik lovverket krever (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3.4), som oftest at pasienter med hørselshemninger henvises til eksempelvis en høresentral i en større kommune, for utredning og tilpasning av høreapparat. Dette kan resultere i lang reisevei, ventetid, og utilgjengelighet for pasienter. Det skaper også økt belastning på høresentralen, spesielt hvis pasienten har behov for nye oppfølgingstimer. I slike tilfeller vil i teorien en behjelpelig hørselskontakt i egen kommune spare pasienten mye tid, hvis problemene er mindre, og kan løses uten teknisk utstyr og kompetanse fra en høresentral eller klinikk (NAV Kunnskapsbanken, u.å.). Hørselskontakten skal ideelt sett fungere både som en rehabiliterende koordinator for den hørselshemmede, og som et bindeledd mellom bruker og hjelpemiddelsentral (Sørensen, 2010, s. 15-17). Når det er sagt finnes det per i dag ingen offentlige veiledere eller stillingsinstrukser for kommunale hørselskontakter, eller krav til formell hørselsfaglig utdanning

(Helsedirektoratet, 2020, s. 11). Slikt definerer den ansettende kommunen selv, og det er dermed stor variasjon i disse instruksene, samt hvilke krav hver kommune stiller til stillingsinnehaver (Helsedirektoratet, 2020, s. 11). Mangelen på en mer uniform organisering gjør at det kan være vanskelig å danne seg en grundig oversikt over struktur og yrkesroller i den kommunale hørselsomsorgen. For pasienter og pårørende kan det derfor være vanskelig å oppdrive relevant informasjon om hvor en skal henvende seg for aktuelle tilbud (Helsedirektoratet, 2020, s. 15-16).

1.4 Yrkesrollene

Både audiografer og hørselskontakter spiller viktige, men ulike, roller i rehabiliteringen av hørselshemmede i Norge. Både for pasient og fagpersonell er det hensiktsmessig å avklare tydelig hva som er forskjellene: hvem som har kunnskap rundt hvilke temaer og hvem som har ansvar for hvilke tjenester. Forståelse av hva hver enkelt rolle kan bety for rehabiliteringsløpet er vesentlig for oppgaven, og for en faglig diskurs av funnene som presenteres. I noen tilfeller faller enkelte oppgaver og tjenester innenfor ansvaret til flere av de ulike partene i et tverrfaglig fellesskap, noe som kan være en hindring for naturlig flyt i behandlingen og tillitsbygging hos pasienter. I beste fall kan derimot distinksjonene mellom spillerne i et tverrfaglig løp utnyttes, og resultere i en dynamisk veksling mellom hvert medlem og deres ulike muligheter (Willumsen & Ødegård, 2016, s. 43-46). En beskrivelse av yrkesrollene til audiografer og hørselskontakter følger, samt hvilken kompetanse hver kan og skal inneha.

1.4.1 Hørselskontakt

En hørselskontakt har som nevnt ingen offisiell eller nasjonal stillingsbeskrivelse i seg selv per dags dato, men er ofte en kombinert delstilling av varierende prosentandel, integrert i annen kommunal stilling (Helsedirektoratet, 2020, s. 11). Spesifikk informasjon om hørselskontaktens tjenester og arbeidsoppgaver finner man, i varierende grad, på hjemmesidene til kommunen det er snakk om (Sørensen, 2010, s. 6-7). Ergoterapeuter derimot, som ofte innehar disse delstillingene (Sørensen, 2010, s. 6-7), har definerte kompetanseområder i norsk lov. En ergoterapeuts rolle er generelt, kort beskrevet, å kunne identifisere pasienter sine barrierer for deltakelse i hverdagen, og hjelpe dem å finne måter og løsninger for å mestre disse (Forskrift om nasjonal retningslinje for ergoterapeututdanning, 2019,

§3). I rollen som hørselskontakt vil dette som kommunalt ansatt bety at ergoterapeuten har mulighet til å være med pasienten inn i omgivelsene de omgås med hver dag, og gjøre en kartlegging av eventuelle hørselstekniske behov i hjemmet deres. Til tross for at mange ergoterapeuter innehar hørselskontaktrollen, foreligger ingen lovpålagte læringsmål for spesifikk hørselsfaglig kompetanse for ergoterapeuter (Forskrift om nasjonal retningslinje for ergoterapeututdanning, 2019, §3). Hørselskontakter får gjennom NAV hjelpemiddelsentral opplæring i hørselstekniske hjelpemidler (Helsedirektoratet, 2020, s. 11). Assistanse til oppsett og installasjon av slikt utstyr er også noe ergoterapeuten/hørselskontakten kan bistå med i slike tilfeller, i tillegg til generell rådgivning og opplæring i bruk.

1.4.2 Audiograf

I den norske forskriften om nasjonale retningslinjer for audiografutdanningen beskrives områder for kompetanse og arbeidsoppgaver en audiograf skal mestre i Norge, samt kjernekonseptene innenfor audiologi som helsefag. Dette inkluderer, på et bredt nivå, å ha tilstrekkelig kunnskap om lyd og hørsel for å kunne evaluere hørselsfunksjon hos mennesker, og å ha evnen til å gjennomføre habilitering og rehabilitering av personer med hørselsvansker, uansett alder. På dette vis skal audiografer være i stand til å gi sine pasienter bedre kommunikasjonsmuligheter, og legge til rette for mestring av hørselsutfordringer som kan påvirke pasienters livskvalitet og sosiale liv (Forskrift om nasjonal retningslinje for audiografutdanning, 2020, §3). Dette gjøres ved hjelp av hørselsrettet rådgivning og tilpasning av relevante hjelpemidler som er tilgjengelige for audiografen, i tillegg til et samarbeid med Øre-nese-hals-spesialister for diagnostisering av nevnte hørselsproblematikk, ved en høresentral på et offentlig sykehus eller privat klinikk.

1.5 Samhandling i praksis

Som nevnt tidligere foreligger det ikke krav om audiograf i kommunal stilling. Audiografer har heller ingen bred kompetanse knyttet til kartlegging av bomiljø eller pasienters hjemmetilværelse. En ergoterapeut i rollen som hørselskontakt har heller ikke nødvendigvis bred kunnskap om eller kompetanse knyttet til menneskelig lydoppfattelse og persepsjon (Forskrift om nasjonal retningslinje for ergoterapeututdanning, 2019, §3), men har derimot muligheten til boligbesøk og behovskartlegging, og kan tilby assistanse til installasjon av teknisk utstyr som en del

av arbeidshverdagen sin. En kan derfor argumentere for at et samarbeid mellom partene, hvor audiografen og hørselskontakten kompenserer for hverandres svakheter i praksis, i teorien kan medføre en mer utfyllende rehabilitering og kvalitetssikring av pasientene. Det er liten tvil om at bevissthet rundt verdien av samhandling på et idealistisk nivå resonneres i landets lovverk, retningslinjer og føringer for helsetilbud og utøvende tjenester, nyligst i en Stortingsmelding fra skrivende år (Meld. St. 9, 2023-2024, s. 7-12). Ord som “kompetanseheving”, “tverrfaglig samarbeid” og “rutine” er gjennomgående i visjonen om hvordan Norges helsevesen skal utøve helsehjelp etter klinisk beste praksis. Slike idealer kan likevel bli utfordrende å imøtekomme på kommunalt plan når styringsstrategier, kommunikasjon på tvers av informasjonsinstanser, og kommunikasjonsplattformer ikke nødvendigvis er strømlinjede og velfungerende (Riksrevisjonen, 2024, s. 17-18). Det finnes også begrenset statistikk på den faktiske samhandlingen som forekommer i den norske hørselshelsetjenesten.

I en kartleggende spørreundersøkelse av koordinerende enheter i kommune/bydel, utført av Synovate i 2010 for helsedirektoratet, meldte kun 35% av deltakende enheter at de samarbeider med høresentral ved helseforetak i sitt tilbud til hørselshemmede. Kun 5% meldte at de samarbeider med hørselskontakt (Sørensen, 2010, s. 15). Like fullt svarte 50% at behovet for en hørselskontakt som et bindeledd mellom kommune/bydel og hjelpemiddelsentral er “ganske stort”, og 29% at det er “meget stort”. Ingen enheter svarte at det ikke er behov for ordningen. 82% av koordinerende enheter svarte at det finnes en hørselskontaktordning i deres kommune/bydel (Sørensen, 2010, s. 18), og likeledes svarte 82% at ordningen fungerer godt (Sørensen, 2010, s. 19). Ved spørsmål om hvorvidt kommunens/bydelens rehabiliteringstilbud er beskrevet i plandokumenter svarte derimot kun 26% ja (Sørensen, 2010, s. 20). Bare 54% av hørselskontaktene i undersøkelsen rapporterte at de samarbeider med høresentral ved helseforetak (Sørensen, 2010, s. 37).

Disse tallene viser et iøynefallende sprik mellom oppfattet behov og funksjon, og faktisk forekomst av samarbeid eller konkrete plandokumenter innad i kommune/bydel. Tallene viser at behov for, og utbytte av, hørselskontaktordningen oppfattes som stort, men at et rammeverk rundt ordningen og forsøk på å etablere

funksjonell samhandling er fraværende. Undersøkelsen belyser også et uoversiktlig mangfold i hvilke kommunale etater hørselskontaktene arbeider i, alt fra “Pleie og omsorg” og “Helse”, til “Forebyggende tjenester” og “Annet” (Sørensen, 2010, s. 30).

Tall i Hørselshemmedes Landsforbund (HLF) sin kartleggingsrapport fra 2017 ved Steinar Birkeland, om høresentralenes samhandling, gjenspeiler funnene fra Synovate i 2010. Det beskrives god kjennskap til hva som forventes av samhandling, men lavt volum og bredde i den faktisk utførte samhandlingen, samt liten planmessighet, ulik praktisering, og uklare rutiner og prosedyrer (Birkeland, 2017, s. 3). Ved spørsmål om hvorvidt høresentralen samarbeider med ansatte i kommunen svarte 57% nei (Birkeland, 2017, s. 7). Rapporten trekker også frem høyt tempo, kapasitets- og bemanningsbegrensninger som viktige årsaker til den mangelfulle samhandlingen. Samlet viser disse tallene et avvik mellom oppfattet behov og gevinst på den ene siden, og utført samhandling i hørselsomsorgen i praksis på den andre. Samtidig er det nødvendig å påpeke at tallene er usikre siden deltakeromfanget i den aktuelle studien kun utgjør en delprosent av hørselsomsorgen på landsbasis. Siden dataene er fra henholdsvis 2010 og 2017 er det også en mulighet for at tallene ikke fullt gjenspeiler dagens situasjon.

Samhandling på hørsels- og helsefaglig plan må også sees i kontekst av rammene den utøves i. Norge er et unikt land i geografi og organisering. Derfor har internasjonal forskning begrenset relevans for temaet samhandling i hørselshelsetjenesten, gitt at den gjennomføres innenfor andre rammer, strukturer og kulturer (McPake & Mills, 2000, s. 1). Lupen må derfor rettes mot hva som har blitt testet og rapportert i Norge. Her er pilotprosjektet *Setesdalprosjektet* fra 2018 aktuelt. Her samarbeidet Lokalmedisinske tjenester Setesdal med Sørlandet Sykehus Helseforetak og NAV Hjelpemiddelsentral Aust-Agder. Prosjektet ønsket å heve audiologisk kompetanse i den helhetlige rehabiliteringen av pasienter, og utforsket en løsning hvor en interkommunal audiografstilling ble opprettet i Setesdalskommunene (Benum et al., 2018, s. 7). Dette er en stilling som også er forsøkt implementert i Romsdalsregionen, i den såkalte *Romsdalsmodellen* (HLF Molde, 2014, s. 2-4). Audiografen samarbeidet tett med Setesdalskommunene for å styrke det lokale rehabiliteringstilbudet, og hørselskontaktene i kommunene blir beskrevet som å ha dratt stor nytte av modellen i form av utvidet mulighet for

opplæring gjennom felles kommunebesøk med audiograf, årlig arrangerte samlinger med fokus på informasjon omkring tekniske hjelpemidler, og assistanse med spesifikke tjenester og kasus utenfor deres kompetanseområde (Benum et al., 2018, s. 15-17).

NAV Hjelpemiddelsentral, HLF Vestfold og Døveforbundet fremla i 2019 rapport for samarbeidsprosjektet *Lavterskeltilbud hos hjelpemiddelsentral* (HLF Briskeby, 2019). Prosjektet hadde som hovedmål å etablere et rådgivningskontor for den hørselshemmede befolkningen i Vestfold, og forsøkte å samarbeide tett med kommunene for å realisere kontoret som et langsiktig tilbud, også utover prosjektets varighet. Rapporten poengterer dog at progresjon for realisering stagnerte grunnet diffuse føringer og ansvarsforhold i styringsdokumenter for de kommunale helsetjenestene (HLF Briskeby, 2019, s. 2-3).

I 2023 ble rapport for prosjektet *Samhandling om kommunal hørselsomsorg* (Solheim, 2023), lagt frem. Prosjektet hadde en hovedmålsetning om å utvikle en tverrfaglig samhandlingsmodell for hørselsrehabiliteringstjenester tilrettelagt for hjemmeboende eldre (Solheim, 2023, s. 5). Dette er gjort ved å utarbeide en felles tverrfaglig plattform for fagmiljøet, hvor hørsels- og kommunalhelsetjeneste kan dele kunnskap og relevant informasjon. Prosjektet konkluderte med at det foreligger et stort, udekket behov for hørselsrehabiliterende tjenester for eldre, og at arbeidet mot samhandling i hørselshelsetjenesten må fortsette og styrkes (Solheim, 2023, s. 3).

Resultatene fra de ulike prosjektene indikerer at å tilby lavterskel, audiologisk kompetent hjelp til hørselshemmede med behov for oppfølging i kommunen har svært stor betydning for kvaliteten på rehabiliteringen, og dermed for mestring av hørselshemmingen og bruk av hjelpemidlene pasienten mottar. Økt kompetanse og samhandling i hørselsomsorgen kan i teorien også føre til at flere pasienter raskere vil få riktig, og bedre tilpasset, behandling. Til tross for dette kan realisering av slike tiltak fort stagnere, da det ikke finnes førende dokumenter som beskriver tilretteleggelse av slike ordninger på kommunalt nivå.

2. Problemstilling

Med bakgrunn i Norges lov- og rammeverk for hørselsrehabilitering og idealet om samhandling i helsetjenestene, er formålet med denne oppgaven å se på samhandling mellom norske audiografer og hørselskontakter i dag.

Oppgaven har som mål å undersøke hva som karakteriserer samhandlingen mellom audiografer og hørselskontakter. Oppgaven skal bidra til å belyse tanker om, og holdninger til, samhandling i hørselshelsetjenesten, som helsepersonell som selv utøver hørselsrehabilitering har. Videre skal oppgaven forsøke å løfte fram hvilken verdi dette helsepersonellet oppfatter at samhandling kan ha for dem. Oppgaven ønsker å synliggjøre effekten hørselsrelatert samhandling kan ha, ved å trekke fram audiografers og hørselskontakters egne erfaringer og tanker om temaet, samt deres oppfatninger av hva som kan være til hinder for samhandlingen. Oppgavens problemstilling er derfor definert som følger:

“Hva karakteriserer samhandlingen mellom audiografer og hørselskontakter i rehabiliteringen av hørselshemmede?”

Oppgaven avgrenses av det innhentede datamaterialets omfang, det vil primært si av deltakernes individuelle oppfatninger og holdninger. Oppgaven retter seg ikke mot å se på hvordan ramme- og lovverk på landsdekkende basis kan endres mot å bedre tilretteleggelsen for samhandling, og data er heller ikke representative for yrkesrollene på landsdekkende basis.

3. Metode

Når vi snakker om samhandling mellom audiografer og hørselskontakter, snakker vi om individuelle fagarbeidere som møter hverandre, og kommer fra ulike bakgrunner. Dermed snakker vi også om ulike opplevelser og erfaringer. Slike data kan være vanskelige å kvantifisere på detaljnivå gjennom statistikk og tall (Dalland, 2017, s. 52).

3.1 Kvalitativ forskningsmetode

Kvalitative forskningsmetoder målsetter seg å undersøke subjektive data, eksempelvis individuelle erfaringer, meninger og opplevelser (Dalland, 2017, s. 52), og gjennom dette oppnå en utdypet forståelse av spesifikke temaer eller kontekster. Kvalitative metoder egner seg derfor godt for denne oppgavens problemstilling. Fenomenologi, og da med psykologisk, individuelt perspektiv, forsøker å danne et bilde av hvordan enkeltmennesker opplever et fenomen, og tilrettelegger for at forskeren kan sammenligne slike opplevelser fra flere individer med hverandre. Intervju er den primære datainnsamlingsmetoden for slike studier (Postholm, 2010, s. 41-43), og et fenomenologisk intervjustudie ble derfor ansett som en passende metode for datainnsamling. Denne oppgaven undersøker fenomenet “samhandling mellom hørselskontakter og audiografer”; et fenomen som, tross at det baserer seg på individuelle erfaringer, oppleves av flere deltakere. Nøkkelordet i problemstillingen er samhandling, og i dette ligger ikke bare et individuelt fokus, men også et fellesskap. Når man vil undersøke et fenomen som omhandler erfaringer og holdninger der mennesker samhandler, er fokusgrupper en relevant forskningsmetode (Malterud, 2012, s. 22).

Fokusgrupper er en kvalitativ forskningsmetode hvor intervju gjennomføres med flere deltakere i fellesskap. Data fremskaffes ikke bare gjennom svar som gis på konkrete spørsmål, men også i dialogen spørsmålene kan igangsette innad i fokusgruppen, og betydningsdannelsen som kan komme frem i slik dialog (Malterud, 2012, s. 18-23; Halkier, 2010, s. 9). Snarere enn at intervjueren systematisk ber hver av deltakerne om å besvare et spørsmål, forsøker metoden å oppmuntre deltakerne til å snakke med hverandre, utveksle tanker og synspunkter, og selv stille oppfølgingsspørsmål (Malterud, 2012, s. 20-21). På bakgrunn av ovennevnte faktorer ble en fenomenologisk fokusgruppeintervjustudie valgt som fremgangsmåte for å besvare problemstillingen.

3.2 Deltakere

Kvalitative metoder søker å gå i dybden rundt individer (Dalland, 2017, s. 76), og datametning kan ofte oppnås selv ved et lite utvalg deltakere (Hennink & Kaiser, 2022, s. 9). Fokusgrupper kan som forskningsmetode ha stor variasjon i antall deltakere per gruppe, men litteraturen foreslår gjerne rundt 6 til 12 deltakere (Halkier,

2010, s. 38). Deltakere bør velges med et primærfokus på egnethet overfor studiens tema, og hvorvidt de vil kunne produsere datamateriale med høy relevans og reliabilitet for dette (Malterud, 2012, s. 42-43). En fokusgruppe vil i seg selv kunne gi store mengder data, avhengig av antall deltakere i gruppen (Halkier, 2010, s. 38-41). Da dette prosjektet er en bacheloroppgave stilles det også begrensede krav til datamaterialets omfang. Ambisjonen for prosjektet ble derfor å gjennomføre kun ett intervju, i en gruppe med rundt seks deltakere.

3.2.1 Strategisk utvalg

Gode forkunnskaper om forskningstema er vesentlig for å kunne forstå hva man ønsker å undersøke, og i lys av dette definere tydelige kriterier for valg av deltakere. Ved bruk av kvalitative metoder, deriblant fokusgrupper, vil det ofte være naturlig å henvende seg til individer eller grupper forskeren på forhånd mener kan ha stor relevans for temaet som skal undersøkes. Et slikt utvalg av data er det vi kaller et strategisk utvalg (Dalland, 2017, s. 56-57), og i dette ligger også en vurdering av hvorvidt intervjuets deltakere vil kunne ha gode samtaler og ikke havne i konflikt (Malterud, 2012, s. 42-43). Gitt at prosjektets formål er å undersøke hvordan hørselskontakter og audiografer samhandler, kan forskerne anta at det er menneskene som jobber i disse yrkesrollene i det daglige som har mest å fortelle om temaet som ønskes belyst. Hørselskontakter er noe audiografutdanningens læringsplan dekker i begrenset grad (NTNU, u.å), og derfor anså forskerne sine egne forkunnskaper som utilstrekkelige. Med ønske om å bedre denne forståelse av temaet og yrkespersonene en ønsket å komme i kontakt med, ble det lagt vesentlig arbeid i å fremskaffe og sette seg inn i informasjon om hørselskontaktrollen. Utover litteraturen som ble gjennomgått, beskrevet i kapittel 1, ble det også tatt kontakt med flere ergoterapeuter som har nåværende eller tidligere erfaring fra yrkesrollen, for å prate med dem om temaet og få høre deres tanker. Gjennom samtaler med disse, og med prosjektets veiledere, ble mulige deltakerkriterier diskutert.

Audiografer er en yrkesgruppe forskerne har bedre innsikt i og forståelse av, gitt utdanningsbakgrunn. Det er likevel ikke en selvfølge at alle audiografer vil ha like mye å bidra med av relevante tanker og erfaringer opp mot samhandling og hørselskontakter som et tema, da audiografer også kan arbeide ved hjelpemiddelsentraler eller i private firma. Forskerne tolket at den naturlige

samarbeidspartneren for hørselskontakter, spesifikt i rehabilitering av hørselshemmede slik lovverk og problemstillingen retter seg, er audiografer som arbeider klinisk med pasienter i spesialisthelsetjenesten. For audiografene innebærer yrkesrollen her klinisk arbeid på offentlig sykehus eller klinikk, men vil utover dette være uavhengig av om de selv praktiserer samhandling i sitt daglige arbeid. Utvalgets kriterier ble dermed definert som følger:

Kriterier til deltagende audiograf:

- Vedkommende er klinisk yrkesaktiv; ansatt på sykehus eller klinikk med offentlig tilknytning.
- Vedkommende har minst to års erfaring i yrket.
- Det stilles ingen krav til pågående samhandling i audiografens daglige arbeid.

Kriterier til deltagende hørselskontakt:

- Rollen som hørselskontakt er inkludert i vedkommendes nåværende kommunale arbeidsoppgaver.
- Vedkommende har minst to års erfaring i yrkesrollen.
- Det stilles ingen krav til pågående samhandling i hørselskontaktens daglige arbeid.
- Det stilles ingen krav til en definert stillingsprosent eller stillingsbeskrivelse for hørselskontakten.

Forankret i grunnlaget som er beskrevet, ble prosjektets strategiske utvalg rettet mot to primære faktorer:

1. Deltakernes interesse i prosjektets tema og problemstilling.
2. Deltakernes erfaring i sin yrkesrolle.

Fraværet av strengere kriterier for inkludering og ekskludering gir rom for et mer heterogent, variert deltakerutvalg. Dette gir gode muligheter til mangfold og nyanser i datamaterialet (Malterud, 2012, s. 44). Likevel er kravet om yrkesrolletilhørigheten, for to relativt små yrkesgrupper, i seg selv et ganske avgrensende krav til deltakere. Valget om å ikke stille ytterligere krav til utvalget enn det som her er beskrevet ble gjort for å ikke avgrense en mulig deltakergruppe til et punkt hvor rekruttering og gjennomføring ble vanskelig, og redusere risiko for at potensielt relevant info kunne gå tapt.

3.2.2 Rekrutteringsprosessen

For å nå ut til aktuelle deltakere måtte det oppdrives kontaktinformasjon. Direkte kontaktinformasjon til audiografer ligger sjeldent tilgjengelig på offentlige sider. Forskerne valgte derfor å benytte seg av eget nettverk innad i feltet, i håp om å få bistand til videreformidling av prosjektet til aktuelle deltakere. For å ivareta et forskningsmessig nøytralt ståsted opp mot datainnsamling er det ønskelig at forskerne selv ikke har noen direkte relasjon til deltakerne. Det kan også være vanskeligere å intervjuer folk en selv kjenner, og samtalen vil ha lettere for å drifte mot mindre relevante undertemaer (Halkier, 2010, s. 36-37). Bekjente kan likevel være et mer tilgjengelig mellomledd for kommunikasjon ut mot et større fagfelt. Ved å spørre audiografer fra eget nettverk om å ikke selv delta, men videreformidle forespørsler til sine nettverk, unngikk forskerne deltakere av nær relasjon.

På hørselskontaktfronten skal kontaktinformasjon være offentlig tilgjengelig på kommunens nettsider, men en landsdekkende oversikt mangler (NAV, u.å.). Kontaktinformasjonen var i mange tilfeller vanskelig å finne, og viste seg også i noen tilfeller å være utdatert. Det ble derfor ansett som mest hensiktsmessig å innlede kontakt med landets hjelpemiddelsentraler. Disse har oversikt over samtlige hørselskontakter i sin region/fylke, og kunne derfor bistå som et mellomledd for kommunikasjon ut mot landets hørselskontakter. Hørselskontakter i indirekte relasjon til forskernes eget fagnettverk ble også kontaktet. Eksempler på e-post som ble sendt til aktuelle instanser kan sees i vedlegg 1.

En lang og omfattende rekrutteringsprosess ga til slutt respons fra 5 hørselskontakter, og 6 audiografer, som meddelte ønske om deltakelse. Disse fikk tilsendt en liste med forslag til datoer og tidspunkt, hvor de selv kunne gå inn og velge tider som passet for dem. Å finne et tidspunkt som passet for nok deltakere var vanskelig, men det ble til slutt fastsatt en dato hvor 3 hørselskontakter og 2 audiografer hadde tid. En oversikt med enkel beskrivelse av prosjektets deltakerne og deres faglige bakgrunn kan sees i vedlegg 2.

3.3 Datainnsamling

3.3.1 Intervjuguide

En intervjuguide kan ha ulike formål, ut fra intervjuets visjon og hensikt. For kvalitative fokusgruppeintervju er guidens formål å fungere som en samtaleveileder for gjennomføring (Malterud, 2012, s. 32). Å utarbeide en god intervjuguide krever gode forkunnskaper og forståelse av temaer som skal tas opp. Disse vil legge grunnlaget for innsamlet datamateriale, som igjen blir grunnlaget for funnene oppgavens problemstilling besvares med. Et fokusgruppeintervju søker ikke nødvendigvis å følge en fastsatt struktur eller plan. Snarere er det naturlig å definere hovedtemaer man ønsker å få gruppen til å snakke om, og lage åpne spørsmål som retter samtalen inn mot disse (Malterud, 2012, s. 32-34). Forskeren vil ha en rolle som moderator i intervjuet, og ønsker for en fokusgruppe å tilrettelegge og skape en trygg, engasjerende arena for å la intervjudeltakerne snakke seg imellom. Moderator fører samtalen videre når dette er nødvendig (Halkier, 2010, s. 56-59), men deltar ellers i liten grad i samtalen. I et fokusgruppeintervju er det også hensiktsmessig å ikke ha for mange spørsmål. Dette må sees i sammenheng med antall deltakere, og tid som er satt av til gjennomføring. Datakvalitet kan fort svekkes hvis det stilles for mange spørsmål, og hvis ikke alle deltakerne får tid og rom til å gi svarene de ønsker (Malterud, 2012, s. 34). Intervjuguiden for prosjektet ble strukturert etter temaer, med åpne hovedspørsmål og supplerende spørsmål kategorisert under disse. Ambisjonen var at spørsmålene under hvert tema ville bli besvart gjennom samtalens flyt, uten at moderator trengte å overstyre samtalen til å følge akkurat den rekkefølgen som var oppført i guiden. Spørsmålene som ble formulert i guiden ble utarbeidet på bakgrunn av fagsamtaler og oppgavens teoridel, og gjennomgikk flere runder med revisjon. Guiden kan sees i vedlegg 3.

3.3.2 Pilotintervju

Før et kvalitativt intervju gjennomføres kan det være en fordel at intervjuguide og gjennomføring har blitt testet ut i en praktisk, uoffisiell setting. Dette gir forskeren rom for analyse og forbedring av guidens kvalitet og funksjonalitet opp mot problemstilling, samt egen utøvelse av moderatorrollen (Postholm, 2010, s. 82). For dette prosjektet ble det gjennomført et digitalt pilotintervju med tre deltakere; to audiografer i klinisk virksomhet, og en kommunal ergoterapeut med erfaring som hørselskontakt. I etterkant ble utøvelsen i pilotintervjuet diskutert, og intervjuguiden

revidert, basert på erfaringer og refleksjoner gjort av forskerne under og etter pilotintervjuet.

3.3.3 Gjennomføring

Fokusgruppeintervju utføres tradisjonelt sett fysisk, da samhandling mellom deltakerne er en av de primære kildene til ny kunnskap (Greenspan et al., 2021, s. 85-86). Dette lot seg ikke gjøre i dette prosjektet, grunnet geografisk spredning av intervjudeltakerne. Intervjuet ble derfor gjennomført digitalt på Microsoft Teams, med kamera, og tatt opp. Hensikten med dette var å beholde et element av nærhet og kroppsspråk for relasjonsbygging mellom deltakerne, og for forskerne i den påfølgende analysen å kunne se og vurdere non-verbal respons fra deltakerne på de ulike utsagnene. Ved gjennomføring av intervju kan det å informere deltakere om prosess og bakgrunn for intervjuet legge til rette for å bygge en god relasjon mellom deltaker og forsker (Repstad, 2007, s. 87). Intervjuet startet derfor med en gjennomgang av disse temaene. Deretter fikk deltakerne selv rom til å presentere seg og sin kompetanse og erfaring. Forskerne deltok selv i intervjuet som moderatorer. Dette kan påvirke intervjuets innhold og resultater, med tanke på hva som deles, fordi forskeren selv er et verktøy for datainnsamlingen (Dalland, 2017, s. 64). Av- eller bekræftende respons i ordlyder og kroppsspråk er eksempler på slik påvirkning, og dette ble det etter beste evne tatt hensyn til under intervjuet.

3.4 Transkribering

Fokusgruppeintervjuet ble automatisk transkribert av Microsoft Teams under gjennomføring. Dette transkriptet ble så lastet ned, gjennomgått, rettet og finpusset i sin helhet av forskerne, på basis av opptaket. Transkript- og opptaksfilen ble slettet fra Teams umiddelbart etter at en kopi var lagret på lokal harddisk. For anonymisering ble alle deltakere gitt pseudonymer, for å beholde oversiktighet i interaksjonene deltakerne imellom. Geografi og stedsnavn ble generalisert eller fjernet, for å ivareta deltakernes personvern.

3.5 Analyse

Gjennom den kvalitative analysen forsøker forskeren å fortolke og sammenfatte datamaterialet, og således bygge bro mellom rådata og resultater (Malterud, 2002, s. 1). Datamaterialet i denne oppgaven ble analysert med tematisk analyse, og

nærmere bestemt den tverrgående analysemetoden systematisk tekstkondensering (Malterud, 2017, s. 97-116). En individuell og påfølgende felles drøfting av datamaterialet ble gjort, og på bakgrunn av dette ble det identifisert fem hovedtemaer; “arbeidsoppgaver og yrkesrollen”, “kommunal organisering av hørselsrehabiliterende instanser”, “hørselsrehabilitering for bruker/pårørende”, “samarbeid og kommunikasjon blant behandlende parter” og “veien mot en bedre hørselshelsetjeneste”. Alle utsagn fra deltakerne som ble ansett som meningsbærende for oppgavens problemstilling ble kategorisert innenfor disse temaene. Undertemaer innenfor hovedtemaene ble så formulert. Meningsbærende enheter ble deretter formulert som funn innenfor hovedtemaene, og dannet i fellesskap grunnlaget for oppgavens resultatdel. Vektleggingen av funn har forsøksvis tatt i betraktning hvor mange av deltakerne som delte eller hadde ulike tanker og erfaringer om et tema, og den oppfattede viktigheten av temaene som ble diskutert, slik forskerne tolket det. Unike erfaringer og tanker er også vektlagt hvis de syntes å fremkalle interesse i form av spørsmål eller verbal/nonverbal enighet fra de andre deltakerne. Det har derfor ikke vært et krav at store utsagn fra flere deltakere måtte foreligge for vektlegging av et synspunkt. Den oppfattede viktigheten av de ulike temaene er basert på forskernes fortolkning, da dette er en viktig del av den kvalitative forsknings- og analysemetoden (Malterud, 2017, s. 43). Alle meningsbærende enheter som er brukt i oppgaven for eksemplifisering, ble bearbeidet og tilpasset skriftlig format med tekstbehandlingsmetoden “slightly modified verbatim mode” (Malterud, 2017, s. 78). I vedlegg 4 finnes et trinnvis eksempel på gjennomføring av analysemetoden.

4. Etske forhold

4.1 Personvern

I gjennomføringen av et forskningsprosjekt, spesielt ett med informanter, er det viktig å kjenne til sine etiske forpliktelser til planlegging, forberedelser, formidling av resultater og behandling og oppbevaring av personopplysninger (Dalland, 2017, s. 235-236). Personopplysninger defineres som opplysninger som kan knyttes direkte, indirekte eller via koblingsnøkler til enkeltpersoner. Direkte opplysninger kan eksempelvis være fødselsnummer, navn eller adresse. Indirekte opplysninger kan være bakgrunnsinformasjon om enkeltpersoner, som alder, kjønn og hvilke

institusjoner de er ansatt i eller involvert med. Koblingsnøkler kan være et deltakernummer knyttet til en navneliste hvor både direkte eller indirekte opplysninger kan stå oppført. Korrekt ivaretagelse av slike opplysninger har som hensikt å beskytte forskningsdeltakerne fra unødvendig belastning (Dalland, 2017, s. 236-237). Alle medisinske og helsefaglige forskningsprosjekter som bearbeider personopplysninger i noen grad, er lovpålagt meldepliktig til Sikt - Kunnskapssektorens tjenesteleverandør, eller REK - Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (Dalland, 2017, s. 238-239; Malterud, 2012, s. 60-62). For dette prosjektet ble det sendt inn meldeskjema og intervjuguide til Sikt. Prosjektet ble offisielt godkjent den 15. februar, se vedlegg 5. Alle innhentede personopplysninger i dette prosjektet ble behandlet konfidensielt. Oppgavens datamateriale ble anonymisert ved transkribering. Det ikke-anonymiserte datamaterialet, og annen eventuell sensitiv informasjon oppbevares på kryptert lagringsdomene og sikker, lokal harddisk. Dette datamaterialet vil bli destruert ved prosjektets slutt.

4.2 Nytte-risiko-aspekt

Forskerne så liten risiko for deltakerne i gjennomføring av datainnsamling. Intervjuet berørte ikke temaer som forskerne anser som provoserende eller ubekvemme. Gitt den helsefaglige visjonen om samhandling som ideal presentert i delkapittel 1, anså forskerne temaet som relevant og nyttig for deltakernes yrkesroller, og for det rehabiliterende hørselsfagfeltet generelt. Forskerne håpet og forventet derfor at deltakerne opplevde nytteaspektet ved deltakelse som mer tungtveiende enn tilknyttet risiko.

4.3 Informert samtykke

For forskningsprosjekter med frivillighetsbasert deltakelse foreligger det krav om et informert, frivillig samtykke fra prosjektets informanter, for at deltakelsen skal være gyldig (Sikt, u.å; Dalland, 2017, s. 240-241). Prosjektets deltakere ble derfor tilsendt et informasjons- og samtykkeskjema. Dette måtte de signere for å dokumentere samtykke til egen deltakelse. Dokumentet ga en innføring i blant annet studiens formål, hvordan innhentede data ville bli behandlet og brukt, og hvilke tiltak som ville bli gjort for å ivareta deltakernes personvern og rettigheter. Kopi av dette skjemaet

kan sees i vedlegg 6. Deltakerne hadde gjennom hele prosjektet til enhver tid, og uten forvarsel, rett til å trekke sitt samtykke og sin deltakelse fra prosjektet.

5. Resultater

5.1 Samarbeid og kommunikasjon blant behandlende parter

5.1.1 Deltakernes refleksjoner om mangelfull samhandling

Både audiografene og hørselskontaktene presenterte gjennom intervjuet eksempler på hva ugunstige situasjoner i samhandling kan se ut som, forankret i egne erfaringer. Først og fremst var alle deltakerne enige om at en lav grad av samhandling negativt påvirker evnen man har til å utføre helhetlig hørselsrehabilitering, og derfor at mangelfull samhandling kan gå ut over pasientene. En gjennomgående trend blant deltakerne, i beskrivelser av lite eller ufullstendig samhandling, var manglende eller fraværende dokumentasjon av gjennomført behandling og arbeid hos alle instanser. Dette er noe deltakerne tror påvirker evnen til effektiv tidsbruk gjennom det rehabiliterende løpet i alle ledd. Flere av deltakerne uttrykte også et savn av god, toveis informasjonsflyt og -utveksling mellom hørselskontakter og audiografer.

Audiograf 2: "Det jeg savner er at vi får noe tilbake på det som er gjort der ute. Og det gjelder alle instanser vi henviser til."

En annen utfordring som en konsekvens av dårlig eller mangelfull samhandling, uttrykt av flere deltakere, er hvor utydelige ansvarsområdene mellom hørselskontakt og audiograf kan bli når en ikke kommuniserer godt nok rundt samme pasient. En hørselskontakt beskrev det som en gjentakende utfordring å vite hvilken av partene som skal søke etter tilleggsutstyr. Beslutninger som tas av audiografene rundt pasienters behov, formidles ikke alltid til hørselskontakten. Det kan gjøre situasjonen mindre oversiktlig, og i verste fall utløse motsigende rehabiliteringstiltak.

Hørselskontakt 2: "Det kan være utfordrende for meg med å søke tilleggsutstyr. Det kan jo være audiografene gjør det, eller det kan være jeg gjør det. Men iblant kan det ha blitt besluttet av audiograf at det ikke var aktuelt å søke på noe, men så kommer ikke den informasjonen til meg, som da søker likevel."

5.1.2 Deltakernes refleksjoner om vellykket samhandling

Deltakerne reflekterte også over hva vellykket samhandling kan være, og føre til, i lys av egne yrkeserfaringer. En av audiografene fortalte at det generelt er mye mindre pågang mot høresentralen fra kommuner der hørselskontaktilbudet er sterkt. Dette eksemplifiserer god samhandling. En audiograf fortalte også at hørselskontakter i sitt område som er aktive, oppmerksomme, og spør om hjelp, bidrar til å få luket ut og tatt tak i mange små problemer hos brukerne, før de blir større og mer ressurskrevende. En hørselskontakt beskriver sin kontakt med høresentralen som veldig hyppig og responsiv. Hørselskontakten når ofte ut på telefon for å få tilsendt en pasients audiogram, og får noen ganger en audiograf med seg ut på hjemmebesøk til de pasientene med størst utfordringer.

Audiograf 1: "I de kommunene hvor det her fungerer bra, så har jeg en veldig tett dialog med hørselskontaktene på alt fra store til små ting, som gjør at vi ofte er tidlig ute med å identifisere og følge opp potensielle utfordringer brukeren måtte ha."

Flere av deltakerne nevner muligheter for hospitering hos audiografer som et positivt opplæringstilbud for hørselskontakter, og mener at dette kan være en arena hvor god samhandling kultiveres. En audiograf forteller at i starten av sin stilling som ambulerende audiograf deltok kommunale hørselskontakter som observatører i den ambulerende behandlingen, og fikk gjennom dette innsikt i prosessen rundt hørselsutredning og høreapparater. Muligheten til å hospitere ble poengtert som noe uerfarne hørselskontakter vil kunne dra mye nytte av, ved å se hvordan audiografer tenker og handler opp mot ulike pasienter og hørselsproblemer.

5.2 Ulikheter i arbeidsoppgaver og yrkesrollen

I samtalen kom det tydelig frem, gjennom diverse eksempler og refleksjoner, hvor varierende hørselskontaktrollen er mellom kommunene. Hørselskontaktene fortalte fra eget arbeid om ulike arbeidsoppgaver som kan inngå i rollen, deriblant behovskartlegging, opplæring i og oppkobling av hørselsteknisk tilleggs- og varslingsutstyr, og bestilling av dette. Enkel høreapparatservice som renhold og filterbytte ble også nevnt, men med poengtering om at dette ikke er standard for alle hørselskontakter. Ulike utdanningsbakgrunner ble også trukket frem som et element

som skaper variasjon for innehavere av hørselskontaktrollen, med tanke på faglig kompetanse og forkunnskaper.

Hørselskontakt 2: *“Ofte er man innom mange områder når man først er ute hos noen på oppfølging i forhold til utstyr man har. Montering, kobling, vise betjening av apper? Litt ulike ting der. Ofte nyttig for mange å ta en ekstra gjennomgang av å bytte filter, propp og oppfølging på de tingene.”*

Audiografene beskrev hørselskontaktrollen som en særdeles viktig ressurs og et bindeledd, både for audiografen selv og for bruker/pårørende. Hørselskontaktens mulighet til å komme nær brukeren, og kartlegge tilstand og behov i brukerens hjem og hverdag på en måte audiografen ofte ikke kan, ble påpekt som vesentlig. Det ble også fundert på hvorvidt arbeidet som utføres i hørselskontaktrollen tidvis går underdokumentert.

Deltakerne reflekterte i fellesskap om viktigheten av erfaring i feltet, for å kunne effektivisere arbeidet, og heve kompetansen og kvaliteten i rehabiliteringen de ulike instansene gir. Her ble hørselskontaktrollen trukket frem som spesielt sårbar, ettersom innehaverne av rollen ofte trer inn i den med lite forkunnskap og behov for ytterligere opplæring. En hørselskontakt fortalte selv at vedkommende hadde muligheten til å kontakte audiograf for hjelp i oppstarten, og at dette hadde vært av stor verdi for å bli trygg i egen kompetanse.

5.3 Kommunal organisering av hørselsrehabiliterende instanser

Hørselskontaktene fortalte om stor variasjon i stillingsbeskrivelser og -prosenter mellom kommunene. Dette ble også trukket frem som en påvirkende faktor mot den manglende oversiktligheten som kan oppstå rundt hørselskontaktrollen generelt, både for helsepersonell, men også for brukere og pårørende som har behov for å finne informasjon om sitt lokale tilbud. Deltakerne reflekterte rundt at disse strukturelle faktorene igjen kan forårsake betraktelige ulikheter i opplæring og instruksjon for yrkesrollens innehaver.

Hørselskontakt 2: *“Ja, så er det en utfordring at det er så forskjellig løst, det med hørselskontakter. Mange har det kanskje bare som en tilleggsoppgave i*

hjemmetjenesten? Av det jeg opplever her i området, så er det veldig få, eller ingen, som har så stor stilling som jeg har, dedikert til det området [hørse].”

Stillingsprosent, og derav hvor mye tid man har å avsette til jobben, ble også poengtert som et viktig element i hvorvidt hørselskontakten har mulighet til å prioritere tilegnelse av ytterligere kunnskap for jobben gjennom samhandling med hørselsrehabiliterende instanser, eller kurs. Deltakerne fant felles enighet i at de tror kommunal ledelse ofte mangler bevissthet og forståelse om viktigheten av hørsel og yrkesrollen 'hørselskontakt', og dermed også behovet. Dette vil igjen ha innvirkning på prioriteringen hørselskontaktrollen får, i hvilken grad det tilrettelegges for samhandling, og potensielt også ha negativ påvirkning på hvor attraktiv yrkesrollen kan oppfattes som.

Hørselskontakt 1: “Det er en god del hørselskontakter som kanskje bare har fått “nå er det din tur”, og det er jo ikke kjempespennende når det da ikke er tid til opplæring, ikke er tid til faglige oppdateringer, ingen vet det du driver med, og så skal du bare holde på. Du blir litt surrende i et hjørne selv da, og så har du ikke tid til det du skal gjøre heller, så det blir jo ikke attraktivt.”

5.4 Hørselsrehabilitering for bruker/pårørende

Både hørselskontakter og audiografer trakk frem viktigheten av ulike støttespillere for eldre hørselshemmede, som ofte sliter med de tekniske aspektene, opp mot mestring i bruk og håndtering av hørselsrelaterte hjelpemidler og tilleggsutstyr. En audiograf fortalte at hørselskontakter erfaringsvis ofte har et bedre etablert kommunalt kontaktnettverk, deriblant hjemmetjeneste og likepersoner, og at dette har høy verdi for mer helhetlig rehabilitering av de eldre brukerne.

Hørselskontakt 3: “Hvis vi ikke klarer å samhandle, så er det vanskelig å få til et godt resultat for bruker, både med hvordan høreapparatet fungerer i det daglige og hva slags hjelpemidler som er i hjemmet. Er det rett montert? Er opplæringen gjort sånn at brukeren klarer å nyttiggjøre seg det de har fått? Også er det òg det pårørende aspektet, ser vi er kjempeviktig, kanskje jo mer eldre brukerne er.”

Brukere i mindre kommuner, med lang avstand til høre- og/eller hjelpemiddelsentral, ble beskrevet som helt avhengige av hørselskontakt i et oppfølgende

rehabiliteringsløp. Samtlige deltakere opplever at det å kunne tilby et godt hørselsrehabiliteringstilbud for brukerne også er noe som gir det utøvende helsepersonellet glede og mestringfølelse i hverdagen og jobben en gjør. På bakgrunn av dette kan god samhandling også ha en positiv verdi for arbeidsgleden i hørselsfeltet.

5.5 Uutnyttet samhandlingspotensial i hørselshelsetjenesten

Samtlige deltakere fra intervjuet uttrykte en avhengighet av samhandling for den hørselsrehabiliterende jobben de gjør, og beskrev det som en nødvendig komponent av arbeidshverdagen for å kunne gi et godt tilbud til sine pasienter. Det var også en felles enighet om at ytterligere samhandling, utover det som forekommer i deltakernes daglige arbeid, var å anse som ønskelig for å styrke det hørselsrehabiliterende tilbudet. Flere deltakere fortalte om svekkede tilbud i visse områder av sin region, som et resultat av forflytning av instanser. Dette skapte i noen tilfeller større avstand til tilbud for berørte brukere. En velfungerende hørselskontaktordning, og samhandling med audiograf gjennom denne, ble trukket frem som vesentlig for å motvirke forskjeller i tilbud på bakgrunn av geografiske avstander.

Én hørselskontakt påpekte at pasienter kan gi ulik informasjon til forskjellige behandlere, noe som kan skape ulikheter i behandleres forståelse av kasus. Samhandlingen mellom en hørselskontakt og audiograf i form av god informasjonsformidling ble poengtert å kunne redusere disse forskjellene, og samkjøre rehabiliteringsplanen på individuelt brukernivå. Alle deltakerne ser for seg at oppfølgingstilbudet for hørsel, slik det er i dag, er for dårlig rustet til å håndtere eldrebølgen i kommende år. Det foreligger derfor ytterligere risiko for at tilbudet vil svekkes. Verdien og viktigheten av samhandling mellom hørselskontakter og audiografer vil dermed øke. Deltakerne var langt på vei enige om at digital samhandling kan senke terskler, men at omprioritering av ressurser fra kommunalt hold også bør etterspørres, spesielt opp mot hørselskontaktrollen. En deltaker fortalte om en unik ordning i sitt område, hvor behandlingsrelevante opplysninger deles mellom henvisende parter via e-link, og at dette skaper god og enkel informasjonsflyt, samt effektiviserer rehabiliteringsprosessen begge veier. De andre deltakerne reagerte positivt på denne løsningen. Samtidig ble utfordringer med hva

en, i lys av personvern, lovlig kan dele av pasientinformasjon mellom behandlende instanser løftet frem som et vedvarende hinder for slike kommunikasjonsrutiner på landsbasis.

Flere av deltakerne la fokus på viktigheten rundt synliggjøring av hørsel og hørselsproblemer, samt rehabilitering av dette. De poengterte også at mer oppmerksomhet bør bringes til det på et samfunnsnivå, som igjen vil spille inn i den kommunale organiseringen. Denne mangelen på forståelse og kunnskap blir også beskrevet som et hinder for god samhandling mellom yrkesrollene.

Audiograf 2: “Vi trenger å ha flere å spille på, og vi kommer også til å tenke litt nytt i forhold til måter å dele informasjonen på, eventuelt også med digital oppfølging. (...) Folk må ha mer kunnskap, og jeg tenker at tiltak kan være også å spre den kunnskapen om hørsel og konsekvenser.”

Hørselskontakt 1: “Vi trenger mer avklarte roller, og opp mot ledelse. At de faktisk vet hva man gjør. For hørsel er jo så skjult.”



Figur 1: Enkel visualisering av karakteristikk i sammenheng av hørselsrehabiliterende samhandling mellom audiograf og hørselskontakt. Farger gjenspeiler fargekoder fra studiens analyse.

6. Diskusjon

Intervjudeltakerne i dette prosjektet har alle sine egne, unike tanker, erfaringer og refleksjoner om fenomenet samhandling, og de belyste temaene innenfor dette, som resultatene i studien er basert på. Resultatene er ikke generaliserbare for andre

audiografer og hørselskontakter i Norge, da disse kan ha andre tanker, erfaringer og refleksjoner om de samme temaene. Diskusjonskapitlet vil diskutere prosjektets funn opp mot relevant litteratur.

6.1 Om arbeidsoppgaver og yrkesrollen

Deltakerne i studien fortalte om variasjoner mellom kommunale hørselskontakter i daglige arbeidsoppgaver, og i rolleinnhavernes forkunnskaper om hørsel fra ansettelsesstilling eller utdanningsbakgrunn. I Synovate sin kartlegging av hørselskontaktordningen fra 2010 fremkom det store variasjoner i hørselskontaktens rapporterte stillinger og utdanningsbakgrunn (Sørensen, 2010, s. 31). Ergoterapeut var stillingen med høyest representasjon (34%) i kartleggingen, og også stillingen med høyest representasjon blant denne oppgavens deltakere. Nasjonal retningslinje for ergoterapeututdanning nevner ikke hørsel som et kompetansemål (Forskrift om nasjonal retningslinje for ergoterapeututdanning, 2019, §3). Helsedirektoratets utredning av tilbud til hørselshemmede fra 2020 beskriver også hørselskontaktrollen som et ofte udefinert ansvarsområde, gjerne underlagt ergoterapitjenesten, hvor organisering varierer mellom kommunene, og det ikke foreligger krav om audiologisk kompetanse for rollens innehaver (Helsedirektoratet, 2020, s. 11 & 19). Det trekkes i denne sammenheng også frem at mangel på hørselsfaglig kompetanse i kommunene kan være en utfordring. Allerede i 2002 poengterte regjeringens handlingsplan for helhetlig rehabiliteringstilbud til hørselshemmede at lovpålagte bestemmelser om hørselsrehabilitering ikke er realisert i tilstrekkelig grad, at kommunene har behov for hørselsfaglig kompetanse og veiledning, og at manglende samarbeid og helhetlig perspektiv kan være en årsak til dette (Helse- og omsorgsdepartementet, 2002, s. 29 og 37). Problemet synes likevel reelt, også i dag, over 20 år senere. Variasjonene deltakerne i denne oppgaven beskriver gjenspeiles med andre ord i relevant litteratur.

6.2 Kommunal organisering av hørselsrehabiliterende instanser

Stor variasjon ble også beskrevet av deltakerne i forhold til stillingsprosent og -beskrivelser. I audiografforbundets undersøkelse av kommunal hørselsomsorg i Norge, utført i 2023, svarte 55 av 108 deltakende hørselskontakter at de ikke har en dedikert stillingsprosent til hørsel i sin kommune. Kun 17 deltakere svarte at de har

en stillingsprosent på 50% eller mer, dedikert til hørsel. 69 deltakere svarte også at det ikke finnes en stillingsbeskrivelse som definerer deres ansvarsområde innen hørsel (Audiografforbundet, under utgivelse). Tilsvarende svarte 59% av hørselskontaktene i Synovate sin kartlegging at deres stillingsprosent ikke er avklart, og kun 10% at de hadde en stilling på 50% eller mer (Sørensen, 2010, s. 32). Kun 26% av koordinerende enheter i samme undersøkelse svarte at det foreligger beskrivelse av kommunens rehabiliteringstilbud i plandokumenter (Sørensen, 2010, s. 20). Slik variasjon i kommunal organisering av hørselskontaktordningen blir også beskrevet i Helsedirektoratets utredning av tilbud til hørselshemmede, under delkapitlet "hørselskontakter" (Helsedirektoratet, 2020, s. 11). Her poengteres det også at opplæring og videre kompetanseutvikling skjer gjennom eksterne samarbeidspartnere, men at fokuset først om fremst omhandler det tekniske aspektet. Dette resonnerer i stor grad med funnene gjort i denne oppgaven. Deltakerne i denne oppgaven trakk også frem utfordringene slik variert organisering kan medføre for rehabiliteringen, og for kompetansebygging for og mellom yrkesrollene. Ulik organisering og begrensede krav til forkunnskap virker i noen beskrevne tilfeller å føre til manglende samhandling, og et ulikt fokus i rehabiliteringen som utføres. Deltakerne påpekte hvordan dette går ut over brukerne, og deres utbytte og opplevelse av rehabiliteringen. Helsedirektoratet fikk i samtale med brukere beskrivelser av utrednings- og behandlingsforløp som gjenspeiler disse refleksjonene (Helsedirektoratet, 2020, s. 18). I Riksrevisjonens undersøkelse av rehabilitering i helse- og omsorgstjenestene, ble det funnet at mange kommunalt ansatte føler på en frustrasjon over at kommunene ikke har en felles, velfungerende og mer helhetlig etablert struktur for tilrettelagt samarbeid i den helsefaglige rehabiliteringen (Riksrevisjonen, 2024, s. 103). Deltakerne i denne oppgaven oppfattes å dele denne frustrasjonen i egne beskrivelser.

6.3 Hørselsrehabilitering for bruker/pårørende

Rehabilitering av hørsel handler til syvende og sist nettopp om de hørselshemmede, deres livstilværelse og utfordringer i denne, samt pårørende som tar del i disse. Deltakerne i denne oppgaven poengterte viktigheten av støttespillere for de hørselshemmede, da spesielt eldre, som sliter med å tilegne seg informasjon og de tekniske aspektene av hjelpemiddelstringen. Her vil forskjellen på tilbudet og

hjelpen man kan gi være stor i lys av den kommunale hørselskompetansen. Ochoa fant i sin masteroppgave fra 2014 at hjemmesykepleiere opplevde å i liten grad gi et adekvat tjenestetilbud til hørselshemmede eldre, og at kunnskapsmangel og uoversiktlige samarbeidsforhold ble oppfattet som bakomliggende faktorer for disse manglene (Ochoa, 2014, s. 55-58). I sammenligning av selvrapportert bruk av høreapparater fra HUNT2 og HUNT4, fant Engdahl og Aarhus at å ha støttespillere var en positivt påvirkende faktor for høreapparatbruk og -adopsjon (Engdahl & Aarhus, 2024, s. 9-10). Liknende funn ble gjort i en studie om faktorer relatert til vellykket høreapparatbruk blant eldre, fra 2014. Studien trakk frem støttespillere som en viktig faktor for Eldres suksess med høreapparater (Hickson et al., 2014, s. 24-26). Den positive verdien av støttespillerrollen de rehabiliterende partene kan ha for de hørselshemmede, gjennom god samhandling slik deltakerne i denne oppgaven beskriver, gjenspeiles altså i andre studier. Samtidig etterspørres også et adekvat kompetansenivå på hørsel i kommunene. Videre beskrev deltakerne i oppgaven brukere i mindre kommuner med lang avstand til høre- og/eller hjelpemiddelsentral som helt avhengige av hørselskontakt i oppfølgende rehabiliteringsløp. Dette er beskrivelser som stemmer godt overens med brukeres respons om rehabiliteringstilbud, fra Setesdalprosjektet (Benum et al., 2018, s. 13-14).

6.4 Samarbeid og kommunikasjon blant behandlende parter

Deltakerne trakk frem erfaringer med det de beskrev som mangelfull samhandling. Sentralt i funnene knyttet til mangelfull samhandling var en generell opplevelse av lav grad av kommunikasjonsflyt mellom audiografer og hørselskontakter. I HLF sin kartlegging av høresentralenes samhandling, svarte 12 av 21 (67%) audiografer fra ulike høresentraler at de ikke hadde noen form for samhandling med sine respektive kommuner, til tross for samhandlingsreformens forventninger som trådte i kraft 5 år før (Birkeland, 2017, s. 7). I en kartlegging av det kommunale tilbudet til hørselshemmede, publisert av Oslo Economics i 2019, besvart av omkring 150 hørselskontakter, ble det beskrevet hvordan deres samarbeid med lokale høresentraler var. Selv om 86% svarte at et samarbeid mellom høresentraler eksisterer i deres kommune, så svarte kun 50% at denne samhandlingen var god. Tilsvarende svarte 13% at samhandlingen var svært dårlig, og 5% at den var totalt

manglende. I den samme kartleggingen svarte de aller fleste høresentraler at pasienters epikrise eller informasjon ikke ble sendt til hørselskontakter (Oslo Economics, 2019, s. 26-27). Variasjonen som fremkommer i disse rapportene resonnerer i stor grad med erfaringer deltakerne i denne oppgaven formidlet.

Deltakerne i denne oppgaven beskrev i tilfeller av mangelfullt samarbeid at ansvarsområder innenfor rehabiliteringen kan være uklare. Riksrevisjonen fant at over 20% av kommunene mente det er vanskelig å få til godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten om rehabiliteringspasienter, og omkring 40% av kommunene inkludert i undersøkelsen mente ansvarsforholdet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er uklart (Riksrevisjonen, 2024, s. 81). Liknende funn reflekteres i funn fra Oslo Economics og Helsedirektoratet, av blant annet høresentralers meninger om enkelte arbeidsoppgavers relevans i spesialisthelsetjenesten (Oslo Economics, 2019, s. 22). Dette inkluderer lite kompliserte "service" oppgaver og praktisk bistand, som hjelp til påsetting og bruk av høreapparat, samt bytting av batteri og vedlikehold. Mange høresentraler svarte at de savner slik kompetanse nærmere pasientene i kommunen, og at slike tjenester tar opp tid og rom når det egentlig kunne blitt gjennomført på et lavere tjenestenivå (Helsedirektoratet, 2020, s. 18-20). Slik kommunal kompetanse ble også beskrevet som verdifull, og tidvis mangelfull, av deltakerne i denne oppgaven.

Deltakerne i dette prosjektet trakk også frem erfaringer med vellykket samhandling blant audiografer og hørselskontakter. En deltaker fortalte at pågang mot høresentral er merkbart mindre fra kommunene hvor samarbeidet og kommunikasjonen mellom audiograf og hørselskontakt er tett, og at kompetansenivået dermed styrkes. I Setesdalprosjektet ble det funnet at å øke audiologisk kompetanse i kommunene, gjennom å ansette en interkommunal audiograf i en delstilling mellom høresentralen og kommunale tjenester, kan hjelpe pasienter med et bistandsbehov raskere og mer effektivt (Benum et al., 2018, s. 15-17). Her ble det også gitt tilbud om "skulder-til-skulder" hospitering for hørselskontaktene, som fikk mulighet til å delta i den ambulerende behandlingen (Benum et al., 2018, s. 15). Slike former for hospitering ble også nevnt av deltakerne i denne oppgaven som noe flere hadde erfaring med. Det ble beskrevet som en god mulighet, for uerfarne hørselskontakter, til å få innsikt og kompetanseøkning og til å knytte bånd med audiograf i sitt område.

6.5 Veien mot en bedre hørselshelsetjeneste

Variierende tilbud i hørselsrehabiliteringen, på bakgrunn av geografiske forskjeller, var et tema flere deltakere fortalte om utfordringer rundt. Deltakerne var enige om at en velfungerende hørselskontaktordning, som samhandler godt med audiograf, kan være en vesentlig motvirkende faktor for tilbudsforskjellene slik variasjon kan skape. I denne sammenheng beskrev også en av oppgavens deltakere arbeid i ambulerende stilling som audiograf, og hvordan en slik stilling kan avhjelpe effekten av store avstander for pasienter, gjennom å tilrettelegge for større grad av samarbeid med kommunale tjenesteytere. Helsedirektoratets utredning av landets tilbud til hørselshemmede uttrykker at hørselsfaglig kompetanse nært tilgjengelig og tett på pasientene i sine hjemkommuner er viktig for pasienter som har problemer med å reise langt (Helsedirektoratet, 2020, s. 4). Utredningen påpeker et nåværende mangelfullt og ulikt tilbud for pasienter, avhengig av bosted og funksjonsnivå, samt lite grad av samhandling mellom ulike aktører som hørselskontakter og audiografer (Helsedirektoratet, 2020, s. 18). I lys av et mål om likeverdig tilgang på helse- og omsorgstjenester for alle, i tillegg til den kommende eldrebølgen og behovet for lett tilgjengelige rehabiliterende tjenester (Meld. St. 9, 2023-2024, s. 8), er denne problematikken relevant. Helsedirektoratets utredning anbefaler imidlertid ikke å ansette audiografer på fulltid i kommunale stillinger for å øke den kommunale kompetansen. Det foreslås heller å opprette flere ambulerende stillinger for audiografer på landsbasis, spesielt der det er mest behov, samt å utvikle veiledningsmaterieil for å styrke relevante kommunale tjenesteytere og tilknytte hørselskontakter organisatorisk til helsestasjoner (Helsedirektoratet, 2020, s. 42-43). Ønsket om å forsterke hørselskontaktrollen resonnerer i denne oppgavens funn gjennom en enighet om at hørselskontakter, som stiller sterkere i sin rolle når de har god kompetanse og samhandling med audiografer, bidrar til et styrket kommunalt rehabiliteringstilbud.

Deltakerne i denne oppgaven reflekterte rundt digitale løsninger for enklere informasjonsdeling om pasienters behov og behandling mellom høreentral og kommunen. Deltakere så stor gevinst i tanken om å effektivisere og senke terskelen for informasjonsformidling. I HLFs samhandlingsprosjekt fra 2023 gjenspeiles dette uttrykte behovet i bedringen av samhandlingsgrad og -kvalitet. For bedre

kommunikasjonsmuligheter ble det i løpet av prosjektet opprettet muligheter til å kommunisere på tvers av journalsystemer blant tjenesteytere (Solheim, 2023, s. 10). Oslo Economics avdekket også i sine funn at hørselskontakter i begrenset grad mottar epikrise fra audiografer etter at pasienter har vært inne til behandling. I nåtid eksisterer det ingen tilrettelagt måte å sende slik informasjon mellom aktørene (Oslo Economics, 2020, s. 39). I regjeringens nye helse- og samhandlingsplan heter det seg at digital samhandling skal prioriteres og tilrettelegges i de neste fire årene, for å tilrettelegge for gode pasientforløp og enklere arbeid for fagfolk (Meld. St. 9, 2023-2024, s. 142-144). Digital samhandling og informasjonsdeling er således et forbedringspotensial som gjenspeiles fra landets helsevesen.

Et fokus på synlighet og bevissthet rundt hørselsproblematikk var vesentlig blant funnene i denne oppgaven. Deltakerne mener at en mangel på kunnskap og bevissthet rundt hørsel, og viktigheten av hørselsrehabilitering, preger samfunnets befolkning og ledelse, noe som igjen resulterer i lav prioritering av relevante tjenesteytende roller i organiseringen. I HLFs prosjekt om lavterskeltilbud for hørselshemmede ble det konstatert at fremlagt forslag til budsjettering og organisering/bemanning, med mål om å utvikle bedre service på hørsel, ble møtt med interesse og velvilje fra kommunal ledelse. Til tross for dette var det ikke øremerkede økonomiske midler fra staten til disse formålene, og Samhandlingsreformen definerer ingen konkrete forslag til hva kommunens rolle og ressursbruk burde være (HLF Briskeby, 2019, s. 7-8). Lavterskeltilbudet lot seg dermed ikke realisere slik prosjektet så for seg. I Riksrevisjonens datainnsamling, gjennom samtaler med både kommunalt ansatte og spesialisthelsetjenesten, ble årsaker til hvorfor pasienter ikke får helhetlige og koordinerte rehabiliteringsforløp drøftet. Et av punktene som ble tatt opp var at koordinerende virkemidler og roller ikke eksisterer eller fungerer intensjonelt, og at det mange steder er for lite tid avsatt til helsepersonell slik at de kan koordinere pasienters oppfølging selv. Dette ble drøftet å være et resultat av ulike kulturer i forskjellige deler av tjenesten, og at ledelsen potensielt ikke har tatt innover seg kompleksiteten av koordineringsarbeid (Riksrevisjonen, 2024, s. 85-86). Dette samsvarer med denne oppgavens funn om at det innenfor området hørsel er et behov for synliggjøring av, og bevisstgjøring om, verdien av samhandling mellom tjenestenivåene.

7. Metodekritikk

I kvalitative studier, og således i en fenomenologisk fokusgruppeintervjustudie, er forskeren i seg selv et redskap for funnene som gjøres, gjennom observasjon og fortolkning av studiens deltakere. Dette er ikke noe som betegnes som en svakhet, men forskernes fortolkning nevnes likevel innledningsvis i dette delkapitlet, da det ikke kan utelukkes at utsagn har blitt fortolket ulikt fra det deltakerne mente å formidle.

7.1 Rekrutteringsprosessen

Rekruttering av deltakere til oppgavens studie ble utført med ulike former for digital korrespondanse ut mot hørselshelsetjenesten og landets hjelpemiddelsentraler. I bruk av eget nettverk fra forskernes side, for å oppnå videre kontakt ut mot aktuelle instanser, kan informasjon ha blitt forenklet eller mangelfullt formidlet. Forskerne hadde ikke selv full kontroll over hva som ble delt og videresendt. Et fokus på tydeliggjøring og verifisering av mottatt informasjon blant mulige deltakere kunne blitt gjort i enda større grad fra forskernes side. Disse forholdene kan vurderes som svakheter ved den gjennomførte rekrutteringsprosessen.

7.2 Strategisk utvalg

Gitt at det kun finnes noen hundre audiografer og hørselskontakter på landsbasis, var utvalget av mulige deltakere begrenset for studien. Dette bidro til å gjøre det utfordrende å foreta en grundig, strategisk utvelgelse. Utvelgelsesprosessen ble ytterligere påvirket av at det var vanskelig for forskerne å finne kandidater som både var interesserte nok i og hadde tid til å bidra i studien. Utover interesse og tid til deltakelse, ble deltakerutvalget kun begrenset av enkle krav til yrkesansiennitet. Dette kan betraktes som en svakhet ved studien.

7.3 Datastyrke og validitet

Begrensninger av deltakergruppen både i størrelse og sammensetning kan ha gitt en vesentlig bias og gjort det vanskeligere å utlede generelle men viktige funn. Oppgaven har et fokus på individuelle tanker og erfaringer om fenomenet samhandling innenfor hørselsrehabiliteringsfeltet. Funnene søker ikke å være representative for de helhetlige yrkesgruppene som oppfatter fenomenet, men

snarere å avdekke ny kunnskap gjennom individers refleksjoner om fenomenet. Deltakerutvalgets relevans i forhold til problemstillingen vil kunne påvirke sannsynligheten for at ny kunnskap kan avdekkes (Malterud, 2012, s. 133). Alle intervjudeltakerne i oppgavens studie ble vurdert av forskerne til å ha bakgrunn og erfaring med høy grad av relevans for oppgavens tema og problemstilling, ut fra deres egne redegjørelser. Fokusgrupper rekrutterer likevel ofte deltakere som har en spesielt høy interesse i og for et prosjekts tema (Malterud, 2012, s. 133), og dermed en mulig minoritet med sterke meninger. Dette trenger ikke anses som en ulempe, men er likevel noe som bør nevnes og overveies i bedømmelsen av datamaterialets relaterbarhet og validitet for andre individer i samme yrkesrolle.

7.4 Gjennomføring av intervju

Fokusgruppeintervju utføres tradisjonelt sett fysisk (Falter et al., 2022, s. 2). For å få gjennomført intervju innenfor prosjektets tidsramme, med de aktuelle deltakerne, var det imidlertid kun mulig å samle disse digitalt. Med digitale intervjuer på eksempelvis Microsoft Teams ligger det utfordringer i å skape nærhet som åpner for god samtaleflyt. Tekniske problemer som påvirker signal og lyd kan også gi uønskede negative effekter i forhold til informasjonsmengde og -kvalitet (Falter et al., 2022, s. 14). Flere studier (Greenspan et al., 2021, s. 90; Falter et al., 2022, s. 18-21; Halliday et al., 2021, s. 5) har likevel vist at heldigital gjennomføring av fokusgrupper kan gi like gode resultater som fysiske, gitt at det tas tilstrekkelig høyde for den digitale gjennomføringens potensielle utfordringsmomenter. Forskerne opplevde i denne oppgaven stor grad av engasjement og svarfyldighet fra deltakerne, og det er vanskelig å si noe om hvorvidt fysisk gjennomføring ville produsert et datamateriale med høyere kvalitet. I forhold til innsamling av datamateriale må det likevel nevnes at ingen av prosjektets forskere hadde tidligere erfaring med fokusgrupper som forskningsmetode, eller gjennomføring og moderering av et fokusgruppeintervju. Mye arbeid ble lagt inn i forberedelsene, og intervjuguide ble diskutert og revidert flere ganger før datainnsamling. Et digitalt pilotintervju ble også gjennomført. Dette ga forskerne rom for erfaringsdannelse og refleksjon om utførelse, før det faktiske datainnsamlende intervjuet. Likevel kan det ikke utelukkes at forskernes begrensede kunnskap og erfaring med metoden kan ha medført metodiske mangler eller feil i gjennomføringen. Dette er dermed å betrakte som en mulig svakhet i oppgaven.

7.5 Homogenitet og forskningseffekten

En fokusgruppe med høy grad av homogenitet kan styrke gruppedynamikken, og føre til at deltakerne identifiserer seg meg og gjenkjenner seg i andres utsagn og erfaringer. Det kan også føre til redusert uenighet og konflikt i gruppen (Malterud, 2012, s. 44). Mennesker kan også oppføre og uttale seg annerledes enn de ellers ville gjort, når de er bevisst at det de sier og gjør observeres (Dalland, 2017, s. 119). Denne såkalte forskningseffekten kan også forekomme hos deltakere i et forskningsintervju. Forskerne kan ikke utelukke at deltakerne i studien har blitt påvirket av forskningseffekten, eller hverandre, i et ønske om å gi “passende” eller “ukontroversiell” respons på temaene, eller respons som resonnerer med andre deltakers utsagn. Forskerne la stor vekt på å formidle at deltakernes egne tanker og erfaringer var det prosjektet var ute etter, og mange ulike erfaringer og tanker, både gode og dårlige, ble delt. Med bakgrunn i dette anser forskerne deltakernes utsagn som troverdige og valide, og således også oppgavens resultater som valide i beskrivelsen av deltakernes individuelle refleksjoner om samhandling i hørselsomsorgen.

7.6 Analysen

Analysen av oppgavens datamateriale ble gjennomført i tråd med metodelitteraturen. Det bør likevel nevnes at analyseprosessen, som et resultat av de store forsinkelsene rundt deltakerrekruttering og datainnsamling, har måttet utføres i et litt høyt tempo. Dette har gitt mindre rom for forskerne til å la funn og temaer synke inn i bearbeidelse og analyseprosessen. I kombinasjon med at forskerne heller ikke hadde tidligere erfaring med å utføre tematisk analyse med systematisk tekstkondensering før dette prosjektet, bør analysen betraktes som en potensiell svakhet i oppgaven.

8. Konklusjon

Denne oppgaven ønsket å undersøke hva som karakteriserer samhandlingen mellom audiografer og hørselskontakter. Funn fra studiens deltakere viser at denne samhandlingen karakteriseres av variasjon. Her beskrives variasjoner i kommunal organisering og hørselsfaglig kompetanse, som skaper et sprik, hvor alt fra svært

vellykket og produktiv, til mangelfull og lav grad av samhandling foregår mellom primær- og spesialisthelsetjenesten i ulike kommuner.

Deltakerne så stor gevinst i god samhandling, og står sterkt i troen på at god samhandling kan føre til et sterkere og mer effektivisert rehabiliteringstilbud for hørselshemmede pasienter, og deres pårørende. Tilrettelagt kommunikasjon og informasjonsdeling anses av studiens deltakere som vesentlig for å kunne utføre slik samhandling, og vil kunne medbringe økt forståelse og kunnskap om hva de andre partene gjør og kan. Synliggjøring av hørsel, også på et ikke-faglig nivå, ble beskrevet som et ideal for styrking av hørselsrehabiliteringen, gjennom ringvirkningene dette kan ha på organiserende ledd. God samhandling mellom rehabiliterende parter ble også beskrevet som en potensielt positivt medvirkende faktor for kompetanseheving og mestring blant yrkesgruppene. Dette vurderes derfor også å være av stor verdi for utøvende helsepersonell. Forskerne mener derfor at studiens funn har en høy grad av relevans for hørselsomsorgens organisering og fremtid.

Utvalget i oppgavens studie er kun en liten håndfull fagfolk fra et større fagfelt. Omfanget av forskning på samhandling i den norske hørselsomsorgen kan også kun beskrives som lavt. Forskerne ser her et stort behov for videre forskning på samhandlingen, hvor det vil være ønskelig at representasjon fra flere instanser, eksempelvis NAV hjelpemiddelsentral og HLF, inkluderes.

Referanser

- Audiografforbundet. (under utgivelse). *Undersøkelse av kommunal hørselsomsorg i Norge*. Fagbladet Audiografen.
- Benum, E., Knudsen, O. J., Skretteberg, G. (2018). *Styrket rehabiliteringstilbud til hørselshemmede i kommunene*. LMT Setesdal. Hentet 12. oktober 2023 fra <https://img2.custompublish.com/getfile.php/4282496.1622.77w7sawuaqqsb7/Sluttrapport+fra+pilotprosjekt+-+Styrket+rehabiliteringstilbud+til+h%C3%B8rselshemmede+i+kommunene+19-02-18.pdf?return=www.e-h.kommune.no>
- Birkeland, S. (2017). *Hørselssentralenes Samhandling*. Hørselshemmedes landsforbund.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal.
- Engdahl, B., & Aarhus, L. (2024). *Prevalence and predictors of self-reported hearing aid use and benefit in Norway: the HUNT study*. BMC Public Health, 24(1), 474. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-17852-z>
- Falter, M., Arenas, A. A., Maples, G. W., Smith, C. T., Lamb, L. J., Anderson, M. G., ... Wafa, N. Z. (2022). *Making Room for Zoom in Focus Group Methods: Opportunities and Challenges for Novice Researchers (During and Beyond COVID-19)*. Forum Qualitative Sozialforschung Forum: Qualitative Social Research, 23(1). <https://doi.org/10.17169/fqs-23.1.3768>
- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid*. (LOV-2011-06-24-29). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2011-06-24-29>
- Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. (FOR-2011-12-16-1256). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2011-12-16-1256>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for audiografutdanning. (2020). *Forskrift om nasjonal retningslinje for audiografutdanning*. (FOR-2020-01-03-23). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2020-01-03-23>

Forskrift om nasjonal retningslinje for ergoterapeututdanning. (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for ergoterapeututdanning*. (FOR-2019-03-15-413).

Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-413>

Greenspan, S. B., Gordon, K. L., Whitcomb, S. A., & Lauterbach, A. A. (2021). *Use of Video Conferencing to Facilitate Focus Groups for Qualitative Data Collection*. *American Journal of Qualitative Research*, 5(1), 85-93.

<https://doi.org/10.29333/ajqr/10813>

Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper* (1. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.

Halliday, M., Mill, D., Johnson, J., & Lee, K. (2021). *Let's talk virtual! Online focus group facilitation for the modern researcher*. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 17(12), 2145-2150. [10.1016/j.sapharm.2021.02.003](https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2021.02.003)

[10.1016/j.sapharm.2021.02.003](https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2021.02.003)

Helsedirektoratet. (2020). *Utredning av tilbud til hørselshemmede*. Helsedirektoratet. Hentet 19. september 2023 fra

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utredning-av-tilbud-til-horselshemmede>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2002). *Et helhetlig rehabiliteringstilbud til hørselshemmede*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/et-helhetlig-rehabiliteringstilbud-til-h/id102041/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Samhandlingsreformen - Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak - Nasjonal veileder*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-sam/nasjonale-veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

- Hennink, M., & Kaiser, B. N. (2022). *Sample sizes for saturation in qualitative research: A systematic review of empirical tests*. *Social Science & Medicine*, 292. [10.1016/j.socscimed.2021.114523](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114523)
- Hickson, L., Meyer, C., Lovelock, K., Lampert, M., & Khan, A. (2014). *Factors associated with success with hearing aids in older adults*. *International journal of audiology*, 53(sup1), S18-S27. [10.3109/14992027.2013.860488](https://doi.org/10.3109/14992027.2013.860488)
- HLF Briskeby. (2019). *Lavterskeltilbud hos hjelpemiddelsentral*. Hørselshemmedes landsforbund. Hentet 21. oktober 2023
<https://damnett.no/internal/rest/public/attachments/80897854>
- HLF Molde. (2014). *Romsdalsmodellen - ei interkommunal audiofagleg teneste - Ein modell i tråd med Samhandlingsreforma og Folkehelsemeldinga*. Hørselshemmedes landsforbund.
- HUNT Research Centre. (2019). *The HUNT4 survey*. Hentet 15. april 2024 fra <https://hunt-db.medisin.ntnu.no/hunt-db/survey/NT4>
- Malterud, K. (2002). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning–forutsetninger, muligheter og begrensninger*. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
<https://tidsskriftet.no/2002/10/tema-forskningsmetoder/kvalitative-metoder-i-medisinsk-forskning-forutsetninger-muligheter>
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag* (1. utg.). Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- McPake, B., & Mills, A. (2000). *What can we learn from international comparisons of health systems and health system reform?*. *Bulletin of the World Health Organization*, 78, 811-820. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10916918/>

- Meld. St. 9 (2023-2024). *Nasjonal helse- og samhandlingsplan*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20232024/id3027594/>
- NAV. (u.å.) *Informasjon om hjelpemidler og tilrettelegging*. Hentet 26. april 2024 fra
<https://www.nav.no/no/person/hjelpemidler/hjelpemidler-og-tilrettelegging>
- NAV Kunnskapsbanken. (u.å.) *Tilrettelegge for hørselsvansker i hjem og fritid*.
Hentet 24. april 2024 fra
<https://www.kunnskapsbanken.net/horsel/tilrettelegge-for-horselsvansker-i-hjem-og-fritid/#tilrettelegging>
- NTNU. (u.å.). *Læringsmål for Bachelor i audiologi*. Hentet 23. april 2024 fra
<https://www.ntnu.no/studier/hsgaub/laeringsmal>
- Nødland, S. I., & Rommetvedt, H. (2019). *Samhandlingsreformen i helsevesenet: Statlige insentiver og kommunale virkninger*. Tidsskrift for samfunnsforskning, 60(2), 166-188. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-291X-2019-02-03>
- Ochoa, S. M. R. (2014). *Hjemmeboende eldre med hørselstap-ivaretatt eller ignorert? Hjemmesykepleiens møte med eldre hørselshemmede* [Masteroppgave]. Universitetet i Oslo.
<https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/40527/MasteroppgaveISPSandraMicheleRoldanOchoa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Oslo Economics. (2019). *Kartlegging av tilbudet til hørselshemmede i kommunene med vekt på den eldre befolkningen* (Utredning for Helsedirektoratet). Oslo Economics.
- Postholm, M. B. (2010). *Kvalitativ metode: En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse - kvalitative metoder i samfunnsfag*. Universitetsforlaget.

Riksrevisjonen. (2024). *Riksrevisjonens undersøkelse av rehabilitering i helse- og omsorgstjenestene* (Dokument 3:12). Riksrevisjonen. Hentet 14. april 2024 fra <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2023-2024/rehabilitering-i-helse-og-omsorgstjenestene/>

Sikt. (u.å.). *Informasjon til deltakarane i forskningsprosjekt*. Hentet 13. januar 2024 fra <https://sikt.no/tjenester/personverntjenester-forskning/fylle-ut-meldeskjema-personopplysninger/informasjon-til-deltakarane-i-forskningsprosjekt>

Solheim, J. (2023). *Samhandling om kommunal hørselsomsorg* (2020/HE2-336947). Hørselshemmedes Landsforbund. Hentet 25. oktober 2023 fra <https://damnett.no/internal/rest/public/attachments/123080371>

St. Meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Sørensen, L. B. (2010). *Kartlegging av hørselskontaktordningen*. Synovate.

Tye-Murray, N. (2020). *Foundations of aural rehabilitation: Children, adults, and their family members* (5. utg.). Plural Publishing.

Willumsen, E. & Ødegård, A. (2016). *Tverrprofesjonelt samarbeid – et samfunnsoppdrag* (2utg.). Universitetsforlaget.

Vedlegg

Vedlegg 1 - Rekrutterings e-post, eksempler

E-post til Audiograf/Hørselskontakt:

Er du en audiograf eller kommunal hørselskontakt, med engasjement for jobben du gjør og erfaringer du vil dele? Da søker vi deg!

Dette er et spørsmål til deg om å delta i vår bacheloroppgave. Vi ønsker å invitere til et fokusgruppeintervju omhandlende temaer rundt samhandling mellom audiografer og hørselskontakter. Dette intervjuet blir gjennomført med rundt 6-8 deltagere, digitalt, og vil vare i omkring 2 timer. Er du interessert i mer informasjon om hva dette går ut på? Et infoskriv om prosjektet befinner seg i vedleggene på denne e-posten, hvor man kan finne informasjon om oppgaven. I det samme skrevet er det også inkludert et samtykkeskjema som må signeres og sendes i retur til oss om du er interessert i å delta. Vi håper å høre fra deg!

Med vennlig hilsen,

3.årsstudenter ved Audiologi
NTNU

E-post til Hjelpemiddelsentraler:

Vi er to tredjeårsstudenter ved audiologi, NTNU Trondheim, som for tiden jobber med bacheloroppgaven vår. I denne forbindelse ønsker vi å gjennomføre et fokusgruppeintervju om samhandling mellom audiografer og hørselskontakter fra rundt om i landet. Å oppdrive kontaktinformasjon for hørselskontakter er imidlertid vanskelig, og vi håper derfor å henvende oss via hjelpemiddelsentralen for å etterspørre om dere har mulighet til å meddele kontaktinformasjon for aktuelle deltakere i deres område?

Om det er mulig ønsker vi å snakke med hørselskontakter som har jobbet i rollen noen år, er opptatt av jobben de gjør og dermed ønsker selv å snakke om temaet. I

forhold til hvor stor del av deres stillingsprosent hørselskontaktrollen opptar, har vi ingen krav, og ser gjerne representasjon fra både store og små stillingsprosjekter. Om det er kjennskap til slike individer dere vet eller tror kunne passet, hadde det vært utmerket. Har dere spørsmål er det bare å henvende seg til oss, eller vår veileder.

Vennlig hilsen,

3.årsstudenter ved Audiologi

NTNU

Vedlegg 2 - Oversikt over prosjektets deltakere

Deltaker og yrkesrolle:	Enkel bakgrunn:
<u>Hørselskontakt 1</u> : Jobber som syns- og hørselskontakt i kommune, i 100% stilling, og med 50% fordeling mellom hver delstilling.	Bakgrunn som sykepleier. Beskriver jevnt samarbeid med audiografer i sin kommune, og å ha god kommunikasjon med disse.
<u>Hørselskontakt 2</u> : Jobber som syns- og hørselskontakt i kommune, i 80% stilling. Omtrent lik fordeling mellom hver av delstillingene tidsmessig.	Bakgrunn som ergoterapeut. Beskriver å motta mange henvisninger fra audiografer, både offentlig og privat sektor, men kommuniserer ikke så mye tilbake til det kliniske. Beskriver kontakten som enveis, og samarbeider mer med hjelpemiddelsentral.
<u>Hørselskontakt 3</u> : Jobber som kommunal ergoterapeut i 100% stilling. Beskriver hørselskontaktrollen som en del av diverse oppgaver vedkommende har i sin stilling, men uten definert prosent.	Bakgrunn som ergoterapeut. Beskriver tett kontakt med lokale instanser, både høresentral, NAV og tidvis HLF.
<u>Audiograf 1</u> : Jobber som ambulerende audiograf for sykehus, i 100% stilling. Jobber dermed hovedsakelig med pasienter utenfor høresentralen.	Ambulerer til totalt 8 kommuner, og beskriver et tett samarbeid med hørselskontakter i flere av disse, men ikke alle.
<u>Audiograf 2</u> : Jobber som audiograf på sykehus, i 100% stilling.	Beskriver varierende grad av samarbeid og kommunikasjon med de forskjellige hørselskontaktene i kommunene tilknyttet sykehuset.

Vedlegg 3 - Intervjuguide

Introduksjon:

Intervjustart:

Vi introduserer oss selv og prosjektet, og plan for dagens gjennomføring.

- Vi gjentar nå at dette intervjuet blir tatt opp og lagret med hensyn til personvern.
- Spørsmål fra deltakerne før vi starter?

Bakgrunnsinformasjon:

Alle deltakere introduserer seg selv med:

- Navn og område
- Formell kompetanse og relevant yrkeserfaring

Hoveddel:

Tema: Yrkesrollen

Det første temaet vi ønsker å ta opp er 'yrkesrollen'. Vi vil gjerne høre litt om hvordan dere forstår både deres egen og andres rolle og arbeidsoppgaver. Derfor vil vi starte med at dere beskriver hverandres yrkesrolle, slik du spesifikt oppfatter den.

1. Vi spør audiografene: Hvordan forstår du rollen og de daglige arbeidsoppgavene til en hørselskontakt?

- Hørselskontaktene: Definerer egen rolle
 - Er du enig i det som har blitt sagt?
 - Mengde hørselsrelatert arbeid i hverdagen for hørselskontaktene?
 - Har du en stillingsbeskrivelse som definerer dine arbeidsoppgaver i HK rollen?

2. Vi spør hørselskontaktene: Hvordan forstår du rollen og de daglige arbeidsoppgavene til en audiograf?

- Audiografene: Definerer eget yrke
 - Er du enig i det som har blitt sagt?
 - Hvor ofte bruker/henviser du til HK i videre oppfølging av pasient?

3. Hva gir deg mestringsfølelse i jobben?

- Hva føler du at du lykkes med?
- Føler du på rom for forbedring?
 - Forbedring i form av samhandling/tverrfaglig samhandling?

Tema: Samhandling og det kommunale tilbudet

Når vi nå har snakket litt grunnleggende om jobben deres, beveger vi oss inn mot det som jo er hovedfokuset i dag, nemlig samhandling mellom yrkesgruppene. Og da spesielt på det kommunale plan. Et godt sted å begynne kan være å snakke litt om 'god samhandling' konseptuelt. Vi har sikkert alle noen felles forståelser av hva samhandling er, men ulike yrker, roller og behov kan likevel skape nyanser. Derfor vil vi spørre dere:

4. Kan du beskrive hvordan god samhandling ser ut for akkurat deg?

5. Hvilken verdi har samhandling for at du kan utføre jobben din best mulig?

6. Har du noen typiske situasjoner du møter i daglig arbeid hvor du tenker at samhandling mellom behandlende parter er ønskelig?

- Beskrive spesifikke eksempler, dele erfaringer
- Samhandling mellom audiograf og hørselskontakt? Flere involverte ledd/partner?

7. I hvilken grad forekommer slik samhandling mellom audiograf og hørselskontakt i praksis etter din erfaring?

- Fortell om tilrettelegging og frekvens av samhandling mellom partene i din kommune?
- Eksempler på unike ordninger/løsninger på dette de kjenner til?
- Tanker om hvordan samhandling kan kultiveres/motiveres frem i økt grad?
- Hvor fornøyd er du med det hørselsrehabiliterende tilbudet i din kommune?

8. Har du noen tanker om tiltak som kan løfte frem, eller senke terskelen, for samhandling på kommunalt nivå?

- Tanker om andre løsninger som er mer hensiktsmessige/gjennomførbare?
- Fordeler, utfordringer, ulemper?
- Kan samhandling nå et metningspunkt og bli overflødig?
- Tanker om å styrke den kommunale hørselskompetansen?

Tema: Om det norske hørselsfeltet

9. Hvilket inntrykk har du av hvordan holdningene til, og forståelsen av, den motsatte arbeidsgruppen (audiograf/hørselskontakt) er innad i feltet?

- Eget og andres inntrykk, relasjoner, etc?

Tema: Andre tanker

10. Er det andre ting utover det vi har snakket om i dag som du føler har betydning for hørselsfaglig samhandling på kommunalt nivå?

- Behovsnivået for hørselskontakt(er) i ditt/deres område?
 - Populasjon, aldersgrupper, institusjoner som trekker hørselshemmede?
- Inntrykk og opplevelse av audiologisk opplæring/kursing?
 - Antall timer med kurs, mulighet til å oppsøke/spørre om faglig hjelp utover disse?

Avslutning:

- Vi oppsummerer samtalen
- Spørsmål til oss fra deltakerne før vi avslutter?
- Vi takker for deltakelsen!

Vedlegg 4 - Analyseeksempel

Datamaterialet som legges frem i dette vedlegget har som formål å demonstrere hvordan forskerne analyserte datamaterialet. Det representerer et begrenset utvalg av det helhetlige datamaterialet, og det eksemplifiserende datautvalget ble ikke alene brukt for å trekke konklusjoner for prosjektet.

Steg 1

Det transkriberte gruppeintervjuet ble lest av de individuelle forskerne, som gjennom denne prosessen noterte ned ulike temakoder for relevante utsagn i intervjuets dialog.

Steg 2

Temakodene fra steg 1 ble deretter revidert og omformulert til hovedtemaer gjennom felles diskusjon. Her er en oversikt over de fem hovedtemaene som ble brukt i analysen:

- Arbeidsoppgaver og yrkesrollen
- Kommunal organisering av hørselsrehabiliterende instanser
- Hørselsrehabilitering for bruker/pårørende
- Samarbeid og kommunikasjon blant behandlende parter
- Veien mot en bedre hørselshelsetjeneste

Steg 3

Alle de meningsbærende enhetene (utsagn med relevans for oppgavens problemstilling) ble så gitt en tilhørighet til ett av disse hovedtemaene. Tekst som forskerne ikke anså som meningsbærende ble ekskludert fra videre analyse. Et eksempel fra intervju er gitt under, for å vise hvordan kategorisering foregikk.

Audiograf 2 - 1:40:35

Ja, veldig enig med deg. Altså mitt inntrykk av det inntrykket audiografene generelt har av hørselskontakten er at jeg tror de fleste er veldig glad for at de finnes, og at de bidrar stort til vår arbeidshverdag og pasientene sin hverdag, ikke minst. Og så er det også selvfølgelig, den der varierende kvaliteten da ikke sant? Men der også er det veldig stor forståelse for at de hørselskontaktene som kanskje ikke, ja som

har fått kastet på seg en sånn stilling på toppen eller en prosent i stillingen sin på toppen av alt annet? Har kjempedårlig tid, aldri får tid til å sette seg inn i det, så det er det veldig stor forståelse for også.

Steg 4

Alle meningsbærende enheter fra datamaterialet ble så samlet under tilhørende hovedtema, og helhetlig gjennomgått i fellesskap.

Hovedtema: Samarbeid og kommunikasjon blant behandlende parter

Hørselskontakt 3: “Og så er samarbeidspartnerne, både høresentral, audiograf og hjelpemiddelsentral, viktig for oss. I tillegg til godt samarbeid med kommunale hjelpemiddelteknikere. Det er også en sånn kjempeviktig nøkkelrolle oppi det her arbeidet når man skal montere opp og få ut varene som er bestilt opp.”

Audiograf 2: “... vi har lært litt hva hørselskontaktene ønsker etterhvert etter å ha fått litt bedre dialog med dem, sånn at vi kan klare å sende bedre henvisninger, og mer utfyllende og med audiogram og alle de tingene der.”

Hørselskontakt 2: “Det kommer jo inn mye henvisning til meg fra audiograf både på sykehuset, på hørselssentralen og privat, i tillegg til at folk kan ringe inn og henvise seg selv da, gitt utfordringer man har...”

Steg 5

Etter gjennomgang av hovedtemaer ble alle meningsbærende enheter diskutert, og videre kategorisert inn i undertemaer. Hver enhet ble gitt en kort oppsummering i form av en kommentar. Eksempel på meningsbærende enheter kategorisert til et undertema, og tilhørende kommentar vises under:

Hovedtema: Veien mot en bedre hørselshelsetjeneste Undertema: Hindere/utfordringer for bedre/mer effektiv samhandling	Kommentar:
Audiograf 1: “... tror det var “navn” som nevnte det, og det fikk meg til å tenke på at en stor utfordring som vi	Utfordring med underrapportering av

har er underrapportering av de oppgavene som faktisk blir gjort og som trengs å gjøres. Det har vi veldig fokus på i vår avdeling at vi skal dokumentere alt.”	utført arbeid, og videre behov
Hørselskontakt 1: “Så det er liksom administrering og tidsbruk og ressurser som aller mest egentlig [har behov for forbedring]. Man er jo tynt og kluten er ganske støvete. Den er vridd ganske mange ganger for å få det best mulig til da.”	Ressursmangler og tidsbruk gir store utfordringer
Hørselskontakt 2: “... mye av det som blir nevnt her med avklaring på hvilken rolle man har og hvor lett det er å komme i kontakt med hverandre i de ulike tjenestene ... Så er det jo enkelte oppgaver som er kanskje litt sånn flytende også.”	Utydelige roller og ansvarsområde mellom hørselskontakt og audiografer

Steg 6

Alle meningsbærende enheter i hvert undertema ble så diskutert, og omformulert til “funn tilhørende hovedtema”. Etersom intervjudeltakerne alle hadde unike standpunkt med bakgrunn i egne arbeidsoppgaver og yrkesrolle, ble deltakernes oppfattede enighet på utsagn fra andre deltakere, og likhetstrekk mellom utsagn, vektlagt som faktorer for hvorvidt funn gjaldt og gjenspeilet én eller flere deltakeres meninger og erfaringer. Eksempler på funn fra hovedtemaet “**Kommunal organisering av hørselsrehabiliterende instanser**” vises under:

- Samtlige hørselskontakter beskrev at stillingsbeskrivelser og -prosenter har stor variasjon mellom kommunene
- Flere deltakere forteller om ulik bakgrunn for innehavere av hørselskontaktrollen, både ergo, sykepleier og audiograf
- To deltakere beskriver at fylkesendringer har påvirket lokale hørselstilbud og avstander til hjelpemiddelsentral negativt
- Hørselskontaktene mener at rollen deres kan oppfattes som lite attraktiv når den nedprioriteres fra høyere hold, og at dette kan resultere i svekket kompetanse

Steg 7

En diskusjon og vurdering av hvert funns relevans opp mot oppgavens problemstilling ble gjennomført. Eksempler på vurdering av ulike funn vises under:

- Audiograf fortalte at mange hørselskontakter påtar seg arbeid utover arbeidstid [Vurdert som mindre relevant for problemstillingen.]
- Flere deltakere uttrykte at de tror kommunal ledelse mangler forståelse om viktigheten av hørsel, og hørselskontaktrollen [Vurdert som relevant for problemstillingen.]

Steg 8

Funn ble til slutt omformulert og forfattet til en sammenhengende tekst, som dannet grunnlaget for oppgavens resultatkapittel.

Vedlegg 5 - Sikt godkjenning av prosjektet



Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer
589965

Vurderingstype
Standard

Dato
15.02.2024

Tittel

Samhandling mellom audiografer og kommunale hørselskontakter - En studie av erfaringer og oppfatninger

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH) / Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap

Prosjektperiode

01.01.2024 - 31.05.2024

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 31.05.2024.

[Meldeskjema](#)

Kommentar

OM VURDERINGEN

Sikt har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket. Vi har nå vurdert at du har lovlig grunnlag til å behandle personopplysningene.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Det er institusjonen du er ansatt/student ved som avgjør hvordan du må lagre og sikre data i ditt prosjekt og hvilke databehandlere du kan bruke. Husk å bruke leverandører som din institusjon har avtale med (f.eks. ved skylagring, nettspørreskjema, videosamtale el.).

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Se våre nettsider om hvilke endringer du må melde: <https://sikt.no/melde-endringer-i-meldeskjema>

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. I langvarige prosjekter vil vi ta kontakt hvert annet år for å minne om at eventuelle endringer må meldes.

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 6 - Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet

“Samhandling mellom audiografer og hørselskontakter - En studie av erfaringer og oppfatninger”?

Er du en audiograf eller kommunal hørselskontakt, med engasjement for jobben du gjør og erfaringer du vil dele? Da søker vi deg.

Dette er et spørsmål til deg om å delta i vår bacheloroppgave. I dette skrivet gir vi deg informasjon om formålet med prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Prosjektets formål

Formålet med prosjektet er å lære om og fremheve erfaringer og tanker om samhandling mellom hørselskontakter og audiografer. Per dags dato er det både mangel på og økende behov for hørselshjelp i Norge, og i lys av dette er det viktig at helsefagarbeidere er bevisst hvordan de kan jobbe individuelt og i samarbeid med andre ressurspersoner. Å synliggjøre effekten av jobben hørselskontakter gjør på et kommunalt nivå, og mulig verdi av samhandling og forståelse av andres kompetanse, vil også kunne rette lys mot potensielle styrker og svakheter i tilbudet vi har per i dag. Vi ønsker å utføre en studie hvor vi kommer i kontakt med audiografer og hørselskontakter, og la disse diskutere temaet i et fokusgruppeintervju, med bakgrunn i egen arbeidshverdag.

Denne studien er for en bacheloroppgave i Audiologi. Prosjektet pågår i perioden januar - mai 2024, hvorav intervju planlegges utført i perioden februar - mars.

Problemstillingen til studien går som følger: “Hva karakteriserer samhandlingen mellom audiografer og hørselskontakter i rehabiliteringen av hørselshemmede?”.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet (NTNU) er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Deltakere i dette forskningsprosjektet blir manuelt håndplukket basert på en rekke utvalgs-kriterier. Først og fremst er antall deltakere satt til å ideelt sett være mellom 4 og 8 i fokusgruppen. Kriteriene for utvalg går som følger:

- **Kompetanse og stilling:** Alle deltakere i dette prosjektet må være autoriserte audiografer ansatt i klinisk virksomhet, eller kommunale ansatte med definerte hørselsarbeidsoppgaver.
- **Variasjon:** Det er ønskelig med en balansert blanding av audiografer og hørselskontakter i fokusgruppen.
- **Erfaring:** Det er ønskelig for prosjektets formål at deltakere har relevant arbeidserfaring for å stimulere en gruppesamtale rundt det problemstillingen belyser.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i studien, innebærer dette at du deltar i et fokusgruppeintervju. Dette vil ha en varighet på maksimalt 2 timer. Intervjuet vil inneholde spørsmål om blant annet ditt hørselsfaglige arbeid, samhandling i teori og praksis, og dine erfaringer fra fagfeltet. Det vil bli gjort video- og lydopptak av intervjuet, og intervjuets innhold vil i etterkant transkriberes.

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. 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.

Ved å delta i prosjektet får du mulighet til å dele kunnskap og refleksjoner med andre hørselskontakter og audiografer.

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.

Dine registrerte opplysninger skal kun brukes av, og være tilgjengelig for studiens prosjektgruppe (studenter og veiledere). Alle opplysninger vil bli kryptert og lagres på en sikker, lokal harddisk. Data vil bli behandlet uten navn, fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenner opplysninger. Publisering av prosjektets resultater kan være en del av forskningsprosessen, og all publisert informasjon vil anonymiseres så

deltakerne ikke skal kunne gjenkjennes. Vi er likevel pliktig til å informere om at vi ikke kan utelukke at gjenkjenning kan skje.

Prosjektet vil etter planen avsluttes 31.05.2024. Ved prosjektets slutt vil alle dine opplysninger, utover de anonymiserte, bli destruert.

Dine rettigheter

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet har Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

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 NTNU.

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

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

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet "*Samhandling mellom audiografer og kommunale hørselskontakter - En studie av erfaringer og oppfatninger i fagfeltet*" og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

Å delta i intervju for prosjektet, og til at mine opplysninger behandles som beskrevet frem til prosjektet er avsluttet.

(Dato)

(Signatur)

(Deltakers navn med blokkbokstaver)

