

**MASTEROPPGAVE**  
**Rehabilitering og habilitering**  
**Mai 2018**

Hverdagsrehabilitering – med eller uten  
audiograf i staben?

En kvantitativ studie

Maj Brit Høvik

311

Fakultet for helsefag  
Institutt for fysioterapi

**OsloMet – storbyuniversitetet**

## Forord

Da har jeg kommet i mål med et spennende og lærerikt studie. Å være student igjen i voksen alder er givende og gir et lite snev av følelsen av å være ung igjen. Jeg vil benytte anledningen til å rette en stor takk til min veileder Asbjørn Johannessen, førstelektor og sosiolog ved OsloMet Storbyuniversitetet. Han har gitt meg konstruktive og nyttige tilbakemeldinger hele veien, og hadde tro på meg når jeg trengte det som mest.

En stor takk også til min familie, dere har støttet og heiet på meg hele veien.

Aurskog, Mai 2018

Maj Brit Høvik

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Hørselstap er en utbredt tilstand og prevalensen øker med alder. I aldersgruppen over 65 år har 62 prosent et hørselstap. Rehabiliteringen av hørselshemmede har lenge blitt sett på som dårlig organisert og usammenhengende. Kommunene har ansvar for rehabilitering og oppfølging av hørselshemmede, men tilbudet er lite tilgjengelig. Innføringen av hverdagsrehabilitering gir nye muligheter for brukersentrering, hvor brukerne skal få hjelp til selvhjelp. Dette er en interessant arena å se på i forhold til rehabilitering av hørselshemmede.

**Hensikt:** Målet med denne studien har vært å undersøke hvilken kunnskap medarbeiderne i hverdagsrehabilitering har på rehabilitering av hørselshemmede for derigjennom å kunne se på mulige områder for å bedre rehabiliteringstilbudet for hørselshemmede.

**Metode:** Jeg har gjennomført en spørreskjemaundersøkelse blant ansatte i hverdagsrehabiliteringsteam i 163 kommuner. Det er også gjennomført et litteratursøk for å kartlegge konsekvenser av hørselstap.

**Resultater:** Hørselstap kan få alvorlige konsekvenser som for eksempel isolasjon, ensomhet, depresjon, demens, og fallskader – alle konsekvenser som fører til økt hjelpebehov og uselvtendighet. De ansatte i hverdagsrehabiliteringsteamene får ikke opplæring innen rehabilitering av hørselshemmede, noe som igjen fører til at de ikke kan møte hørselshemmedes behov for hjelp. Hørsel er en gråsoner i det tverrfaglige samarbeidet ingen tar ansvar for. Videre er det stor usikkerhet rundt hvem man skal henvise videre til når hørselshemmede trenger hjelp.

**Konklusjon:** Medarbeiderne i hverdagsrehabiliteringsteamene mangler kunnskap innen rehabilitering av hørselshemmede og hørselshemmede får ikke et adekvat rehabiliteringstilbud med dagens sammensetning av profesjoner i hverdagsrehabiliteringsteamene. Kommunene kan potensielt spare mye penger på å forebygge funksjonsfall hos hørselshemmede og audiografer kan tilføre det tverrfaglige samarbeidet manglende kunnskap om rehabilitering av hørselshemmede.

*Nøkkelord: Hørselshemmet, hørselstap, høreapparat, rehabilitering, hverdagsrehabilitering.*

## Abstract

**Background:** Hearing loss is a common disability, and the prevalence increase with age. In the 65 plus age segment 62 percent of the population have a hearing loss. For a considerable time, the rehabilitation of hearing impaired people has been regarded as subpar and disorganized. The municipalities are responsible for the rehabilitation and follow-up support of patients with a hearing loss, but the local offerings are deemed as having a low degree of accessibility. With the introduction of reablement, new possibilities of user centric services arise, where the users would receive help to self-help. This is an interesting scenario in relation to the rehabilitation of the population with hearing loss.

**Objective:** The objective of this study has been to investigate the level of knowledge related to the patient group with hearing loss amongst the professionals involved in reablement in the municipalities in order to look at possible areas for improvement for the offerings available to this patient group.

**Method:** A survey has been conducted, directed at the employees currently employed in municipal reablement teams in 163 municipalities. In addition, a literature study was performed in order to survey the consequences of a hearing loss.

**Results:** Hearing loss can have grave implications for the individual sustaining it, including isolation, loneliness, depression, dementia and falling injuries – all consequently leading to enhanced need of assistance and increased levels of disability. The professionals in the municipality reablement teams are not receiving specific training related to the rehabilitation of individuals with a hearing loss, which in line lead to an inability to assist in situations where the patient requires help. Hearing loss and knowledge of the consequences of it is a grey area in the multidisciplinary reablement teams, where few seems to take responsibility. There is also confusion related to which entities the municipal reablement teams should refer to when in need of further assistance.

**Conclusion:** The employees in the municipal reablement teams lack in knowledge related to rehabilitation of individuals with a hearing loss. Consequently, the quality of the service received by the hard of hearing are not at an adequate level with the current combination of professions in the municipal reablement teams. The municipalities have a real potential of

reducing expenditure by preventing function loss for individuals with a hearing loss.

Audiologists can provide knowledge about hearing loss and its consequences related to disabilities to the municipal reablement teams.

*Key words: hearing impaired, hearing loss, hearing aid, follow-up, rehabilitation.*

## Innhold

Forord .....	1
Sammendrag.....	2
Abstract .....	3
1. Introduksjon med begrunnelse for valg av tema. ....	7
1.2 Hensikten med prosjektet .....	10
1.2.1 Problemstillinger .....	10
1.3 Oppgavens oppbygning .....	11
2. Audiologi.....	12
2.1. Ørets anatomi og fysiologi .....	12
2.2 Audiologiske tester .....	13
2.3 Ulike typer hørselstap.....	15
2.3.1 Presbycusis .....	15
2.3.2 Støyskade.....	16
2.3.3 Menieres sykdom .....	16
2.3.4 Mellomørebetennelser og otosklerose .....	16
2.3.5 Tinnitus.....	17
3. Teoretisk innramming .....	17
3.1 Profesjon og kunnskap .....	17
3.1.1 Enhet og mangfold .....	18
3.1.2 Teoretisk og praktisk kunnskap.....	19
3.2 Samarbeid.....	21
3.3 Definisjon av rehabilitering.....	23
3.4 Ulike forståelser av funksjonshemming .....	23
4. Dagens situasjon for hørselshemmede .....	24
4.1 Tildelingsprosessen .....	24
4.2 Antall tildelinger av høreapparater .....	26
4.3 Kommunale tilbud for hørselshemmede .....	26
5. Tidligere forskning på feltet .....	26
5.1 Hverdagsrehabilitering .....	26
5.1.1 Hverdagsrehabilitering og hørsel .....	27
5.2 Konsekvenser av hørselstap .....	28
5.3 Hva må til for å lykkes med høreapparater?.....	32
6. Design, utvalg og metode.....	33
6.1 Valg av design.....	33

6.2 Survey.....	33
6.2.1 Populasjon og inklusjonskriterier .....	34
6.2.2 Rekruttering av informanter .....	34
6.2.3 Innsamling av data.....	35
6.2.4 Statistiske metoder.....	35
6.3 Litteraturgjennomgang .....	36
6.4 Meldeplikt og etiske overveielser.....	36
6.5 Reliabilitet – pålitelighet .....	36
6.6 Validitet - gyldighet.....	37
6.7 Metoderefleksjon.....	37
7. Hverdagsrehabiliteringsteamenes kunnskap om hørsel.....	38
7.1 Frekvensanalyser .....	38
7.1.1 Deltagerne .....	39
7.1.2. Manglende praktiske kunnskaper .....	40
7.1.3. Informasjonsbehov .....	44
7.2 Hva mener respondentene om rehabilitering av hørselshemmede .....	45
7.3 Faktoranalyse.....	49
7.3.1 De som ser, men ikke gjør noe .....	51
7.3.2 De som ikke ser .....	52
7.3.3 De som ser og gjør så godt de kan.....	52
8. Hører hørselshemmede hjemme i hverdagsrehabiliteringen? .....	53
8.1 Manglende (praktisk) kunnskap .....	53
8.2 Kunnskapsmangel og opplæring .....	55
8.3 Tverrprofesjonelt samarbeid.....	58
8.4. Kapasitet i spesialisthelsetjenesten.....	59
8.5. Økonomiske aspekter .....	60
9. Konklusjon og betydning for praksis .....	60
Videre forskning.....	63
Referanser.....	64
Vedlegg .....	70

## 1. Introduksjon med begrunnelse for valg av tema.

Hverdagslivet - så trivielt, men likevel så viktig. Det er her vi lever livene våre og det er her vi skaper vår identitet, knytter relasjoner til våre nærmeste, utfører oppgaver som føles meningsfulle for oss og ikke minst hvor vi er vår egen sjef. Vi mestrer vårt eget liv og tar for gitt at slik skal det alltid være. Men slik er det dessverre ikke alltid. Ved sykdom og skader eller ved høy alderdom vil kroppen forandres og ulike behov for hjelp vil melde seg. Hvor selvstendige vi klarer å være vil avhenge av hvilken hjelp vi får og hvilket hjelpebehov vi har. Mestring, selvstendighet og deltagelse står sentralt i habiliterings- og rehabiliteringspolitikken i Norge og har lenge vært et prioritert område i helsepolitiske styringsdokumenter (NOU 2001:22, 2001; St.meld. nr. 35, 1994/95; St.meld. nr. 41, 1987-88; St.prp. nr. 1, 2007). Helsefremming, forebygging og rehabilitering ble også lovpålagt gjennom kommunehelseloven i 1994. Også i nyere styringsdokumenter nevnes mestring og selvstendighet samt vektlegging av brukerens egne ønsker og behov (Meld. St. 16 (2010-2011), 2010-2011; Meld. St. 34, 2012-2013; NOU 2011:11, 2011). Mestring og selvstendighet er dermed viktige grunnsteiner i samfunnet vårt og noe vi prioriterer å legge til rette for slik at alle skal oppleve det så lenge som mulig.

Denne oppgaven omhandler rehabilitering av hørselshemmede. Hørselsundersøkelsen som ble gjennomført som en del av «Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag» 1995-97 HUNT II, viste at i aldersgruppen over 65 år har 62 prosent et hørselstap (Aarhus, Kvestad, Tambs, & Engdahl, 2012, p. 175). Prosentvis utbredelse varierte fra under 17 prosent hos de under 40 år til over 90 prosent hos de over 80 år. Halvparten av disse oppga at de har problemer med hørselen. Det betyr at dette er en stor brukergruppe. I disse dager utføres en ny HUNT undersøkelse og vi vil få tilgang på nye og oppdaterte tall på prevalensen. Med økt levealder vil antallet hørselshemmede også øke tilsvarende, noe offentlige helsetjenester og kommunene må ta høyde for i sine planer i årene fremover.

Rehabiliteringen av hørselshemmede i Norge har lenge blitt sett på som dårlig organisert og usammenhengende. Allerede i stortingsmeldingen «Om handlingsplan for funksjonshemmede 1998-2001» under punkt 3.9.2.7 ble det nevnt at hørselsomsorgen var fragmentert og det ble da lagt opp til at det skulle jobbes med å gi hørselshemmede et mer helhetlig tilbud (St.meld. nr. 8, 1998-99). Et av resultatene av denne jobben ble rapporten «Et helhetlig rehabiliteringstilbud til hørselshemmede» som kom i 2002. Under punkt 5.3.5. i denne



rapporten «Tiltak for å fremme samarbeid og samordning», står det at det skulle foretas en gjennomgang av dagens system for formidling av høreapparater via et samarbeid mellom Helsedepartementet og Sosialdepartementet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2002, p. 35). Rapporten fra dette arbeidet: «Ny organisering av høreapparatformidlingen» av 28.2.2003 ble aldri offentliggjort, men noen av resultatene er sitert i andre rapporter. Blant annet i dokumentet «Å høre og bli hørt» fra 2007. Der sto det blant annet at det var: Uklarhet i ansvars- og oppgavefordeling mellom aktører, for lange ventetider, mangelfull samhandling mellom ulike tilbud og etater, forskjeller i tilbudet avhengig av bosted og svakheter i økonomistyringen og ineffektivitet (Svinndal, 2007, p. 13). Ansvaret for rehabilitering av hørselshemmede er delt mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene – enkelt sagt kan man si at spesialisthelsetjenesten har ansvar for diagnostisering, utredning og tilpasning av høreapparater, mens kommunen har ansvar for rehabilitering og oppfølging. I tillegg har NAV hjelpemiddelsentral ansvar for utredning og tilpasning av hørselstekniske hjelpemidler. Denne oppgaven konsentrerer seg om kommunenes del av ansvaret.

I helse- og omsorgstjenesteloven står det i § 3-2 punkt 5 at kommunen skal tilby sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Oppfølging og rehabilitering av hørselshemmede er dermed kommunens ansvar. I rapporten «Undersøkelse om behov og tilbud innen habilitering og rehabilitering» gjort av Helsedirektoratet i 2014 kom det frem at rehabiliteringstilbudet i flere kommuner er mangelfullt for de med sansetap, og kommunene mangler fagkompetanse fra blant annet faggruppene syns- og hørselspedagog (Helsedirektoratet, 2014, p. 29). Ved eget søk (med søkeordene rehabilitering av hørselshemmede, høreapparater, nedsatt hørsel, oppfølging høreapparatbrukere) på nettsidene til blant annet Helsedirektoratet, Helsebiblioteket, NAV, Helse-Norge og en rekke enkeltkommuner, og selv ved hjelp fra bibliotekar på OsloMet, var det ikke mulig å finne generelle retningslinjer på hva kommunene tilbyr eller burde tilby av rehabiliteringstjenester innen hørsel. Kommunene henviste til eventuell tilrettelegging ved individuelle behov i stedet for å informere om generelle tjenester. Det kan se ut til at kommunene har lite eller ingen formell kompetanse på hørsel, men mange har det de kaller en hørselskontakt. Hørselskontakten er oftest en fysioterapeut eller ergoterapeut som har blitt pålagt ansvaret som en del av sin stilling (gjern 10 prosent). I tillegg ser det ut til at arbeidsoppgavene relatert til hørsel i hovedsak går ut på å søke om tekniske hjelpemidler. Rehabilitering er det sjeldnere snakk om og et eventuelt initiativ må komme fra brukeren selv.

Inntrykket en sitter igjen med er at hørselshemmede i liten grad får den oppfølging de har krav på fra kommunehelsetjenesten, etter endt utredning og tilpasning i spesialisthelsetjenesten.

Det er dermed paradoksalt at en rekke studier viser at oppfølging etter endt tilpasning i spesialisthelsetjenesten er viktig for å bli en «god» høreapparatbruker (Gianopoulos, Stephens, & Davis, 2002; Hickson & Worrall, 2003; Solheim, 2011), og det ble derfor interessant for meg å se på hvilke muligheter som kan ligge i kommunene. Hva kan de gjøre for å gi brukerne av høreapparater og hørselstekniske hjelpemidler et bedre grunnlag for å utnytte disse på en god måte? I «Morgendagens omsorg» står det: «Regjeringen ønsker å videreutvikle satsingen på rehabilitering, aktivisering, mestring med personlige mål, og stimulere kommunene til å forsøke ulike modeller for tidlig innsats og hverdagsrehabilitering (Meld. St. 29, 2012-2013, p. 24). Det nye er innføringen av fenomenet/arbeidsformen hverdagsrehabilitering. Brukerens ønsker og behov og samarbeidet i tverrfaglige arbeidsgrupper settes i system på en annen måte enn tidligere. Prosjektgruppen for hverdagsrehabilitering i Norge kaller det et paradigmeskifte innen pleie- og omsorg. Fra å tenke «hva kan vi hjelpe deg med» til «hva ønsker du hjelp til å klare selv» (Fürst & Høverstad, 2014, p. 12).

Tuntland & Ness (2014, p. 23) sier at hverdagslivet har blitt oppgradert innenfor helsevesenet og at det nå via hverdagsrehabiliteringen har blitt legitimt å jobbe med folks hverdagsliv. Så langt jeg kan se har ingen laget en klar definisjon av hverdagsrehabilitering, men jeg likte gjengivelsen av Tuntland & Ness sitt forsøk på definisjon i begrepsavklaringen til Hartviksen & Sjølie:

Hverdagsrehabilitering er en tidsavgrenset tverrfaglig målrettet arbeidsform for hjemmetjenesten. Arenaen er brukerens eget hjem og nærmiljø. Målsetningen med hverdagsrehabilitering er å forbedre brukerens funksjonsevne og medvirke til at brukeren blir mer selvhjulpne i de aktiviteter han eller hun selv definerer som viktige i dagliglivet. Arbeidsformen har både forebyggende, helsefremmende og rehabiliterende aspekter (Hartviksen & Sjølie, 2017, p. 18).

Denne tilnærmingen til hjelp tenker jeg kan passe godt til rehabilitering av hørselshemmede hvor betjening av- og tilvenning til nye tekniske innretninger står sentralt. Jeg har jobbet innenfor spesialisthelsetjenesten i over 20 år og undres fortsatt over at kommunene ikke har tatt mer ansvar for rehabilitering av hørselshemmede. Dette er bakgrunnen for mitt valg av tema og med innføringen av hverdagsrehabiliteringen er det interessant for meg å se på mulige områder for å bedre det totale rehabiliteringstilbudet til de hørselshemmede.

## 1.2 Hensikten med prosjektet

Jeg ønsker at denne oppgaven skal få betydning for hvordan vi legger til rette for rehabilitering av hørselshemmede i fremtiden. Både fagfolk ansatt i kommunene som møter hørselshemmede i sin praksis, fagfolk på administrativt nivå i kommunene, hørselshemmede selv og deres pårørende er målgrupper for denne oppgaven. Alle kan bidra til å «legge press» på ulike deler at det eksisterende systemet for rehabilitering, dersom en ser at det er områder hvor det finnes potensiale for forbedring. Videre håper jeg at resultatene fra denne undersøkelsen vil inspirere helsepolitikere og ledere i helsetjenesten til å anerkjenne nedsatt hørsel som en diagnose som krever innsats på lik linje med andre diagnoser kommunene har ansvar for. Oppgaven kan slik sett også anses å ha en politisk agenda.

Som nevnt er jeg interessert i å se på mulige områder for å bedre rehabiliteringstilbudet for hørselshemmede i dagens kontekst av hverdagsrehabilitering. Jeg ble derfor nødt til å finne ut av hva som gjøres i dag og hvilken kunnskap de som jobber innenfor hverdagsrehabilitering har på hørsel, høreapparater og hørselstekniske hjelpemidler. Min hypotese er at yrkesgruppene som jobber innenfor hverdagsrehabilitering har lite eller ingen kunnskap om rehabilitering av hørselshemmede.

### 1.2.1 Problemstillinger

Hvilken kunnskap har dagens hverdagsrehabiliteringsteam i kommunene om hørsel, høreapparater og hørselstekniske hjelpemidler?

- a. Hvordan møter de ansatte i hverdagsrehabiliteringsteamene hørselshemmedes behov for praktisk hjelp med det tekniske utstyret de har fått?
- b. Hvordan hjelper de ansatte i hverdagsrehabiliteringsteamene hørselshemmede med å forstå hvordan de skal venne seg til å bruke det tekniske utstyret?

- c. Hvordan veileder de ansatte i hverdagsrehabiliteringsteamene hørselshemmede i hvordan de best kan håndtere sin nye situasjon som hørselshemmet?

Hører rehabilitering av hørselshemmede hjemme i hverdagsrehabiliteringstilbudet i kommunene?

Hva skjer med det tverrfaglige samarbeidet når en profesjon mangler?

Jeg vil argumentere for hvorfor nedsatt hørsel bør bli et kriterium på samme måte som andre inklusjonskriterier for hverdagsrehabilitering og ut fra disse resultatene perspektivere og løfte frem hvilke muligheter som ligger i den fremtidige organiseringen av rehabiliteringstilbudet til hørselshemmede, innenfor rammen av hverdagsrehabilitering.

I denne oppgaven blir begrepene kunnskap og kompetanse forstått på den måten at man må inneha kunnskap om et område for å kunne si at man har kompetanse på området.

### 1.3 Oppgavens oppbygning

Oppgaven er inndelt i 9 kapitler. I kapittel 1 introduserer jeg valg av tema og bakgrunn for hvorfor jeg synes temaet er interessant. Problemstillingen for oppgaven presenteres også her. I det neste kapitlet (kapittel 2) kommer en kort innføring i de audiologiske temaene ørets anatomi og fysiologi, audiologiske tester og ulike typer hørselstap. Videre rammer jeg inn oppgaven teoretisk i kapittel 3, hvor jeg tar for meg profesjon og kunnskap og ulike forhold ved samarbeid. Til slutt i kapitlet presenterer jeg en definisjon av rehabilitering og en redegjørelse for ulike forståelser av funksjonshemming. I kapittel 4 tar jeg for meg dagens situasjon for hørselshemmede hvor jeg går gjennom tildelingsprosessen, antall tildelinger av høreapparater og kommunale tilbud for hørselshemmede. Deretter går jeg gjennom tidligere forskning i kapittel 5. I kapittel 6 presenteres design, utvalg og metode og etiske overveielser. Reliabilitet, begrepsvaliditet og metoderefleksjon blir også gjennomgått her. Resultatene fra både frekvensanalysen, analysen av de åpne spørsmålene og faktoranalysen legges frem i kapittel 7 og i kapittel 8 legges betraktninger rundt funnene frem. Jeg avslutter oppgaven med kapittel 9 hvor jeg har laget en konklusjon med tanker rundt hva denne studien kan komme til å bety for praksis og eventuell videre forskning.

## 2. Audiologi

I store medisinske leksikon finner jeg følgende beskrivelse av audiologi:

Audiologi, (av audio- og gr. 'lære'), læren om hørselen i videste forstand, hvordan lyd oppstår og overføres, hva vi hører med og hvordan vi hører. Den omfatter også læren om de sykdommer og skader som kan nedsette hørselen, og undersøkelse og behandling av disse, samt hva man kan gjøre for å kompensere tap av hørsel ([sml.snl.no/audiologi](http://sml.snl.no/audiologi)).

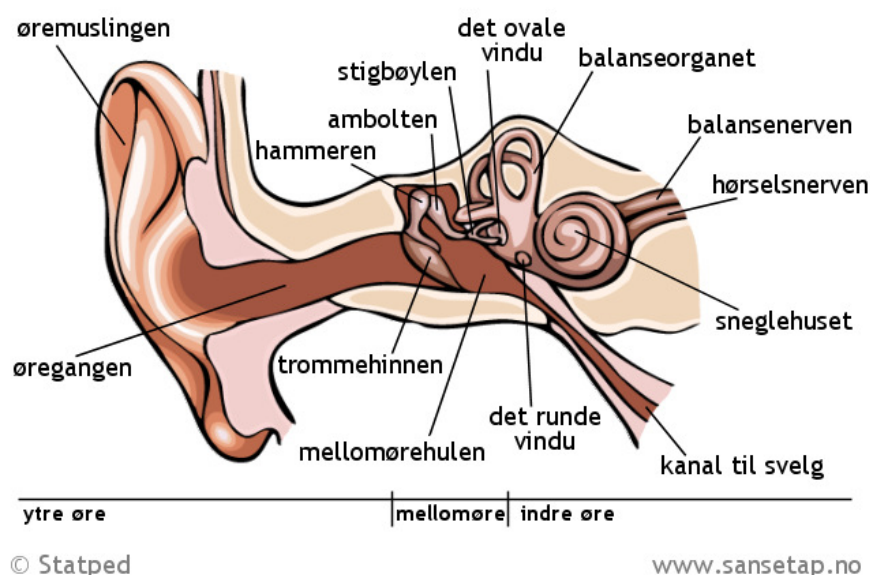
Hørselssystemet vårt består av to hoveddeler, øret og hørselssenteret i hjernen vår. For å forstå hva et hørselstap er, er det viktig å få en viss oversikt over hvordan dette komplekse systemet er bygd opp. Jeg har valgt å dele inn kapitlet i tre deler; ørets anatomi (oppbygning) og fysiologi (funksjon), audiologiske tester og ulike typer hørselstap. Hørselssenteret i hjernen kommer jeg ikke til å gå inn på, da det vil ta for stor plass i denne oppgaven. Vi får nøye oss med å si at det er her nervesignaler omformes til forståelige lyder som vi kan tolke og forstå, slik at lydene gir mening for oss.

Jeg har tatt utgangspunkt i Nordisk lærebok i audiologi når jeg har skrevet kapitlet og det må anses som en lettfattelig gjennomgang av et komplekst tema (Strømsnes & Laukli, 2007).

### 2.1. Ørets anatomi og fysiologi

Øret er delt opp i tre deler; det ytre øret, mellomøret og det indre øret (se figur 1). Det ytre øret består av øremuslingen på utsiden av hodet og den ytre øregangen inn til trommehinnen. Lyd er trykkbølger i luften som fanges opp av øremuslingen og sendes inn gjennom øregangen og setter trommehinnen i bevegelse. Mellomøret er et luftfylt rom som ligger innenfor trommehinnen, med en kanal ned til svelget. Denne kanalen åpner seg hver gang vi svelger og det statiske trykket i mellomøret reguleres dermed regelmessig i forhold til det atmosfæriske lufttrykket i omgivelsene. Dette er viktig for overføringen av lyd og for at vi skal høre godt. Inne i mellomøret finner vi ørebeinskjeden som består av de tre minste beina i kroppen, hammeren, ambolten og stigbøylen. Ørebeinskjeden fungerer som et stempel som omgjør svingningene i trommehinnen til mekaniske bevegelser som sender lyden videre fra mellomøret og inn til det indre øret. Det indre øret er et væskefylt rom hvor vi finner de to systemene vestibularis og cochlea (sneglehuset) – sanseorganene for balanse og hørsel.

Bevegelsen i ørebeinskjeden setter væsken i sneglehuset i bevegelse. I denne væsken står det tusenvis av nerveceller som registrerer denne bevegelsen og her omgjøres de mekaniske bevegelsene til elektriske impulser som sendes videre til hjernen via hørselsnerven. Sneglehuset er bygget opp slik at de lyseste frekvensene registreres nederst på membranen i sneglehuset og jo lengre inn på membranen signalet kommer, jo mørkere er lydene som fanges opp. Jeg pleier å tenke at hvis en kunne «rulle ut» sneglehuset kan det sammenliknes med et piano – hver tone har sin faste plass. Det menneskelige øret kan oppfatte lyder i frekvensområdet 20 til 20 000 Hz.



Figur 1. Ørets oppbygning. Illustrasjon hentet fra [www.sansetap.no](http://www.sansetap.no) 24.04.18

## 2.2 Audiologiske tester

Hørselen kan måles med mange ulike tester slik som uformelle prøver, stemmegaffelprøver, rentoneaudiometri luftledning, rentoneaudiometri benledning, taleaudiometri, impedansmålinger, otoakustiske emisjoner og elektrofysiologiske målinger, for å nevne noen. De vanligste innledende testene ved audiologiske utredninger er tympanometri, stemmegaffelprøver, rentoneaudiometri luft- og benledning og taleaudiometri.

Tympanometri er en impedansmåling hvor trykket i mellomøret måles for å sjekke om det er likt det atmosfæriske trykket eller ikke. Ved undertrykk i mellomøret kan man forvente nedsatt følsomhet for lyd, spesielt i de mørke frekvensene. Stemmegaffelprøvene brukes i dag som orienterende kvalitative prøver og gir et førsteinntrykk av hva man kan forvente av videre testing. Stemmegaffelen settes i bevegelse ved å slå den mot en hard gjenstand og det genereres en ren tone som brukeren får høre enten via luftledning hvor lyden kommer inn gjennom øregangen, eller via benledning hvor stemmegaffelen plasseres på ulike steder på hodet til brukeren. Brukeren må så si fra hvor han/hun hører lyden best – i ett av ørene eller midt i hodet.

Den mest brukte hørselstesten i dag er rentoneaudiometri luftledning. Da får brukeren på seg et sett med hodetelefoner og skal svare når han/hun hører en tone. Tonen kan variere i både frekvens (tonehøyde) og volum (styrke). Målet er å finne den svakeste tonen personen er i stand til å høre, samt kartlegge øvre smertegrense. De vanligste frekvensene å måle er 125Hz, 250Hz, 500Hz, 1000Hz, 2000Hz, 4000Hz, 6000Hz og 8000Hz, da dette er i frekvensområdet for normal tale. Ved hørselstap er det vanlig å få redusert følsomhet for de lyseste tonene først. Det betyr at frekvensområdet for oppfattelse av lyd blir smalere. Styrken på lyden man tester med varierer fra -10 dB til 120 dB. Normal hørsel regnes fra 0 – til 20 dB og smertegrensen ligger normalt på 110-120 dB. Når man får et hørselstap er det vanlig at høreterskelen går opp (man må ha sterkere lyd for å høre), men det er også vanlig at smertegrensen går ned (man tåler streke lyder dårligere enn før). Det betyr at dynamikkområdet (området fra høreterskel til smerteterskel) i hørselen til en person med nedsatt hørsel reduseres i begge ender av skalaen.

Rentoneaudiometri beinledning måles på samme måte som luftledning, men man bytter ut hodetelefonene med en beinleder som produserer vibrasjoner i stedet for akustisk lyd. Beinlederen settes på skallebenet bak øret til brukeren under testen. Denne testen sender lyden direkte til det indre øret og hopper dermed over det ytre øret og mellomøret. Hvis høreterskelen blir bedre ved denne målingen enn ved luftledningsmålingen, indikerer det at lyden stoppes på veien mot det indre øret.

Det er også vanlig å gjennomføre taleaudiometri for å kartlegge ordforståelsen. Å kunne oppfatte og forstå ord er en av hørselssystemets viktigste oppgaver. Her får pasienten høre enstavelsesord gjennom hodetelefoner som han/hun skal gjenta. Ordene presenteres først på et antatt godt hørbart nivå for så å bli svakere og svakere, og det registreres antall riktige ord oppfattet.

Som vi ser er de ulike testene laget for å finne høretersklene, hva som er den svakeste lyden personen kan høre og om mulig hvor skaden sitter. De måler ikke hvordan den enkelte brukeren opplever å fungere med den hørselen han/hun har. Det kan være svært forskjellig. «To personer med identiske måleresultater på de kliniske testene kan likevel være svært ulikt påvirket i sin livssituasjon, avhengig av hvilke yrkesmessige, sosiale, politiske og andre aktiviteter og engasjement de har og vil opprettholde» (Strømsnes & Laukli, 2007, p. 355). En kan derfor ikke ut fra hørselstapet alene si hvordan denne personen fungerer og hvilken hjelp han/hun trenger.

### 2.3 Ulike typer hørselstap

Det er vanlig å dele inn hørselstap etter hvor i hørselssystemet årsaken til hørselstapet er lokalisert. Kan årsaken lokaliseres i det ytre øret eller mellomøret kalles det et mekanisk hørselstap. Denne typen hørselstap kan ofte, men ikke alltid, gjøres noe med kirurgisk eller medisinsk. Sitter årsaken i det indre øret, eller enda lenger opp i hørselssystemet, kan man ikke gjøre noe med det hverken kirurgisk eller medisinsk. (Da ser jeg bort fra de som er kandidater for cochleaimplanteter.) En skade her gir et sensorinevralt hørselstap. Nedenfor presenterer jeg noen av de vanligste hørselstapene blant eldre.

#### 2.3.1 Presbycusis

Den vanligste årsaken til hørselstap hos eldre er aldersrelatert hørselstap – presbycusis (presby = aldersbetinget endring, acusis = hørsel) (Strømsnes & Laukli, 2007, p. 289). Det er et sensorinevralt hørselstap som gir seg størst, og først, utslag på de lyseste frekvensene og hvor redusert taleforståelse og økt følsomhet for sterke lyder er vanlig. Hvem har vel ikke opplevd at en som hører dårlig først sier hæ, for så å si «du trenger ikke skrike» når vi gjentar det vi sa litt høyere. Det kan derfor mange ganger være viktigere å gjenta det en sa i et langsommere tempo enn å øke styrken på stemmen.



### 2.3.2 Støyskade

Øret er følsomt for lyd og kan skades ved langvarig støyeksponering eller kraftige impulslyder. Det er individuelle forskjeller på hvor godt vi tåler støy, men per i dag vet vi ikke årsakene til det. Det er laget generelle retningslinjer på hvor mye støy vi kan utsettes for i arbeidslivet. For å unngå faren for hørselsskader anbefaler ISO 1999 at støynivået ikke overstiger 85 dBA i løpet av en åtte timers lang arbeidsdag. En støyskade gir et sensorienevralt hørselstap i de lyseste frekvensene – ofte omtalt som skibakketap på grunn av den bratte kurven hørselstapet gir i audiogrammet (diagrammet hvor hørselstapet skrives inn).

### 2.3.3 Menieres sykdom

Dette er en sykdom som påvirker både balanseorganet og hørselsorganet. Sykdommen karakteriseres av svimmelhetsanfall etterfulgt av et temporært, gjerne ensidig, hørselstap som er mest uttalt i de mørkeste frekvensene. Tinnitus (øresus) er også veldig vanlig. Anfallet kan variere i antall og styrke. Etter hvert utvikler sykdommen seg og hørselstapet blir permanent sensorienevralt og sprer seg ut over alle frekvensene.

### 2.3.4 Mellomørebetennelser og otosklerose

Mekaniske hørselstap kan også forekomme blant voksne, selv om de er mest vanlig blant barn. Det er tre hovedtyper av øreinfeksjoner; akutt otitt (betennelse), kronisk otitt og sekretorisk otitt. Akutt otitt gir kraftige øresmerter, høy feber, dårlig allmenntilstand og etter hvert vedvarende utflod fra perforert trommehinne. Hørselsproblemer dominerer ikke i denne akutte fasen. En akutt otitt som ikke behandles kan gå over til kronisk otitt med gjentatte plager med smerte og utflod. Det er vanlig å få nedsatt hørsel på grunn av skadd trommehinne og skade i ørebeinskjeden. En betennelse i mellomørets slimhinne og øretrompet kan føre til sekretorisk otitt. Denne formen for ørebetennelse medfører ikke nødvendigvis smerte, men man hører gradvis dårligere, jo lengre man går med det. Alle nevnte formene for ørebetennelser kan behandles medisinsk eller kirurgisk. Ikke alle blir bra og kan da ha god nytte av høreapparater for å kompensere for hørselstapet.

Otosklerose er årsak til en annen type mekanisk hørselstap som kan forekomme hos voksne. Otosklerose er vanligere blant kvinner enn blant menn og utvikles gradvis over mange år. Årsaken til hørselstapet er en fiksering av ørebeinskjeden som forårsakes av en sykkelig nydanning av beinvev i beinkapselen og ørebeina. Dette gjør ørebeinskjeden stivere og dermed reduseres evnen til å overføre lyden fra trommehinnen over til det indre øret. De fleste

med otosklerose har et normalt fungerende indre øre. Mange får hjelp av en operasjon hvor det settes inn ny stigbøyle i benkjeden, andre har god hjelp av høreapparater.

### 2.3.5 Tinnitus

Jeg blir også nødt til å nevne tinnitus, selv om det ikke er et hørselstap i seg selv. Mange, både med og uten målbart hørselstap, er plaget av å høre en lyd som ikke er generert fra noen lydkilde i omgivelsene. Dette kan oppleves som svært sjenerende og i enkelte tilfeller være invalidiserende. Karakteren på lyden kan være alt fra rene pipetoner via skurring, during og støy til banking og hyling. Lydene kan være periodevise eller konstante og kan variere i styrke. Alle er ikke like plaget, men alle som har tinnitus opplever å bli lettere sliten enn andre, noe som kan være en medvirkende årsak til at mange ikke får med seg det som blir sagt.

## 3. Teoretisk innramming

Jeg er interessert i å se på hvilken kunnskap medarbeiderne i hverdagsrehabilitering har på rehabilitering av hørselshemmede, det er dermed interessant å se nærmere på hvilket kunnskapsgrunnlag de har i bagasjen sin. I dette kapitlet legger jeg derfor frem en teoretisk innramming av hverdagsrehabilitering opp mot profesjon og kunnskap. Videre vil jeg også se på hverdagsrehabilitering vedrørende økte krav til samarbeid.

Avslutningsvis presenterer jeg en definisjon av rehabilitering og redegjør for hvilken forståelse av funksjonshemming denne oppgaven hviler på.

### 3.1 Profesjon og kunnskap

Over 83 prosent av utvalget i min undersøkelse har en profesjonsutdanning som enten sykepleier, ergoterapeut, fysioterapeut eller vernepleier. Det er da rimelig å se på hvilket kunnskapsgrunnlag profesjonsutdanningene er fundamentert på. Jeg skal ikke gå inn i diskusjonen rundt selve kunnskapsbegrepet, men den norske filosofen Harald Grimen beskriver profesjonenes kunnskapsgrunnlag på en nyansert og, for meg, plausibel måte. Jeg har i denne oppgaven derfor valgt å ta utgangspunkt i hans betraktninger av profesjonskunnskap (Grimen, 2008). Jeg vil på denne måten få en økt forståelse for hvem respondentene er og derigjennom kunne gi en mer nyansert drøfting av svarene de gir på

spørreskjemaet. Kan noen av svarene deres forstås ut fra deres kunnskapsgrunnlag? Jeg ønsker også å se på kunnskapsgrunnlaget opp mot de kravene som stilles i tverrprofesjonelt samarbeid.

Profesjonsutøvelse er i enkleste forstand at noen med en viss kunnskap yter hjelp og bistand til noen som har behov for assistanse fra noen med denne typen kompetanse. Relasjonen til bruker er asymmetrisk og den som trenger hjelp må stole på at profesjonsutøveren har tilstrekkelig og relevant kunnskap (Terum & Grimen, 2009, p. 9). Profesjonene er til for å hjelpe/bistå noen som trenger deres kompetanse, de er ikke til for sin egen del.

Profesjonsutøvelsen er dermed heterotelisk – den har et formål utenfor seg selv og det kreves en viss type utdanning og ofte en offentlig godkjenning for å få lov til å utøve yrket.

Utdannelsene inneholder både teoretisk, vitenskapelig og praktisk kunnskap og det er i hovedsak den vitenskapelige kunnskapen som skiller dem fra andre yrkesgrupper.

### 3.1.1 Enhet og mangfold

Kunnskapsgrunnlaget til profesjonene er satt sammen av elementer fra forskjellige vitenskapelige disipliner/kunnskapsfelt, som biologi, kjemi, medisin, samfunnsfag, kommunikasjon- og relasjonskunnskap. En sykepleier må for eksempel ha kunnskap om biologi og kjemi for å kunne dosere riktig medisin til pasienten, men samtidig kommunikasjon og relasjonskompetanse for å kunne skape tillit og en god relasjon. En audiograf må på sin side ha kunnskap om blant annet medisin, audiologi, teknikk og akustikk i tillegg til gode kommunikasjons- og relasjonskunnskaper for å kunne hjelpe en hørselshemmet person. Det samme gjelder alle profesjoner, det er bare sammensetningen av kunnskapsfelt som varierer. Grimen mener derfor at kunnskapsgrunnlaget til profesjonene er mangfoldig.

Røkenes og Hanssen sier at vår yrkeskompetanse består av handlingskompetanse og relasjonskompetanse (Røkenes & Hanssen, 2002). I dette ligger også en forståelse av mangfold, man må både kunne «gjøre noe» men også vite hvordan man skal gjøre det – avhengig av hvem man har foran seg.

Videre diskuterer Grimen hvorvidt de ulike elementene i kunnskapen henger sammen. Han sier at profesjonenes kunnskap er naturlig teoretisk fragmentert i og med at den stammer fra ulike kunnskapsfelt. At yrkesutøvelsen har et praktisk siktemål bidrar også til at den blir fragmentert. I tillegg sier han at «mange profesjoner forholder seg til vitenskaper (...) som selv mangler teoretisk enhet» (Grimen, 2008, p. 73) og at de fleste har et fjernt forhold til forskningen som foregår innenfor sitt eget område. Elementene henger dermed ikke naturlig sammen. Hva er det som likevel skaper enhet i kunnskapen? For at en lege skal kunne stille riktig diagnose på for eksempel en hørselshemmet pasient, er det ikke nok at han kan sin sykdomslære. Han må også ha gode kommunikasjons- og relasjonskunnskaper for å få tilgang til pasientens sykehistorie. Det er dermed de praktiske fordringene i yrkesutøvelsen som knytter de ulike elementene sammen. Grimen kaller det praktiske synteser. «Det er yrkesutøvelsens fordringer som gjør at kunnskapselementer som kanskje ikke har noen teoretisk sammenheng med hverandre, likevel kan inngå i en meningsfull helhet» (Grimen, 2008, p. 74). En kan tenke at de ansatte i hverdagsrehabiliteringstemaene må bruke ulike deler av kunnskapsgrunnlaget sitt avhengig av hvilken bruker de har foran seg. For hørselshemmedes del ligger utfordringene i om de profesjonelle klarer å identifisere hva som eventuelt er problemet og om de har evnen og mulighet til å kunne hjelpe dem.

### 3.1.2 Teoretisk og praktisk kunnskap

I vestlig tradisjon har det platonske<sup>1</sup> bildet på kunnskap vært rådende, hvor kunnskap er *begrunnede sanne oppfatninger*, men i en slik forståelse av kunnskap faller praktisk kunnskap utenfor. Praktisk kunnskap er en viktig del av profesjonskunnskapen. Grimen diskuterer dette og argumenterer for en utvidelse av kunnskapsbegrepet hvor også praktisk kunnskap skal regnes som kunnskap. Han fremhever at hovedforskjellen på teoretisk og praktisk kunnskap er at den praktiske kunnskapen er indeksert – i det legger han at den er personlig og spesifikk til situasjonen den skal brukes i.

Praktisk kunnskap kjennetegnes av at kunnskapens form og innhold ikke lar seg løsrive fra dem som har den, og fra de situasjonene hvor den blir lært og anvendt. Kunnskapen peker essensielt på kunnskapsbæreren og brukssituasjonene (Grimen, 2008, p. 76).

---

<sup>1</sup> En enkel innføring finnes i Grimen (2008).

Videre tydeliggjør Grimen likhetene ved å trekke frem seks fellestrekk ved teoretisk og praktisk kunnskap:

1. All kunnskap kan artikuleres
2. All kunnskap kan bli lært
3. All kunnskap kan bli overført mellom mennesker
4. At kunnskap er indeksert, betyr ikke at språket ikke spiller noen rolle
5. Kunnskap kan akkumuleres
6. Kunnskap kan bli kritisk gransket

Jeg går ikke dypere inn i dette temaet her, men det var likevel viktig å få med hvor sterkt Grimen vektlegger praktisk kunnskap. Praktisk kunnskap er vesentlig i hverdagsrehabilitering, spesielt evnen til å kunne lære fra seg ferdighetene slik at brukerne blir selvhjulpne i det daglige – praktisk kunnskap er med å danne grunnlag for hverdagsmestring, som jeg kommer tilbake til litt senere i oppgaven.

Det er og har vært mye uenighet om hvilken kunnskap som skal anses som viktigst og om profesjonene har drevet praksis på et pålitelig kunnskapsgrunnlag. Det har, blant annet, resultert i ønsket om innføring av kunnskapsbasert praksis. Det begynte med at mange mente at legene ikke holdt seg oppdatert på det nyeste innen forskningen og drev praksis på «gammel» kunnskap (Terum & Grimen, 2009, p. 11). Det utviklet seg etter hvert til å gjelde flere og flere av profesjonsyrkene og kalles nå evidensbevegelsen. «Slik vi ser det, er mye av motivasjonen bak evidenstankegangen et ønske om å forbedre profesjonelles handlings- og beslutningsgrunnlag gjennom å styrke deres kunnskaper» (Terum & Grimen, 2009, p. 11). Videre foregår det en intens debatt om evidenstanken bør innføres, hvordan den bør innføres og i hvilken form den bør innføres. De peker også på at det ikke bare er et spørsmål for fagpersonene som er involvert, men også et politisk spørsmål. Evidensbevegelsen har, med andre ord, satt spørsmålsteget ved profesjonenes kunnskapsgrunnlag og mener at den ikke nødvendigvis er oppdatert med det siste innen forskningsbasert kunnskap.

Dette reiser blant annet spørsmålet om hvilken vekt forskjellige typer vitenskapelig kunnskap skal gis, hvilken vekt man skal tillegge erfaringer og skjønn, og hvilken vekt klienters (pasienters, brukeres og andres) erfaringer, ønsker og verdier skal gis. I sin forlengelse er det et spørsmål om *hva slags* profesjonelle yrkesutøvere vi vil ha, og hva leger, lærere eller sosialarbeidere bør kunne. (Terum & Grimen, 2009, p. 11).

Som en motsats til Grimen kan det se ut til at evidensbevegelsen tillegger teoretisk kunnskap større vekt enn praktisk kunnskap. Det igjen viser at det ikke er noen konsensus i forhold til hvordan vi skal forstå profesjonenes kunnskapsgrunnlag, ei heller hvordan man skal vektlegge de ulike kunnskapsformene.

### 3.2 Samarbeid

Hverdagsrehabilitering er nært beslektet med både helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid (Tuntland & Ness, 2014, p. 25) men hovedvekten er på rehabilitering hvor begrepet hverdagsmestring er en av grunnpilarene. Tuntland & Ness (2014, p 28) sier det slik: «Hverdagsmestring er et tankesett som vektlegger den enkeltes mestring uansett funksjonsnivå» og dette er helt i kjernen av hva hverdagsrehabilitering er. Man skal utnytte den enkeltes evner til selv å kunne mestre sitt eget hverdagsliv. Det er også helt i kjernen av hva som er hovedproblemet i rehabiliteringen av hørselshemmede. Brukerne klarer ikke å betjene det tekniske utstyret de har fått tildelt og gir til slutt opp og legger det bort. Hvor mange som ikke bruker høreapparatene varierer fra 3 prosent - 25 prosent i ulike studier (Solheim, Shiryeva, & Kværner, 2016, p. 482). Årsakene kan være mange, men det kan se ut til at de «slippes» av hjelpeapparatet før de har klart å bli selvstendige, for «follow-up support» angis som en viktig faktor for å lykkes (Solheim, Kværner, Sandvik, & Falkenberg, 2012, p. 300).

Hverdagsrehabilitering organiseres på mange ulike måter, men alle organiseringsformene forutsetter et nært samarbeid mellom de ulike deltagerne og de mange profesjonene som er involvert. Det økte kravet til samarbeid mellom profesjonene er godt beskrevet i litteraturen. Marte Feiring, en ledende norsk forsker innenfor den historiske utviklingen av rehabiliteringsområdet, argumenterer for at det har skjedd en utvikling fra en tradisjonell yrkesorientert rehabilitering til dagens samfunnsorienterte rehabilitering, hvor økte krav til samarbeid på tvers av både sektorer, forvaltningsnivåer, yrkesgrupper og målgrupper står

sentralt (Feiring, 2013). Sandvin er en annen forsker som også tar til ordet for at det har skjedd en utvikling innen rehabiliteringspolitikken, hvor brukermedvirkning, koordinering og samhandling står sentralt (Sandvin, 2012, p. 59). Hverdagsrehabiliteringen kan ses på som en innovasjon i kommunene og et svar på de stadig økende kravene til samarbeid i kjølvannet av den historiske utviklingen. Willumsen et al (2014) ser på det økte kravet til samarbeid som en politisk respons på og erkjennelse av at det offentlige helsetilbudet har blitt mer fragmentert de siste årene.

Dette strategivalget kan betraktes som en nasjonal politisk respons på og erkjennelse av at høy grad av faglig spesialisering, kombinert med vertikal ansvarsfordeling mellom tre offentlige forvaltningsnivåer; kommune, fylke og stat, og horisontal funksjonsdeling mellom tallrike profesjoner og fagmiljøer, medfører fare for fragmentering (Willumsen, Simes, & Ødegård, 2014, p. 19).

Et samarbeid kan ha flere former. Det offentlige helsetilbudet er i stadig endring og dermed utfordres også samarbeidsformene slik at de utvikles og tilpasses endringene som skjer. Hagland og Solvang (2012) benevner tre hovedtyper av samarbeidsformer; flerprofesjonell, tverrprofesjonell og transprofesjonell, hvor graden av involvering i hverandres arbeid øker fra førstnevnte til sistnevnte (Solvang & Slettebø, 2012, p. 254). Willumsen (2014) problematiserer begrepsbruken og sier at det ikke er hverken nasjonal eller internasjonal konsensus om bruk av begreper. Tverrprofesjonelt har vært det begrepet som har vært mest brukt i Norge, men med økte krav om brukermedvirkning og involvering av andre parter er det mange som mener at dette blir for smalt. Ord som samverkan, samarbeidspraksis, coproduction, collaborative care med flere (Willumsen et al., 2014), er forsøk på å imøtekomme dette kravet. Og i tillegg øker kravet til hva hver enkelt skal kunne av både sine egne og andres oppgaver. Kunnskapsbasene til de involverte vil flyte over i hverandre, for å referere til Grimen. På den måten kan en si at samarbeidsformen i hverdagsrehabilitering nærmer seg det som nevnt ovenfor kalles transprofesjonelt samarbeid – hvor aktørene helt eller delvis utfører hverandres oppgaver. Det er likevel ikke dekkende for den høye graden av brukermedvirkning som det legges vekt på i hverdagsrehabiliteringen. Når jeg da i tillegg spør om kunnskap om hørsel, som ingen i gruppen har formell kompetanse på, men som mange av brukerne de møter trenger, blir kompleksiteten og kravene som stilles til samarbeid og kunnskap i denne gruppen tydelige.

### 3.3 Definisjon av rehabilitering

De senere årene har det vært en utvikling fra å se på rehabilitering som en opptrening av kroppslige defekter til også å inkludere sosiale tilretteleggelser i omgivelsene til brukerne, noe Feiring benevner en ny samfunnsorientert praksis (Bickenbach, Chatterji, Badley, & Üstün, 1999; Feiring, 2013). Solvang og Slettebø fremhever at rehabiliteringen er mangfoldig og et begrep som har vært vanskelig å definere: «Rehabilitering er et begrep som notorisk unndrar seg en klar definering» (Solvang & Slettebø, 2012, p. 15). Og i mangel på en definisjon utviklet av fagpersoner innenfor området, har vi i Norge støttet oss til en definisjon offentliggjort i stortingsmeldingen «Ansvar og meistring». Høsten 2017 ble det sendt ut en høring fra regjeringen med forslag til en ny og revidert definisjon av rehabilitering og habilitering med høringsfrist 7. november samme år. Forslaget er fortsatt under behandling og denne oppgaven hviler derfor på den «gamle» definisjonen av rehabilitering lansert i stortingsmeldingen «Ansvar og meistring», hvor rehabilitering blir forstått som:

tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet (St.meld. nr. 21, 1998-99 Kap.2.1).

Samarbeidsformen det er lagt opp til i hverdagsrehabilitering samsvarer godt med denne definisjonen, hvor de profesjonelle skal gi støtte og hjelp slik at brukerne kan mestre egen hverdag i eget hjem. Selv om mye av kritikken mot denne definisjonen har handlet om at de anser rehabiliteringen som en tidsavgrenset prosess, passer den likevel til hverdagsrehabiliteringen som nettopp er tidsbegrenset.

### 3.4 Ulike forståelser av funksjonshemming

Det har opp gjennom tidene vært ulike syn på hvordan man skal forstå funksjonshemming. I litteraturen beskrives forskjellige forståelser av begrepet funksjonshemming hvor den medisinske og den sosiale modellen har vært drøftet spesielt (J. Grue, 2014; Hammell, 2006). I et medisinsk perspektiv anses hørselstap som en «defekt» ved brukerens kropp og tiltaket blir å prøve å reparere denne defekten, enten ved operasjon eller ved tilpasning av høreapparater. Ut fra et sosialt perspektiv ser man derimot årsakene til funksjonshemmingen i for dårlig tilrettelegging av de sosiale omgivelsene til den hørselshemmede, som for eksempel



gode signal/støyforhold, teksting, visuelle varslingsanlegg og så videre. Disse to modellene blir ofte sett på som motpoler og hver for seg gir de en begrenset mulighet for å kunne forklare hvordan en person med en funksjonsnedsettelse opplever funksjonshemming i samspill med sine omgivelser. Jeg legger derfor en nyere modell til grunn, som vektlegger både det medisinske og det sosiale perspektivet – den relasjonelle forståelsen av funksjonshemming. «Funksjonshemmingen utgjør i denne modellen et manglende samsvar, et misforhold, mellom enkeltmenneskers forutsetninger og de kravene som omgivelsene stiller til enkeltmenneskers funksjonsevne» (Lid & Søbstad, 2013, p. 26). I mitt tilfelle tenker jeg da spesielt på misforholdet mellom hvilke forutsetninger den enkelte har for å håndtere hørselstapet sitt og omgivelsenes krav til selvstendighet blant hørselshemmede. Det kan se ut til at det langt på vei forventes at når de er ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten, skal de klare resten på egenhånd.

## 4. Dagens situasjon for hørselshemmede

I dette kapitlet gir jeg en presentasjon av de vanligste faggruppene som er involvert i rehabilitering av eldre hørselshemmede og en forenklet presentasjon av hvordan tildelingsprosessen foregår. Videre gir jeg informasjon om antall tildelinger av høreapparater per år og om hvilke kommunale tilbud som finnes for hørselshemmede per i dag.

### 4.1 Tildelingsprosessen

Alle hørselshemmede i Norge har krav på å få dekket utgifter til høreapparater opp til en viss prisgrense angitt av NAV. NAV forhandler frem avtaler med høreapparatleverandørene om hvilke høreapparater som skal kunne tildeles. Offentlige høresentraler samt privatpraktiserende Øre-Nese-Hals (ØNH) leger med avtaler om rekvisisjonsrett har anledning til å tildele nye høreapparater finansiert av NAV. ØNH-legene har ansvar for utredning og diagnostisering av hørselstap og audiografer har ansvar for tilpasning av høreapparater.

Brukerne må starte prosessen med å ta kontakt med fastlegen sin. Fastlegen henviser brukeren videre til enten en høresentral eller en privatpraktiserende ØNH-lege. Hvor lang tid det tar fra henvisning til påbegynt utredning varierer mye avhengig hvor i landet man bor. Hørselshemmedes Landsforbund har i sitt fagblad Din Hørsel siden 2007 operert med et

ventelistebarometer hvor de følger med på de ulike ventetidene. De kan variere fra bare noen uker noen steder til flere måneder og opp mot et år andre steder.

Brukeren kommer så først til ØNH-legen som gjør en medisinsk vurdering med en grundig ØNH-status og anamnese, audiografen foretar deretter en audiologisk utredning hvor et eventuelt hørselstap kartlegges og legen fremsetter til slutt en diagnose. Det er spesielt viktig å få fjernet eventuell ørevoks i øregangene som kan stoppe lyden og få en fullstendig mellomørestatus for å eventuelt utelukke mulighetene for en operasjon. Videre foretar audiografen en behovsutredning av brukeren hvor ulike sider ved konsekvensene av hørselstapet diskuteres og hvor de personlige behovene og utfordringene til den enkelte bruker kartlegges. Ved behov anbefaler audiografen å prøve høreapparater eller andre hørselstekniske hjelpemidler. Hvis så, blir det gjort en ny avtale for tilpasning av høreapparater. Også mellom disse to konsultasjonene må brukerne være forberedt på at det kan være ventetid på opp mot en til to måneder.

På tilpasningstimen får brukeren oftest anledning til å prøve ulike typer høreapparater og velge det han/hun liker best. Audiografen går så gjennom bruk og stell av høreapparatene samt eventuelt tilleggsutstyr og brukeren får øve på de praktiske ferdighetene som trengs. Etter tilpasningstimen tar brukerne med seg høreapparatene hjem og prøver de noen uker før de kommer tilbake på kontroll. Vanlig utprøvningsstid er 4 – 8 uker. Hvor mange kontrolltimer de trenger varierer, men 1 – 3 er vanlig. I løpet av kontrolltiden gjentas ofte bruk og stell av høreapparatene og brukeren tar en avgjørelse på om han/hun vil beholde de eller ikke. Man har full returrett hvis man ikke ønsker dem. Deretter skal brukerne være ferdige i spesialisthelsetjenesten, men en ser at det likevel er det mange som beholder kontakten med audiografen sin og tar kontakt igjen her hvis de enten trenger hjelp med betjening, justering av lyden eller trenger reparasjon på høreapparatet. Å få videre oppfølging hos spesialisthelsetjenesten oppleves som positivt for den enkelte bruker, på den annen side vil det medføre økte ventetider for dem som står på venteliste for å få utredning/ tilpasning av nye høreapparater.

## 4.2 Antall tildelinger av høreapparater

I Norge tildeles det ca. 85 000 nye høreapparater hvert år (Norsk Teknisk Audiologisk Forening, 2017). Hvis så mange som 25 prosent, i verste fall, av disse ikke blir brukt er det snakk om ca. 21 000 høreapparater. Hvert høreapparat koster staten ca. 6000 kr, så her er det snakk om både mye bortkastede penger for staten og tapt livskvalitet for de som ikke får til å bruke de.

## 4.3 Kommunale tilbud for hørselshemmede

I forbindelse med denne oppgaven ønsket jeg å undersøke hvilke publikasjoner som beskrev kommunale rettigheter, plikter og tilbud knyttet til rehabilitering av hørselshemmede. Det viste seg å bli en utfordring og jeg tok derfor kontakt med biblioteket ved OsloMet for å få hjelp. Bibliotekaren som assisterte meg hadde gjort noen innledende søk basert på stikkordene vi hadde identifisert, i tillegg søkte vi i samarbeid på nettsidene til både Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, Helse-Norge og Helsetilsynet i tillegg til enkelte enkeltkommuner og generelt søk på google. Søkordene vi brukte var: «hørselshemmet», «høreapparat», «rehabilitering» og «oppfølging». Sammen klarte vi heller ikke å finne noe og en kan derfor anta at det ikke finnes lett tilgjengelig informasjon om dette tema, hverken for brukere, pårørende eller fagpersoner – hvis det i det hele tatt finnes. Lignende funn er gjort i «Opptappingsplanen for rehabilitering (2017-2019)» hvor de oppgir tilbudet til hørselshemmede som lite tilgjengelig (Særtrykk til Prop. 1 S, 2016-2017, p. 20).

## 5. Tidligere forskning på feltet

I dette kapitlet presenterer jeg en gjennomgang av litteraturen jeg fant relevant for formålet med denne oppgaven. Jeg har hatt behov for å gjøre flere ulike litteratursøk avhengig av hva jeg har vært ute etter. Fremgangsmåten er derfor presentert under hver av underoverskriftene i kapitlet.

### 5.1 Hverdagsrehabilitering

For å finne litteratur på tema hverdagsrehabilitering startet jeg med et generelt søk på google hvor jeg la inn begrepet. Jeg kom da raskt til nettsiden [hverdagsrehabilitering.no](http://hverdagsrehabilitering.no) hvor jeg fant mye relevant informasjon. Videre fikk jeg også tips der til fagbøker skrevet om temaet og

offentlige dokumenter tilknyttet temaet. Videre søk ble gjort i Oria med søkeordet «hverdagsrehabilitering».

Hverdagsrehabilitering, som vi kjenner det i dag, har sin opprinnelse i Øresund i Sverige. De innførte hemrehabilitering allerede i år 2000. Men den kommunen som kanskje har hatt størst betydning for den store utbredelsen av hverdagsrehabilitering er Fredericia kommune i Danmark og deres stadige evalueringer med positive resultater både for brukere, fagpersoner og kommuneøkonomien. De innførte hverdagsrehabilitering i 2008 (Hverdagsrehabilitering.no, 2014). Hverdagsrehabilitering er et nytt felt og det er kun publisert en begrenset mengde uavhengige forskningsresultater som fokuserer på hvorvidt denne rehabiliteringsformen gir bedre resultater enn tradisjonell hjemmetjeneste (hjemmesykepleie og hjemmehjelp). Det er imidlertid publisert noen studier de siste årene som viser positive resultater, senest en studie gjort i Norge av Langeland et al (Fürst & Høverstad, 2014; Langeland et al., 2016; Tuntland, Aaslund, Espehaug, Forland, & Kjekken, 2015). Jeg har ikke klart å finne forskning som viser negative resultater av hverdagsrehabilitering, med det mener jeg hvor denne formen for rehabilitering viser seg å gi dårligere resultater for brukerne enn tradisjonell hjemmetjeneste. I Norge anser man starttidspunktet for innføring av hverdagsrehabilitering å være et frokostseminar om emnet i regi av ergoterapeutforbundet i 2011. Det resulterte i samarbeidsprosjektet: «Innføring av hverdagsrehabilitering i norske kommuner» mellom Norsk ergoterapeutforbund, Norsk sykepleierforbund og Norsk fysioterapeutforbund. Senere ble også KS med i prosjektet (Hverdagsrehabilitering.no, 2014). Stadige nedskjæringer i offentlige bevilgninger, samt en hurtig forventet økning av den eldre befolkningen i de nærmeste årene, anses som noe av beveggrunnen til den store viljen til å tenke nytt (Kjellberg, Ibsen, & Kjellberg, 2011, p. 3).

### 5.1.1 Hverdagsrehabilitering og hørsel

Tema hverdagsrehabilitering knyttet til hørsel er det, så langt jeg kan finne, gjort lite eller ingen forskning på. Jeg har identifisert to arbeider som det kan være interessant å sammenlikne med. Solheim et al gjorde en undersøkelse blant ansatte på sykehjem hvor målet var å kartlegge de ansattes kunnskaper om beboernes hørsel og høreapparater (Solheim et al., 2016). Konklusjonen deres var i store trekk at det er behov for mer kunnskap om hørsel og høreapparater blant de ansatte på sykehjem og at det må utvikles bedre oppfølgingsrutiner for hørselshemmede beboere.

Jeg fant også en masteroppgave hvor det var gjort kvalitative intervjuer av sykepleiere i hjemmetjenesten og deres opplevelse av å kunne hjelpe hørselshemmede (Ochoa, 2014). Hun finner at kunnskapen om hørsel og høreapparater er begrenset blant sykepleierne i hjemmetjenesten og at de «opplever i liten grad å gi et adekvat tilbud til de eldre hørselshemmede» (Ochoa, 2014, p. 72). Hun konkluderer også med at hørselstap er et nedprioritert tema i hjemmetjenesten og at sykepleierne opplever et uoversiktlig samarbeid mellom kommunen, spesialisthelsetjenesten og hjelpemiddelsentralene.

## 5.2 Konsekvenser av hørselstap

Litteratursøket til denne delen av oppgaven har foregått som følgende: Jeg startet med å kontakte Jorunn Solheim, audiograf og audiopedagog med PhD, for å høre om hun kunne anbefale litteratur angående mitt tema. Hun er en ledende skikkelse innenfor det audiologiske forskningsmiljøet i Norge og den første audiografen med doktorgrad. Hun tipset meg om forskningsartikkelen sin, som senere dannet grunnlaget for utformingen av spørreskjemaet i denne oppgaven (Solheim et al., 2016). Videre gjorde jeg et kjedesøk ut fra litteraturlisten i denne artikkelen og fant mye relevant litteratur som igjen førte meg til andre litteraturlister i andre artikler. Det ble en snøballeffekt hvor det ene ledet til det neste. Søkedatabasen Oria har vært til stor hjelp når jeg har søkt etter artikler jeg har fått tips om på denne måten. Der la jeg inn forfatternavn eller tittel på artikkelen jeg var ute etter. Jeg har også søkt etter litteratur utgitt fra 2016 for å supplere funnene fra forskningsartikkelen med eventuell nyere litteratur. Jeg tok utgangspunkt i PICO-modellen og søkte i søkemotoren Medline. Jeg har søkt flere ganger i løpet av perioden, ettersom jeg har sett behov for mer litteratur. Søkeordene jeg brukte var: «hearing impaired», «hearing loss», «hearing aid», «follow-up», «rehabilitation».

I dette kapitlet tar jeg for meg de mellommenneskelige faktorene som sosiale-, psykologiske- og relasjonelle konsekvenser av hørselstap. Jeg har i denne gjennomgangen valgt å ikke ta med audiologiske konsekvensene av hørselstap som forhøyet høreterskel, nedsatt taleoppfattelse, nedsatt lydlokalisering og nedsatt selektivitet med hensyn til frekvens, nivå og tid, for å nevne noen. Det ville blitt for omfattende for denne oppgaven og har mindre betydning for å få besvart problemstillingene mine.

Å ha et hørselstap er først og fremst et sosialt handikap. Man mister kontakten med menneskene rundt seg. Evnen til å kommunisere med andre mennesker avtar jo større

hørselstapet blir. Dette gjelder mange og hvem har vel ikke opplevd at en gammel onkel eller tante, eller andre man kjenner, har svart på noe helt annet enn det de ble spurt om. Eller at de gjentar noe som akkurat har blitt sagt av andre. Det er leit for dem, for de merker på ansiktsuttrykkene til dem de snakker med at noe ble «feil», de vet bare ikke hva. I tillegg er det mange som har fortalt meg at de vegrer seg for å spørre om igjen, hvis det er noe de ikke har fått med seg. Det kan gå greit å spørre én gang, men når en må spørre kanskje både to og tre ganger og fremdeles ikke har fått med seg det som har blitt sagt, gir man opp. Mange som snakker med hørselshemmede kan til og med reagere med å bli irriterte og svare «bare glem det». Fra gammelt av ble de som hørte dårlig sett på som «dummere» enn oss andre, derfor tror jeg det er veldig mange hørselshemmede som er redde for å bli oppfattet som dumme når de ikke får med seg det som blir sagt.

*Isolasjon og ensomhet* er fremtredende blant hørselshemmede (Pronk et al., 2011). De får, som sagt, ikke alltid med seg det som blir sagt og vegrer seg for å spørre om igjen. Mange ganger later de som de har oppfattet det som har blitt sagt. Dette er en vond følelse og mange synes derfor det er tryggere å bli hjemme enn å risikere å bli oppfattet som «dum». Det er også mange som må bruke fryktelig mye energi på å få med seg det som blir sagt. Det er slitsomt og de velger av den grunn å bli hjemme. I tillegg kan støy gjøre fysisk vondt i ørene for mange hørselshemmede. Isolasjon og ensomhet er i seg selv alvorlige konsekvenser av hørselstap, men i den senere tid har man også blitt oppmerksom på en konsekvens av denne isoleringen som kan gi ytterligere redusert helse. Det har vist seg at det kan være en sammenheng mellom hørselstap og *økt risiko for fallskader* (E. V. Grue, Kirkevold, & Ranhoff, 2009). Når man trekker seg tilbake og oppholder seg mest hjemme svakkes kroppen fysisk. Den får ikke den samme hverdagsmosjonen som den ellers ville fått ved vanlig hverdagsaktivitet. En slik reduksjon i aktivitetsnivået fører videre til svekkede muskler som til slutt kan resultere i større sannsynlighet for fall. En konsekvens av at en identifiserer en sammenheng mellom sansetap og følgeskader, som gjengitt i studiet nevnt over, vil være at en må tenke helhetlig for å kunne gi brukerne de beste forutsetningene for å kunne mestre sin egen hverdag i eget hjem. Hørsel må dermed tas med i betraktningen når en tenker helsefremmende og forebyggende arbeid.

Det er også forsket på andre konsekvenser av isolasjon og ensomhet. Valtorta et al (2016) har gjort en systematisk oversikt over studier som ser på sammenhengen mellom ensomhet og

sosial isolasjon og *økt risiko for konorar hjertesykdom og hjerneslag*. De så ikke på hørselshemmede spesielt men ensomme generelt. Dette er de to vanligste sykdommene som forårsaker tidlig død i vestlige land. De finner at det er en økt risiko for konorar hjertesykdom og hjerneslag, men de presiserer at det trengs mer forskning på området for å kunne konkludere sikkert (Valtorta, Kanaan, Gilbody, Ronzi, & Hanratty, 2016).

Å sitte mye alene hjemme er heller ikke bra for den mentale helsen vår. Vi er «flokkdyr» som trenger samvær med andre mennesker for å få bekreftelse på hvem vi er og for å ha det godt mentalt. Det er derfor ikke helt uventet at det i studier er funnet sammenheng mellom hørselstap og *depresjon* (Boi et al., 2012).

*Redusert mestringsfølelse* (Mick, Kawachi, & Lin, 2014; Pronk et al., 2011) er også vanlig å finne i forskning blant hørselshemmede. Med alderen er det ikke bare hørselen som svekkes. Mange opplever også å få både redusert syn og redusert følsomhet i fingrene, som igjen gir redusert finmotorikk. Høreapparatene og de hørselstekniske hjelpemidlene har i dag blitt stadig mindre, som et svar på de kosmetiske fordringene som ligger i det å skal gå med et høreapparat på øret. Folk bryr seg om hvordan de ser ut, heldigvis, og vi går ikke med hvilke som helst briller på samme måte som vi vil at høreapparatene også skal se best mulig ut. Dermed er det mange eldre som strever med å betjene høreapparatene rett og slett på grunn av redusert syn og finmotorikk. Dette kan gi redusert mestringsfølelse da de føler seg klønete og det å lære seg nye ting tar lengre tid enn tidligere. Men redusert mestringsfølelse kan også knyttes til noe så enkelt som det å ikke mestre å slå av en prat med naboen over hekken.

Det er essensielt å finne ut hva som står på spill ved ubehandlede hørselstap. Sammenhengen mellom hørselstap og *demens* er et mye omdiskutert tema. En systematisk oversikt gjort av Thomson et al indikerer at det er en sammenheng mellom hørselstap og demens (Thomson, Auduong, Miller, & Gurgel, 2017). De med hørselstap har større sannsynlighet for å bli dement sammenliknet med de som ikke har et hørselstap. Forskning har også vist at auditiv deprivasjon (mangel på lydstimulering) kan være skadelig for organiseringen av hørselssenteret i hjernen og dette er spesielt forsket på i forbindelse med språkutviklingen hos barn (Bamiou, Musiek, & Luxon, 2001, p. 363). Det kan gi seg utslag i dårligere taleoppfattelse. En skal merke seg at symptomene på demens kan forveksles med symptomene på hørselstap. Det har vært tilfeller hvor eldre mennesker har blitt mistenkt for å

være demente, hvor det i ettertid har blitt konstatert at det kun har vært snakk om nedsatt hørsel.<sup>2</sup>

Med alderen kan man få reduserte kognitive ferdigheter som evne til å huske, lære seg noe nytt, være oppmerksom, kunne planlegge, tenke logisk, vise dømmekraft, beregne avstander/ha romforståelse, forstå og bruke språk, ta initiativ til ting, utføre handlinger, tenke abstrakt og så videre. Det har vært gjort studier som bekrefter *sammenheng mellom høreapparatbruk og reduserte kognitive problemer* (Acar, Yurekli, Babademez, Karabulut, & Karasen, 2011; Boi et al., 2012; Dawes et al., 2015; Mosnier et al., 2015). Det vil si at de som bruker høreapparater har mindre kognitive problemer enn de som ikke bruker høreapparater, men har et hørselstap. Det har også vært gjort studier som avkrefter denne sammenhengen (Allen et al., 2003; Van Hooren et al., 2005). Dette er dermed et uavklart spørsmål som det må forskes mer på før man eventuelt kan utelukke en slik sammenheng. Viser det seg i fremtiden at det medfører riktighet, blir det et sterkt argument for å legge føringer for å ikke «slippe» de hørselshemmede før man er helt sikre på at de mestrer sitt eget hørselstap. For kognitive problemer kan i stor grad føre til uselvstendighet og behov for hjelp.

I en norsk studie er det gjort en systematisk litteraturoversikt over forskningslitteratur som omhandler *redusert livskvalitet* hos de med nedsatt hørsel (Nordvik et al., 2018). I de fleste artiklene fant de en sammenheng mellom hørselstap og redusert livskvalitet, men konkluderer med at det trengs ytterligere forskning for å verifisere dette. Sammenhengen mellom hørselstap og *ubehag, angst og stress* så de også på. Der var det en klarere sammenheng. De med hørselstap var mer plaget av dette enn de uten hørselstap. Jeg har også opplevd å møte mange som er veldig stresset og bekymret for å ikke få med seg alt som blir sagt. Jeg husker spesielt godt en ung lege som hadde store problemer i vaktskifte-møtene på sykehuset, hvor de som gikk av vakt skulle gi informasjon til de som kom på vakt. Det er ikke vanskelig å skjønne at det kan skape store problemer hvis man går glipp av viktig informasjon på et slikt møte. Derfor har jeg inntrykk av at mange hørselshemmede går med «høye skuldre» og stive nakker som et resultat av anstrengelsene de har med å prøve å få med seg alt som blir sagt.

---

<sup>2</sup> Dette har jeg ikke klart å finne dokumentasjon for i litteraturen, men den går igjen som en av «skrekkehistoriene» som fortelles mellom fagpersonene involvert i hørselsrehabiliteringen.



Det har vært gjort mye forskning på temaet konsekvenser av hørselstap og det det har til dels vært vanskelig å orientere seg i all litteraturen. Det kan se ut til at det dukker opp stadig flere systematiske oversikter, noe jeg tenker er velkomment og vil være med på å gjøre temaet mere oversiktlig. Det som imidlertid kan se ut til å være utfordringene for de som skal lage disse systematiske oversiktene, er at de ulike studiene ofte ikke er lett å sammenlikne da de blant annet benytter seg av ulike studiedesign, ulike kartleggingsverktøy og ulike populasjoner. I og med at jeg har basert hovedvekten av litteraturen på referanser andre har brukt samt at jeg har funnet flere systematiske oversikter, føler jeg meg trygg på at jeg har funnet frem til relevant litteratur på området. I tillegg har jeg sjekket at alle artiklene jeg refererer til er fagfellevurdert.

### 5.3 Hva må til for å lykkes med høreapparater?

Hva som skal til for at brukerne skal bli selvstendige og «gode» høreapparatbrukere er det også gjort en del forskning på. Hickson et al fant blant annet at én av fire selvrapporterte kriterier for å lykkes er *god mestningsfølelse med hensyn til betjening og vedlikehold* av høreapparatene (Hickson, Meyer, Lovelock, Lampert, & Khan, 2014). Andre vektlegger også at problemer med å betjene høreapparatene er en av de viktigste årsakene til at høreapparatene ikke blir brukt (Bertoli et al., 2009). *Aksept av eget hørselstap og indre motivasjon* er også angitt som kritiske faktorer for høreapparatbruk, uavhengig av grad av hørselstap (Wilson & Stephens, 2003). Vestergaard et al (2010) gjennomførte en systematisk oversikt av litteratur som handlet om hvilke faktorer som påvirker blant annet høreapparatbruk og tilfredshet med høreapparater. De fant at *selvopplevde problemer og hindringer i hverdagen* på grunn av hørselstapet var avgjørende faktorer for både tilfredshet med høreapparatet, høreapparatbruk, hvorfor de søker hjelp og ved anskaffelse av høreapparat.

The fact that self-perceived hearing difficulties appeared to correlate positively with all four outcome variables is quite a noteworthy finding. It means that self-perceived activity limitation (and participation restriction) may be regarded as a very important determinant in aural rehabilitation as it is able to predict four key elements.

(Vestergaard Knudsen, Öberg, Nielsen, Naylor, & Kramer, 2010, p. 141)

En fellesnevner for mange studier er at de angir oppfølging «*follow-up support*» som en avgjørende faktor for å lykkes med høreapparater (Gianopoulos et al., 2002; Hickson &

Worrall, 2003; Solheim, 2011). Brukerne må ikke slippes ut på egenhånd før de er blitt trygge i den nye situasjonen og man er sikker på at de klarer å betjene det tekniske utstyret på egenhånd.

Selv om mye av forskningen som har vært gjort peker i samme retning, er det flere som tar til orde for at også disse studiene er vanskelige å sammenlikne på grunn av høyst ulike design og at de benytter seg av forskjellige måleinstrumenter som ikke lar seg direkte sammenlikne. I og med at funnene, på tross av de nevnte forskjellene, er temmelig samstemte og stemmer godt overens med hva fagfolk innenfor hørselsomsorgen kan kjenne igjen fra sin arbeidshverdag, kan en ikke undervurdere at de totalt sett med stor sannsynlighet har identifisert sentrale suksesskriterier for rehabilitering av hørselshemmede med høreapparater.

## 6. Design, utvalg og metode

I dette kapitlet presenterer jeg valg av design og en gjennomgang av fremgangsmåten for innsamling av empiri, både via spørreskjema og via en litteraturgjennomgang. Videre har jeg med etiske overveielser og refleksjoner rundt reliabilitet og validitet. Jeg avslutter kapitlet med en metoderefleksjon.

### 6.1 Valg av design

Et av målene med denne studien var å kartlegge kunnskapene til de som jobber innen hverdagsrehabilitering på tema rehabilitering av hørselshemmede. Designet falt dermed på en survey. Jeg kunne også valgt en kvalitativ tilnærming med enten fokusgruppeintervjuer eller enkeltintervjuer. Det ville imidlertid gitt meg en annen type data. Videre fant jeg tidlig i prosessen et spørreskjema benyttet i et liknende prosjekt (Solheim et al., 2016) som jeg anså som svært aktuelt for min studie, så en spørreskjemaundersøkelse ble derfor riktig for meg.

### 6.2 Survey

I denne studien var jeg ute etter å kartlegge hvordan situasjonen var ute i kommunene på en gitt tidspunkt. Datainnsamlingen ble gjennomført som en survey med hovedvekt på prestrukturerte spørsmål og svar, men med noen åpne spørsmål i tillegg. Spørreskjemaet ble utviklet i nært samarbeid med veileder basert på, som nevnt, spørreskjemaet til Solheim et al

(Vedlegg 1). Dette spørreskjemaet ble ikke validert den gang, men Solheim et al gjorde to pilotstudier samt fikk det fagfellevurdert før de tok det i bruk (Solheim et al., 2016, pp. 482-483). I tillegg har jeg testet spørreskjemaet jeg utviklet med en inter-rater-test hvor studentkollegaer av meg testet ut spørreskjemaet for meg. Jeg sendte ut skjemaet til åtte stykker og spurte om de kunne fylle det ut (dersom de jobbet med hverdagsrehabilitering) og sende meg kommentarer på hvordan de opplevde det. Tre svarte. Det anså jeg som tilstrekkelig da tilbakemeldingene var ganske samstemte. De syntes det var greit å forstå spørsmålene og hadde hovedsakelig kommentar på at jeg kanskje burde skille mer mellom høreapparater og hørselstekniske hjelpemidler. Hjelpemidler føler de at de kjenner til, mens høreapparater er mer fremmed. Dette var en verdifull kommentar som jeg tok med meg videre. Flere av spørsmålene fra det opprinnelige spørreskjemaet ble dermed delt, hvor jeg spurte om høreapparater og hørselstekniske hjelpemidler hver for seg, og ikke i samme spørsmål slik det opprinnelig var. Det medførte at jeg ikke kunne sammenlikne resultatene på disse spørsmålene direkte med Solheims resultater, men i og med at resultatene i begge undersøkelsene peker i samme retning lar det seg gjøre – så lenge jeg tar forbehold om det.

### 6.2.1 Populasjon og inklusjonskriterier

Populasjonen i undersøkelsen er alle ansatte som jobber med hverdagsrehabilitering i Norge. Inklusjonskriteriene var ansatte i kommuner som har hverdagsrehabilitering som ett av sine tilbud og som responderte på min forespørsel om å få tilsendt kontaktinformasjon.

### 6.2.2 Rekruttering av informanter

På facebook siden til hverdagsrehabilitering (<https://www.facebook.com/groups/441685639191444/>) oppdaterer de hvilke kommuner som har erfaringer med hverdagsrehabilitering. Per september 2017 hadde 210 kommuner gjort seg erfaringer med hverdagsrehabilitering. Denne oversikten benyttet jeg meg av når jeg skulle sende forespørsler til kommunene om å delta i undersøkelsen. Jeg gikk systematisk inn på samtlige av kommunene sine hjemmesider og søkte etter kontaktinformasjon. Av de 210 kommunene hadde 23 kommuner oppgitt en e-postadresse for henvendelser angående hverdagsrehabilitering. Av de igjen hadde fire kommuner oppgitt e-postadresser til samtlige som jobber med hverdagsrehabilitering i kommunen. Hos de resterende fant jeg en postmottak adresse som jeg sendte en forespørsel til for å komme i kontakt med den som er ansvarlig for hverdagsrehabiliteringen i den enkelte kommune (Vedlegg 2). Ved å sikre meg

kontaktinformasjon til de som faktisk arbeider med hverdagsrehabilitering håpet jeg å unngå at spørreundersøkelsen ikke ble besvart på grunn av feil mottager og på den måten prøvde jeg å sikre høyere deltagelse. Jeg valgte å sende ut e-postene én og én og ikke i kjede for å sikre meg at e-posten ikke skulle havne i spam filteret til mottakerkommunene.

Etter første runde hadde jeg kontaktinformasjon til 141 kommuner og én kommune hadde sagt fra om at tilbudet lå brakk. Jeg manglet dermed kontaktinformasjon til 68 kommuner. Da formulerte jeg et kort innlegg på facebooksidene til hverdagsrehabilitering og etterspurte kontaktinformasjon fra de jeg manglet (Vedlegg 3). Etter noen dager hadde jeg fått kontaktinformasjon til ytterligere 22 kommuner. Av disse var én fra en ny kommune jeg ikke hadde hatt informasjon om tidligere. Da hadde jeg kontaktinformasjon til 163 kommuner, både store, små og mellomstore, og det anså jeg som tilstrekkelig for mitt materiale. I alt hadde jeg samlet inn 232 e-postadresser som da utgjorde mitt brutto utvalg.

### 6.2.3 Innsamling av data

Informantene fikk tilsendt en e-post med informasjon om undersøkelsen og forespørsel om å delta (Vedlegg 4). Spørreskjemaet var digitalisert og lå som en link i e-posten. Jeg la samtidig ut informasjon på facebooksidene deres om at mange nå hadde fått en e-post med spørreundersøkelsen og oppfordret alle som hadde fått den om å svare (Vedlegg 5). Jeg oppfordret også de som ikke hadde fått e-post om å ta kontakt hvis de ønsker å være med. Innsamlingsperioden var på to uker. Etter 1 uke la jeg også ut en ny post på facebooksidene deres med link til spørreskjemaet og en oppfordring om å delta (Vedlegg 6). To dager før avslutning av datainnsamling la jeg ut en påminnelse på facebooksidene deres om at innsamlingsperioden nærmet seg slutten og oppfordret alle som ønsket å delta om å gjøre det innen to dager. Etter puringene kom det inn åtte besvarelser til. Totalt kom det inn 145 besvarelser som gir en svarprosent på 62,5 prosent.

Svarene ble automatisk lagret på en mottakerserver.

### 6.2.4 Statistiske metoder

Analysen av dataene fra spørreskjemaene ble gjort i statistikkprogrammet SPSS, versjon 23. Jeg har benyttet meg hovedsakelig av beskrivende statistikk i analysen av materialet. Frekvensanalyse ble benyttet for å se hvordan svarene fordelte seg på de ulike variablene. I tillegg gjennomførte jeg faktoranalyse.

### 6.3 Litteraturgjennomgang

Metoden har også bestått av en litteraturgjennomgang hvor jeg har sett spesielt etter dokumentasjon på hvilke konsekvenser ubehandlede hørselstap kan få. I det legger jeg både medisinske, psykologiske, sosiale og økonomiske konsekvenser. Både for de som ikke er diagnostiserte ennå, og for de som er ferdig utredet og tilpasset, men som ikke klarer å bruke høreapparatene sine. Dette for å få tak i bakgrunnsinformasjon/data til min argumentasjon for hvorfor nedsatt hørsel bør bli et kriterium på samme måte som andre inklusjonskriterier for hverdagsrehabilitering.

### 6.4 Meldeplikt og etiske overveielser

All samfunnsforskning i Norge er underlagt strenge forskningsetiske retningslinjer utformet av den nasjonale forskningsetiske komite for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH). Etiske vurderinger er noe man må gjøre gjennom hele studieløpet (Fangen, 2010, p. 191). Forskningen skal fremfor alt ikke skade deltagerne eller utsette dem for stigmatisering. Man må alltid veie den belastningen deltagerne utsettes for mot den informasjonen man eventuelt kan få tilgang til (Fangen, 2010, p. 190).

Denne undersøkelsen ble ikke meldepliktig eller konsesjonspliktig, selv om dataene ble lagret digitalt, da de ikke inneholder personopplysninger som for eksempel kjønn, alder og bosted. Ellers måtte jeg ha meldt inn til personvernombudet ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD) (Fangen, 2010, p. 191; Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2006, p. 97).

Å be noen blottlegge sine ferdigheter innenfor et kunnskapsområde kan oppleves som truende. Det var derfor viktig for meg å sikre deltagerne anonymitet og forsikre dem om at det ikke ville være mulig å identifisere hvem som har svart hva. Dette informerte jeg om i e-posten som ble sendt ut med forespørsel om å dela. Videre mener jeg at det ikke var noen ytterligere etiske dilemmaer med gjennomførelsen av denne undersøkelsen.

### 6.5 Reliabilitet – pålitelighet

Reliabiliteten sier noe om hvor pålitelige dataene er. «Reliabilitet knytter seg til nøyaktigheten av undersøkelsens data, hvilke data som brukes, den måten de samles inn på, og hvordan de bearbeides» (Johannessen, Christoffersen, & Tufte, 2016, p. 36). Jeg har vurdert mine data til

å være pålitelige. En av måtene å teste pålitelighet på er å gjenta en test to ganger, på samme utvalg, med noen ukes mellomrom og se om man får samme resultat, test-retest-reliabilitet. Det har jeg ikke gjort, men i og med at jeg ikke innhenter noen personopplysninger, spørsmålene ikke etterspør sensitiv informasjon, ei heller ting de må huske for å kunne svare på, og spørsmålene er konkrete og etterspør hva de kan og hva de eventuelt ikke kan, hva de ønsker informasjon om og eventuelt hva de ikke trenger mer informasjon om, tenker jeg at det er rimelig høy reliabilitet. Jeg tror de enkelt ville svart det samme igjen hvis de hadde fått spørsmålene på nytt. Høy reliabilitet minsker faren for systematiske feil. En annen måte å teste pålitelighet på er å se om forskjellige forskere får sammenfallende resultater når de undersøker samme fenomen, det gir interreliabilitet. Som vi skal se peker dataene fra Solheim et al (2016) i samme retning som resultatene i min undersøkelse, noe som også er med på å styrke reliabiliteten.

## 6.6 Validitet - gyldighet

Hvor godt representerer dataene mine den virkeligheten jeg undersøker? Måler jeg det jeg ønsker å måle? Dekker spørsmålene i spørreskjemaet det som kan anses som minimumkunnskap for å kunne hjelpe en hørselshemmet person i rehabilitering? Spørreskjemaet er som kjent fagfellevurdert. Det garanterer ikke validitet, men sannsynliggjør at spørsmålene er operasjonalisert og relevante i forhold til ønsket og nødvendig kunnskap. Jeg mener at spørreskjemaet fanger opp hvilken kunnskap de som arbeider med hverdagsrehabilitering har om rehabilitering av hørselshemmede.

## 6.7 Metoderefleksjon

Når man bruker et spørreskjema har man på forhånd bestemt seg for hva man vil vite noe om. Dermed kan man gå glipp av viktige perspektiver ved fenomenet man undersøker. Kvalitative intervjuer kunne gitt denne typen data, og på den måten gitt meg mulighet for å utvide forståelsen av fenomenet. Dette er prøvd kompensert ved å inkludere de åpne spørsmålene i spørreskjemaet. Der fikk respondentene mulighet for å komme med egne betraktninger rundt tema.

Videre har jeg noen refleksjoner rundt selve spørreskjemaet. Respondentene oppgir et stort behov for mer informasjon. I ettertid ser jeg at jeg også kunne spurt dem om de er åpne for å gjøre mer hvis de hadde fått adekvat opplæring. Det ville kunne hjulpet meg i diskusjonen om

hvorvidt rehabilitering av hørselshemmede bør bli en del av hverdagsrehabiliteringen. Det hadde også hjulpet meg hvis jeg hadde spurt de som oppga at de hadde fått opplæring om hvor de hadde fått den, av hvem og hvor mye det var snakk om. Da hadde jeg fått mer oversikt over hvordan det gjøres i dag. Jeg ser også at jeg kunne delt inn yrkesbetegnelsene enkeltvis for på den måten å kunne sammenliknet kunnskapen til de ulike profesjonene.

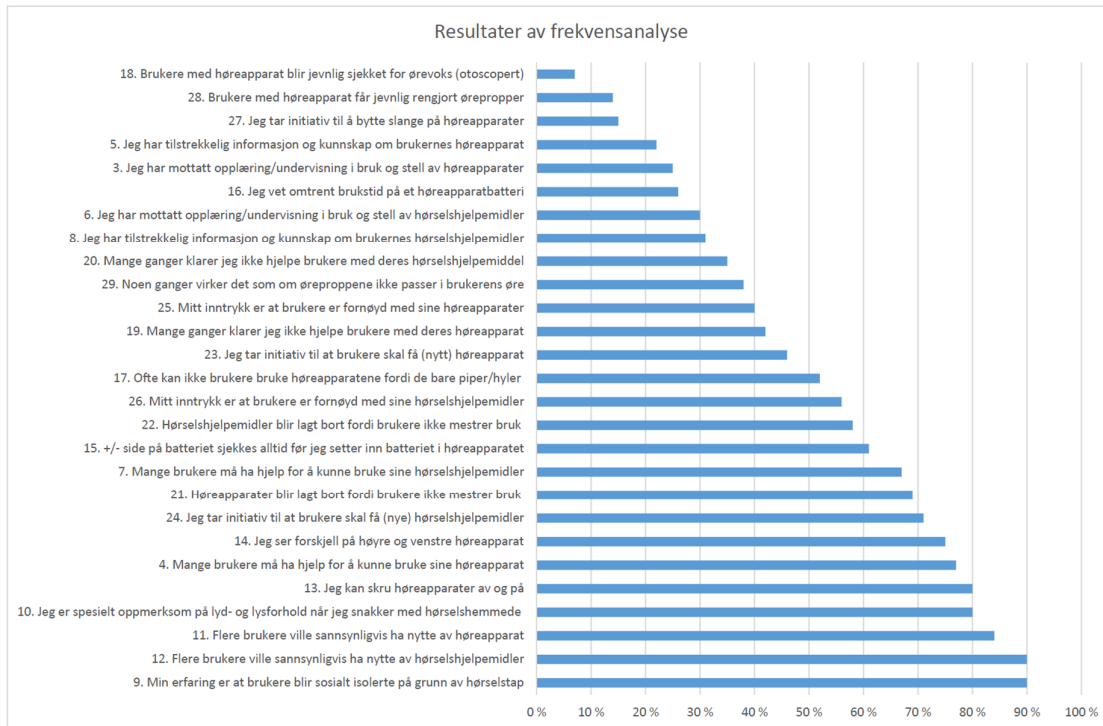
## 7. Hverdagsrehabiliteringsteamenes kunnskap om hørsel

I dette kapitlet presenterer jeg resultatene fra undersøkelsen min. Jeg har valgt å dele inn kapitlet i tre hoveddeler. I del en legger jeg frem frekvensanalyse av svarene i spørreskjemaet. I del to presenterer jeg resultatene av de åpne spørsmålene. Til slutt legger jeg, i del tre, frem resultatene fra faktoranalysen.

### 7.1 Frekvensanalyser

Nedenfor presenterer jeg en enkel oversikt over hvordan respondentene har svart på de ulike spørsmålene. Hvert spørsmål hadde følgende svaralternativer: «Helt enig», «litt enig», «nøytral», «litt uenig» og «helt uenig». På enkelte spørsmål kunne de også svare «vet ikke». I frekvensanalysen har jeg slått sammen besvarelsene fra de som svarte «litt enig» og «helt enig». For fullstendig oversikt se figur 2.

Underveis sammenlikner jeg mine resultater med tall fra Solheim et al (2016) sin artikkel. En skal dog merke seg at spørsmålene til Solheim et al inneholdt både høreapparater og tekniske hjelpemidler i samme spørsmål.



Figur 2. Resultater av frekvensanalysen med oversikt over hvordan respondentene har svart på de ulike spørsmålene. n = 145. Hvert spørsmål hadde følgende svaralternativer: «Helt enig», «litt enig», «nøytral», «litt uenig» og «helt uenig». Frekvensanalysen angir summen i prosent for de som svarte «litt enig» og «helt enig».

### 7.1.1 Deltagerne

Av faglig bakgrunn var 12 prosent miljøarbeidere/helsefagarbeidere/hjelpepleiere eller omsorgsarbeidere, 83 prosent sykepleiere/vernepleiere/ergoterapeuter eller fysioterapeuter og 5 prosent hadde annen bakgrunn. 57 prosent jobbet i egne hverdagsrehabiliteringsteam, 31 prosent som en del av hjemmetjenesten og 12 prosent var organisert på andre måter. 30 prosent oppgir at de får vedtak på hverdagsrehabilitering hvor hørsel og høreapparater er nevnt mens 58 prosent svarer nei på dette.

En ny norsk studie, publisert i Nordisk Tidsskrift for Helseforskning i januar i år, har undersøkt om det er forskjeller i kvaliteten på rehabiliteringen som blir gitt avhengig av hvordan hverdagsrehabiliteringen er organisert. Selv om deltagerne i studien så både positive og negative sider med de ulike organiseringsformene, konkluderte de med at det er små forskjeller i kvaliteten på rehabiliteringstilbudet så lenge de ulike organiseringsmåtene kan:



«iverksette, koordinere, administrere og delta i den praktiske gjennomføringen av rehabiliteringen» (Tuntland et al., 2015, p. 17).

At så mange som en tredjedel oppgir at de får vedtak på hverdagsrehabilitering hvor hørsel og høreapparater er nevnt, var for meg overraskende. Dette er slik jeg ser det med på å styrke behovet for hørselsfaglig kompetanse i hverdagsrehabiliteringen.

### 7.1.2. Manglende praktiske kunnskaper

Problemstillingen min gikk blant annet ut på å undersøke hvilken kunnskap dagens hverdagsrehabiliteringsteam ute i kommunene hadde på hørsel og høreapparater. Respondentene mener at mange blir isolerte på grunn av hørselstap (90 prosent, Solheim 78 prosent), de mener at flere sannsynligvis ville hatt nytte av høreapparater (84 prosent, Solheim 78 prosent) og 90 prosent mener flere ville hatt nytte av hørselstekniske hjelpemidler. De mener også at mange brukere trenger hjelp med høreapparatene sine (77 prosent, Solheim 83 prosent) og at høreapparater blir lagt bort fordi brukerne ikke mestrer bruk (69 prosent, Solheim 50 prosent). Litt færre mente at brukerne trenger hjelp med hørselstekniske hjelpemidler (67 prosent) og at hørselstekniske hjelpemidler blir lagt bort fordi brukerne ikke mestrer bruk (58 prosent). Under halvparten har et inntrykk av at brukerne er fornøyde med høreapparatene sine (40 prosent, Solheim 30 prosent), mens litt over halvparten (56 prosent) mener at brukerne er fornøyd med de hørselstekniske hjelpemidlene sine.

Et stort flertall ser at det er brukere som sliter med hørselen og som burde hatt hjelp. De har med andre ord en eller annen form for kompetanse som gjør dem i stand til å oppdage det. Videre ser vi at det er et stort samsvar mellom resultatene i de to undersøkelsene og de peker i samme retning. Dette er et sentralt funn da det er med på å underbygge at det er et reelt behov for hørselsrehabilitering i den gruppen brukere som mottar hverdagsrehabilitering. Isolasjon og ensomhet er sentrale konsekvenser av hørselstap (Pronk et al., 2011) og det kommer også tydelig frem her. De fleste av respondentene ser at brukere blir isolerte på grunn av hørselstap og at flere sannsynligvis ville hatt nytte av høreapparater. Hverdagsrehabilitering kan dermed være en fin arena å «plukke opp» de som selv ikke har tatt initiativ til å gjøre noe med hørselen sin og hjelpe dem i gang og samtidig følge opp de som har fått høreapparater, men som ikke klarer å bruke de.

I undersøkelsen av hvilken kunnskap de har, ble de spurt om de har mottatt opplæring og undervisning i bruk og stell av høreapparater. Kun et fåtall (25 prosent, Solheim 23 prosent) sier at de har mottatt opplæring/undervisning i bruk og stell av høreapparater og 22 prosent (Solheim 29 prosent) mener de har tilstrekkelig informasjon og kunnskap om brukernes høreapparater. Litt flere (30 prosent) sier at de har fått opplæring i bruk og stell av hørselstekniske hjelpemidler og 31 prosent mener de har tilstrekkelig informasjon og kunnskap om brukernes hørselstekniske hjelpemidler. 42 prosent (Solheim 35 prosent) oppgir at de mange ganger ikke klarer å hjelpe brukeren med deres høreapparat og tilsvarende 35 prosent for hørselstekniske hjelpemidler. Henholdsvis 23 og 25 prosent svarer nøytral på disse spørsmålene. Igjen ser vi at det er stort samsvar mellom de to undersøkelsene. Veldig få oppgir at de har fått opplæring/undervisning. Vi kan se en klar tendens til at respondentene er klar over egne begrensninger og at de mangler kunnskap for å kunne hjelpe de hørselshemmede brukerne. Med så mange som trenger hjelp, er det et klart misforhold mellom tilbud og etterspørsel her.

Videre var jeg interessert i å finne ut hvordan de møter hørselshemmedes behov for praktisk hjelp. Flertallet (80 prosent) sier at de er spesielt oppmerksom på lyd- og lysforhold når de snakker med hørselshemmede. De fleste kan også skru høreapparatene av og på (80 prosent) og ser forskjell på høyre og venstre høreapparat (75 prosent). 61 prosent (Solheim 64 prosent) sjekker batteriets +/- side før de setter det inn i høreapparatet mens kun 26 prosent (Solheim 29 prosent) vet omtrent brukstid på et høreapparatbatteri. Videre er det kun 15 prosent som tar initiativ til å bytte slanger på høreapparatene. Også her samsvarer svarene på de to undersøkelsene godt.

Når man snakker med en høreapparatbruker i et rom med mye støy, bør høreapparatbrukeren stå med ryggen til hovedmengden av støy (hvis han/hun har høreapparat med retningsmikrofoner, noe de fleste har i dag) og den han/hun snakker med bør ha minst mulig støy bak seg. Da vil brukeren få et best mulig signal-støy forhold og sjansene for å få med seg det som blir sagt øker. Der det er mulig er det aller beste å dempe/fjerne mest mulig av bakgrunnsstøyen. Med hensyn til lys, bør høreapparatbrukeren ha lyset/solen i ryggen slik at ansiktet til den han/hun snakker med har mest mulig lys på seg. På den måten kan hørselshemmede lese ansiktsuttrykket og lese på munnen til den han/hun snakker med uten at

det kommer skygge i veien for det. At så mange som 80 prosent sier at de tar hensyn til dette er veldig positivt for hørselshemmede.

På den annen side ser vi at kun 61 prosent sjekker batteriets +/- side før de setter det inn i høreapparatet. Hvis batteriet settes inn feil vei blir det ikke lyd i høreapparatet, på samme måte som at det ikke blir lys i en lommelykt hvis batteriene i den settes feil vei. Da vil høreapparatene fungere som hørselsvern i stedet for å gi bedre hørsel - lyden stenges ute av proppen som sitter i øret. Så det å sette inn et høreapparat i øret med batteriet feil vei, er verre enn å ikke ha høreapparat i øret. I tillegg er det kun 26 prosent som sier at de vet omtrent brukstid på et høreapparatbatteri. Batterilevetiden på et høreapparatbatteri varierer fra 2-3 dager til opptil en uke. Svært få varer lengre enn det. Så her er det en stor risiko for at, selv om man har sjekket at det sitter riktig vei, setter i et batteri som ikke fungerer. Det er snakk om helt elementær bruk av høreapparatene og viser at flertallet av respondentene ikke kan hjelpe brukerne med det. En kan si at det kanskje skulle kunne forventes at brukerne skal kunne dette selv etter endt tilpasning i spesialisthelsetjenesten, men informasjonsmengden der er stor og mange har lett for å glemme hva de har lært der. En av årsakene til det er at kommunikasjonsferdighetene våre svekkes med alderen, slik som Heap beskriver det:

Men lenger ut i alderdommen skjer uvilkaarlig en reduksjon av kommuniseringsferdigheten hos mange mennesker. Energi, hukommelse, konsentrasjonsevne, hørsel og syn kan reduseres og dermed evnen til effektiv, nyansert og livsberikende kommunikasjon (Heap, 1994, p. 74).

Halvparten (52 prosent) mener at brukere ofte ikke kan bruke høreapparatene fordi de bare piper/hyler. Bare 7 prosent (Solheim 34 prosent) svarer at brukerne blir jevnlig sjekket for ørevoks og 14 prosent (Solheim 30 prosent) sier at de jevnlig får gjort ren øreproppene sine. Hele 66 prosent svarer «vet ikke» eller «nøytral» på om brukerne blir jevnlig sjekket for ørevoks og 64 prosent svarer «vet ikke» eller «nøytral» på om brukerne får gjort ren øreproppene sine. 38 prosent sier at det noen ganger virker som om øreproppene ikke passer i brukerens øre. Solheims tall er her litt høyere enn i mitt materiale. En av grunnene til det kan være at i deres undersøkelse jobbet respondentene der brukerne bor (på sykehjem), så en kan forvente at de skal kunne vite mer om dette enn respondentene i min undersøkelse som bare er «på besøk» hos brukerne. Piping, voksproblematikk og rengjøring er et av hovedområdene

ved bruk og stell av høreapparater og er en av de vanligste årsakene til at høreapparater blir sendt inn til reparasjon eller blir lagt bort<sup>3</sup>. Svarene på disse spørsmålene er derfor spesielt bekymringsfulle og viser at brukerne ikke får hjelp der de virkelig trenger det.

Det er kun 46 prosent som tar initiativ til at brukerne skal få (nytt) høreapparat mens 71 prosent tar initiativ til nye hørselstekniske hjelpemidler. At under halvparten tar initiativ til at brukere skal få (nytt) høreapparat kan være et tegn på at dette er et område de ansatte i hverdagsrehabiliteringen ikke føler at de har ansvar for. Ellers blir det vanskelig å forklare hvorfor de ikke tar mer tak i det.

To av spørsmålene gikk direkte på rådgivning/veiledning, hvor jeg var interessert i å se om respondentene kunne veilede brukerne i hvordan de skal håndtere sin nye situasjon som hørselshemmet og hjelpe de med å forstå hvordan de skal bruke det nye tekniske utstyret. 27 prosent svarer nei, at de ikke veileder brukeren i hvorfor det tar lang tid å venne seg til å bruke høreapparater, fordi de ikke vet hvorfor. 52 prosent svarer nei, at de ikke veileder i hvordan brukerne kan få gradvis tilvenning til lyd, da de ikke vet hvordan. Kun henholdsvis 43 og 27 prosent svarer ja på disse spørsmålene. Dette er lavt med tanke på at mange trenger motivasjon og påfyll for hvorfor de trenger å få til å bruke høreapparatene jevnlig, ikke bare når de selv føler at trenger dem.

For å få en enkel tilnærming til hva som ligger i rådgivning/veiledning, har jeg valgt å legge frem hvordan jeg forklarer det til brukerne jeg møter: Vi kan sammenlikne øret med et piano, hver tone har sin faste plass. I et øre med en hørselsskade er pianoet skadet. Tangentene kan være svake eller falske, de kan være helt tause eller de kan være trege å starte. Det samme kan skje i øret – hørselen endrer seg. Men vi hører ikke med ørene, vi hører med hjernen. Ørene er bare en inngangsport som sender lyden videre til hjernen. Og hjernen er det ikke noe feil med, den har bare mindre å jobbe med når vi hører dårlig. Det kommer ikke opp like mye lyd og det kan komme opp helt forvrengt lyd. Hjernen vår er plastisk, den kan forandre seg, og den liker ikke å ikke ha noe å gjøre. Den tilpasser seg derfor hørselstapet og begynner å analysere lyden på nye måter, avhengig av hvordan hørselstapet ser ut. En slik prosess tar lang tid. Og

---

<sup>3</sup> Jeg har tidligere jobbet for en av høreapparatforhandlerne i Norge og via statistikker på reparasjonsårsaker sendt til NAV derfra har jeg erfart at dette stemmer.

hjernen har god tid på seg, for ofte tar det mange år fra en merker hørselstapet til en er villig til- og klar for å gjøre noe med det.

Når en da setter et høreapparat på øret, skjer ikke denne endringen over lang tid. Den kommer brått. Og brå forandringer liker ikke hjernen vår. Den vil protestere og si fra at dette ikke var behagelig. Det er derfor mange sliter med å komme i gang med høreapparater. De er ikke forberedt på denne brå forandringen og at det vil ta tid før hjernen har klart å venne seg til det nye lydbildet med høreapparater. Derfor råder jeg dem til å bruke de mest mulig og helst i helt stille omgivelser i starten. Det vil uansett være nok lyder i rommet til at hjernen merker at det har skjedd noe, men overgangen vil ikke bli like stor som hvis en har på seg høreapparatet i mye støy. En kan så gradvis øke støynivået rundt seg og til slutt klare å bruke høreapparatene i helt vanlige dagligdagse situasjoner – der de fortrinnsvis føler at de trenger dem. Ingen trenger høreapparater når man sitter helt alene hjemme og ikke skal hverken snakke med noen eller høre på noe, men det er som sagt viktig at de får forståelsen for hvorfor det likevel er her de skal begynne å bruke høreapparatene. Denne typen informasjon må gjentas mange ganger og yrkesgruppene som møter brukerne til daglig burde derfor kunne forventes å inneha denne kunnskapen, da det er en viktig del av oppfølgingen og rehabiliteringen.

### 7.1.3. Informasjonsbehov

Langt de fleste (80 prosent) oppgir at de har et behov for informasjon om hørselstap hos eldre, ulike typer høreapparater og om tema høretaktikk (gunstige lys- og lytteforhold, samtaleteknikk etc), mens litt færre (70 prosent) oppgir at de har behov for informasjon om vedlikehold og rengjøring av høreapparater. Henholdsvis 65 og 62 prosent sier at det har behov for informasjon om kontakt-fagperson vedrørende brukerens høreapparater og lovverket knyttet til høreapparat, hørselshjelpemidler og pedagogisk oppfølging. Halvparten svarer at de har behov for informasjon om kontakt-fagperson vedrørende brukerens hørselshjelpemidler. Jevnt over oppgir de et uttalt ønske om at dette vil de gjerne ha mer informasjon og kunnskap om. Hvorvidt det også betyr et ønske om å kunne «gjøre mer», og ikke bare «vite mer», har jeg derimot ingen forutsetninger for å kunne uttale meg om. Men jeg tenker at hvis de «vet» vil det kanskje også være lettere «å gjøre» hvis de først står i en situasjon med en bruker som trenger hjelp.

## 7.2 Hva mener respondentene om rehabilitering av hørselshemmede

Her tar jeg for meg de fem åpne spørsmålene fra spørreskjemaet. Jeg vil først legge frem resultatene fra analysen og deretter en kort diskusjon av resultatene. Analysen ble gjort ved at jeg først leste gjennom alle svarene per spørsmål. Deretter grupperte jeg inn svarene med likt innhold. Til slutt talte jeg opp hvor mange svar det var i hver gruppe.

*Hva gjør du hvis du møter en hørselshemmet bruker som du mener kunne hatt nytte av høreapparater, men som ikke har det?*

Her ønsket jeg å se hva de selv tenkte de kunne gjøre hvis de møtte en person med hørselstap som ikke hadde høreapparat. 117 svarte på dette spørsmålet. 36 svarte at de ville sende henvisning til enten hørselskontakten i kommunene eller til fastlegen til brukeren. 65 svarte at de ville oppfordret brukeren selv til å ta kontakt med hørselskontakten i kommunen eller fastlegen sin. Av de igjen svarte 11 at de kunne være behjelpelig med å ta kontakt ved behov. 12 sa at de ville snakket med brukeren om nedsatt hørsel og fordeler og ulemper ved det og prøvd å motivere til å komme i gang med høreapparater. Én sa at han/hun ville prøvd å finne ut hvem i kommunen som kunne hjelpe, én er usikker på hva han/hun ville gjort, én ville kontaktet audiopedagog i kommunen og én ville snakket med hjemmesykepleien.

Svarene viser at de ansatte i hverdagsrehabiliteringsteamene har en viss oppfatning av hvor man kan få hjelp, men at de kunne gjort jobben sin enda bedre hvis de hadde hatt ytterligere informasjon om hvordan man må gå frem for å skaffe seg høreapparater. Her er det ingen absolutt riktige svar og det er positivt at så mange har en formening om hva de skal gjøre i en slik situasjon. Det er likevel noe, sett ut fra en brukers ståsted, som hadde vært enklere å forholde seg til. Som nevnt tidligere er det et delt ansvar for utdeling av høreapparater og hørselstekniske hjelpemidler. Spesialisthelsetjenesten har ansvar for utdeling av høreapparater og NAV hjelpemiddelsentral har ansvar for utdeling av hørselstekniske hjelpemidler. Hørselskontaktene i kommunene har anledning til å søke på hørselstekniske hjelpemidler, ikke høreapparater. Tilgang til spesialisthelsetjenesten får man gjennom henvisning fra fastlegen. Den ideelle fremgangsmåten kunne derfor vært at brukeren ble henvist fra hverdagsrehabiliteringsteamet direkte til sin fastlege. Da hadde brukeren sluppet å ta initiativ selv og trolig dermed kommet i gang raskere enn hvis han/hun selv måttet ordne det.

*Hva kan du hjelpe brukere med hvis de har problemer med å betjene høreapparatene sine?*

Her ønsket jeg at de med egne ord skulle si hva de eventuelt kunne hjelpe brukerne med. I alt 110 svarte på dette spørsmålet. 54 svarte at de viderehenviser til noen som kan hjelpe, enten hørselskontakt, audiograf, hørselsforening eller lege. Av de igjen svarte 22 at de prøver på helt enkle ting selv, som batteriskift og å sette det riktig i øret, før de henviser videre til andre. Seks svarte at de ikke kan hjelpe med noen ting og én satte bare inn et spørsmålstegn. 27 svarte, i varierende grad, at de kan bytte batterier, sjekke om høreapparatet sitter riktig i øret, rense øreproppene, regulere styrken, bytte slange og slå de av/på. 18 sa at de gir opplæring/veiledning uten å spesifisere noe nærmere. Én svarte at han/hun ikke har kommet opp i en slik situasjon i hverdagsrehabilitering og én svarte prøve å forstå hva problemet er. To svarte at med mer kunnskap kunne de hjulpet brukeren.

Å betjene høreapparatene sine inkluderer ferdigheter til å bytte batterier, vite når en må bytte batterier, se forskjell på høyre og venstre høreapparat, klare å sette høreapparatene inn i ørene, beherske eventuelle programvelgere og volumkontroller, ha kontroll på tilkoblingsmuligheter, kunne slå høreapparatene av/på, gjøre enkel feilsøking på høreapparatene, vite hvor man skal henvende seg ved feil på høreapparatet, beherske daglig rengjøring og vedlikehold og så videre. For mange tar det lang tid å lære seg alt og mange trenger hjelp i starten. Tanken er at de skal bli selvhjulpne, så det hjelper ikke at noen gjør det for dem. De må få hjelp til selvhjelp. Det er samme filosofi som i resten av hverdagsrehabiliteringstankegangen. Det er en av grunnene til at jeg tenker at rehabilitering av hørselshemmede kan passe så fint inn her. Det er derfor fint at atten personer sier at de gir opplæring/veiledning, men det skulle gjerne vært flere.

Av de som viderehenviser nevner ti audiograf/høresentral, 27 nevner hørselskontakt og de resterende enten hørselslag eller ingen spesifikke. Det viser at det er stor usikkerhet om hvem som har ansvaret for dette området. Skal de tilbake til spesialisthelsetjenesten, eller er det kommunen som har ansvaret? Det er på et vis riktig at de kontakter hørselskontakten i kommunen, da det er kommunene som har ansvaret for rehabilitering av hørselshemmede. Problemet er bare det økte ansvaret hørselskontakten har fått etter samhandlingsreformen trådte i kraft, uten at det har fulgt med hverken resurser eller opplæring i takt med det økte ansvaret. Min antagelse er at mange av henvendelsene stopper opp her. Både på grunn av manglende kapasitet, men også på grunn av manglende kompetanse.

*Hva kan du hjelpe brukere med hvis de har feil på høreapparatene sine?*

Her ønsket jeg å finne ut om de hadde noen kunnskaper om feilsøking på høreapparatene som de kunne lært videre til brukerne. I alt 112 svarte på dette spørsmålet. 42 anbefalte å ta kontakt med audiograf/høresentral eller sende inn høreapparatene til reparasjon hos leverandør. 15 av disse sa de kan bistå brukerne, de andre oppfordrer brukerne til å gjøre det selv. Åtte av de 42 sa at de gjør enkel feilsøking som å bytte batteri, sjekke om det er tett, skifte slange og bytte filter før de henviser videre. 22 anbefalte kontakt med hørselskontakt i kommunen, kun to ba brukeren selv ta kontakt. Fire av de 22 tok en enkel sjekk selv før de henviser videre. En gruppe på 18 personer sa de vil henvise videre til enten fastlege, produktansvarlig, NAV, lokal sykepleier eller prøve å finne ut hvem de bør kontakte. To av disse sa de prøver å bistå med enkel hjelp først. 13 svarte i varierende grad at de sjekker generelt, sjekker batteri, filter og om det sitter riktig i øret, bytter batteri og filter og gjør rent. 14 sa at de ikke kan noen ting, er usikker og ikke vet hva de skal gjøre. To personer henviste til likemenn i kommunen og én sa at han/hun ikke har kommet opp i en slik situasjon, men ville anbefalt å ta kontakt med audiopedagog.

Kun 27 respondenter sier at de i varierende grad kan prøve enkel feilsøking selv. Ingen nevner at de eventuelt viser brukerne hvordan det skal gjøres. Her er det også store variasjoner på hvem de ville kontaktet for videre hjelp. Det tyder på at det er stor usikkerhet i hverdagsrehabiliteringsteamene om hvem som har ansvaret når en hørselshemmet trenger hjelp. Ved feil på høreapparatene, som gjør at de må sendes inn for reparasjon, er det spesialisthelsetjenesten eller leverandøren av høreapparatet som skal kontaktes. Denne informasjonen kunne enkelt vært kommunisert ut til de ansatte i kommunene og gjort arbeidsdagen deres lettere og hverdagen for brukerne enklere.

*Hva tror du er de største utfordringene ansatte i helsetjenesten har i forhold til å kunne hjelpe eldre hørselshemmede med å bruke høreapparater?*

Dette spørsmålet hadde jeg med for å åpne opp for andre perspektiver enn de jeg hadde med meg inn i min forforståelse. Kanskje de som jobber i kommunehelsetjenesten ser andre utfordringer enn de jeg har antatt på forhånd? I alt 108 svarte på spørsmålet. 86 svarte at mangel på kunnskap er en av de største utfordringene for å kunne hjelpe eldre hørselshemmede med å bruke høreapparater. Av disse nevnte 11 også mangel på tid. I tillegg var det fem andre som også nevnte at tid til rådighet er en utfordring. Tre nevnte at bevissthet



rundt problematikken er en utfordring. «Også sier ikke de hørselshemmede at dem har problemer med apparatet.. og helsepersonellet spør heller ikke..». Én nevnte samarbeid mellom ulike kommunale instanser, én nevnte mangel på lett tilgjengelig informasjon og lange ventelister i spesialisthelsetjenesten og én så ingen utfordringer. Ti personer hadde misforstått spørsmålet og svarte hva de trodde de største utfordringene for brukerne var.

Svarene avdekker ingen store overraskelser og de stemmer godt overens med de utfordringene jeg har skissert. Det er mangel på kunnskap og tid som er mest fremtredende - kommunene mangler kompetanse på rehabilitering av hørselshemmede. Resultatene samsvarer med rapporten «Undersøkelse om behov og tilbud innen habilitering og rehabilitering» fra Helsedirektoratet, hvor de sier at mange kommuner mangler fagkompetanse på blant annet hørsel og nevner at hørselshemmede er en av gruppene med særlig mangelfullt rehabiliteringstilbud (Helsedirektoratet, 2014, pp. 5, 29).

Til slutt vil jeg nevne et svar som jeg finner ekstra interessant: «Jeg tror det største problemet ligger i antall henvendelser i kommunene til den som er hørsel kontakt, det er alt for stor pågang, men kun en som er hørsel kontakt. Det tar for lang tid fra du søker, til pasienten får utsyr.» Denne betraktningen er parallell med min vurdering av hvilken kapasitet (eller manglende sådan) hørselskontaktene har. Det ser ikke ut til at kommunene har tatt inn over seg det ansvaret de fikk for rehabilitering og oppfølging av hørselshemmede som fulgte med samhandlingsreformen. De ansatte i hverdagsrehabiliteringen tillegger (som vi ser av disse svarene) hørselskontaktene mer ansvar enn de kan dekke per i dag, og tillegger dem kompetanse som de sannsynligvis ikke innehar i dagens situasjon. Jeg har ikke klart å finne en stillingsbeskrivelse til denne stillingen, men i tillegg til å være en deltidsstilling, er det min oppfatning at oppgavene først og fremst handler om søknader om hørselstekniske hjelpemidler, ikke om rehabilitering og oppfølging av hørselshemmede generelt. I rapporten fra helsedirektoratet kommer det også frem at: «Brukerorganisasjonene peker på store kompetansemangler i kommunene, der syns- og hørselskontakter jobber i små stillinger og med liten grad av kontinuitet» (Helsedirektoratet, 2014, p. 29).

*Hva tror du er de største utfordringene ansatte i helsetjenesten har i forhold til å kunne hjelpe eldre hørselshemmede med å bruke hørselstekniske hjelpemidler?*

Dette spørsmålet hadde i alt 106 svar. 85 mente at mangel på kunnskap er den største

utfordringen hvorav 12 også nevnte mangel på tid. Fire nevnte tid eksplisitt. Tre sa at de ikke vet. Åtte personer hadde misforstått spørsmålet og svart hvilke utfordringer brukerne har. To nevnte for lite fokus på temaet, én så ingen utfordringer, én svarte oppfølging, én svarte at det er viktigere å vite hvem man skal kontakte enn at alle skal kunne alt og én hadde misforstått spørsmålet og svart at han/hun var ergoterapeut og fikk mest henvendelser på hjelpemidler i forhold til dørklokke og telefon.

Her ser vi det samme som i spørsmålet om hvilke utfordringer de ser i forhold til å kunne hjelpe eldre hørselshemmede med å bruke høreapparater. Det er mangel på kunnskap og tid som dominerer.

### 7.3 Faktoranalyse

Mangel på kunnskap går igjen i de fleste svarene og de er klar over egne begrensninger. Med det som bakteppe var det interessant å gjøre en faktoranalyse. Faktoranalyse kan man gjøre hvis man ønsker å se om det er mønstre i hvordan respondentene svarer på flere spørsmål (Johannessen, 2009, p. 167). Det er noen forutsetninger som må være på plass for å kunne kjøre en slik analyse. Det er anbefalt at utvalget er på minimum 300 enheter, men hvis det er høye faktorladninger på nøkkelvariabler, større enn ,80, kan utvalget være mindre. I tillegg kan det være mindre hvis man foretar en eksplorerende faktoranalyse. Det må være minst tre kontinuerlige variabler i materialet, men ingen grense oppad. Videre er det en forutsetning at det er en lineær sammenheng mellom variablene (Johannessen, 2009, p. 169). Den lineære sammenhengen kontrolleres med en korrelasjonsanalyse, men den kan vise spurøse bivariate sammenhenger. Derfor må den kompletteres med en KMO-test hvor korrelasjonen kontrolleres for de øvrige variablene. «KMO undersøker altså partielle korrelasjoner, altså bivariate korrelasjoner, kontrollert for de øvrige variablene» (Johannessen, 2009, p. 172).

Jeg gjorde en eksplorerende faktoranalyse. Ved eksplorerende faktoranalyse går man inn i materialet uten forventninger til hva man vil finne. Faktorladninger fra rundt ,700 ble tatt med i faktorene (se tabell 1).

I faktoranalysen kom det frem 4 faktorer hvorav faktor 1 var den største med en forklart varians på 57 prosent. Jeg fikk et noe overraskende resultat. Det kan se ut til at faktorene

samlet seg rundt hvordan de ansatte i hverdagsrehabiliteringsteamene forholder seg til sin manglende kompetanse. Nedenfor følger en beskrivelse av de ulike faktorene.

### Rotated Component Matrix<sup>a</sup>

	Component			
	1	2	3	4
Q42a			,626	
Q5a		,803		
Q7a				,735
Q8a		,686		
Q9a				,674
Q11a				
Q12a				,675
Q13a			,801	
Q14a			,831	
Q15a			,704	
Q16a				
Q24a				
Q17a	,602	,653		
Q18a	,618	,619		
Q21a		,740		
Q22a		,754		
Q19a	,776			
Q43a	,665			
Q23a	,861			
Q44a	,837			
Q20a	,859			
Q25a	,878			
Q26a	,832			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 8 iterations.

Tabell 1. Resultat av faktoranalyse. Oversikt over hvilke variabler som har en faktorladning over ,600. n = 145.

### 7.3.1 De som ser, men ikke gjør noe

Den største faktoren med forklart varians på 57 prosent har jeg kalt «De som ser, men ikke gjør noe». Spørsmålene i denne gruppen der faktorladningene var rundt ,700 og større var:

Q19a. Jeg tar initiativ til at brukere skal få (nytt) høreapparat. 23prosent var helt eller litt enig i denne påstanden. Det er med andre ord veldig få som tar tak i problemene til de som enten ikke har høreapparater fra før, eller de som har gamle og utslitte høreapparater.

Q23a. Mitt inntrykk er at brukere er fornøyd med sine høreapparater. 12 prosent var helt eller litt enig i denne påstanden. Her ser vi at kun et fåtall av respondentene mener at brukerne har høreapparater de er fornøyde med eller sagt på en annen måte – flertallet mener at brukerne ikke er fornøyd med høreapparatene sine.

Q44a. Mitt inntrykk er at brukere er fornøyd med sine hørselshjelpemidler. 17 prosent var helt eller litt enig i denne påstanden. Det samme gjelder her, flertallet mener at brukerne ikke er fornøyd med det hørselstekniske utstyret sitt.

Q20a. Jeg tar initiativ til å bytte slange på høreapparater. 17 prosent var helt eller litt enig i denne påstanden. Et mindretall av respondentene sier dermed at de hjelper brukerne med praktisk håndtering av slangebytte på høreapparatene. Dette er i mange tilfeller det eneste som skal til for å få et dødt høreapparat til å begynne å virke igjen.

Q25a. Brukere med høreapparat får jevnlig rengjort ørepropper. 15 prosent var helt eller litt enig i denne påstanden. Kun et fåtall er altså enig i at brukerne får rengjort øreproppene sine med jevne mellomrom. De er med andre ord oppmerksomme på at brukerne ikke får rengjort øreproppene sine.

Q26a. Noen ganger virker det som om øreproppene ikke passer i brukerens øre. 12 prosent var helt eller litt enig i denne påstanden.

Denne gruppen svarer altså at de sjelden tar initiativ til at brukere skal få nytt høreapparat, de har ikke inntrykk av at brukerne er fornøyde med høreapparater og hørselstekniske hjelpemidler, de tar ikke initiativ til å hjelpe brukerne med å bytte slange på høreapparatene, de mener at brukerne ikke får jevnlig rengjort øreproppene sine og de har inntrykk av at øreproppene passer i brukernes ører. Jeg tenker at denne gruppen er oppmerksom på at brukere kan ha problemer med å håndtere hørselstapet sitt, men de ser det ikke som sin oppgave å gjøre noe med det.

### 7.3.2 De som ikke ser

Faktor 2 hadde en forklart varians på 10 prosent. Denne gruppen svarer helt motsatt av den første gruppen, disse ser ikke at det kan være noen som sliter med hørselen. Spørsmålene der faktorladningene var rundt ,700 og større var:

Q5. Mange brukere må ha hjelp for å kunne bruke sine høreapparat. 26 prosent var helt eller litt enig i denne påstanden. De fleste var med andre ord ikke enig i at mange trenger hjelp med høreapparatene sine.

Q8. Min erfaring er at brukere blir sosialt isolerte på grunn av hørselstap. 54 prosent var helt eller litt enig i denne påstanden. Her svarer halvparten av de mener brukere kan bli isolerte på grunn av hørselstap, så på dette spørsmålet svarer noen at de ser noe.

Q21. Høreapparater blir lagt bort fordi brukere ikke mestrer bruk. 25 prosent var helt eller litt enig i denne påstanden. Her er de heller ikke enige at brukere legger bort høreapparater fordi de ikke mestrer bruk.

Q22. Hørselshjelpemidler blir lagt bort fordi brukere ikke mestrer bruk. 20 prosent var helt eller litt enig i denne påstanden. Også her ser vi at de ikke er enige i at hørselstekniske hjelpemidler blir lagt bort fordi brukerne ikke mestrer bruk.

Denne gruppen svarer altså at brukerne ikke trenger hjelp med høreapparatene sine, at høreapparater og tekniske hjelpemidler ikke blir lagt bort fordi brukere ikke mestrer bruk samtidig som halvparten av dem mener at brukere blir isolerte på grunn av hørselstap. Jeg tolker det som om at de ikke ser. En kunne også tolket det dit hen at de mener at brukerne er selvstendige og ikke trenger hjelp og at de ser mange «flinke brukere» der ute. Dette kan jeg ikke utelukke, men når jeg ser faktoren opp mot de andre faktorene, og annen forskning innenfor tema, kommer jeg frem til at min tolkning er den mest plausible.

### 7.3.3 De som ser og gjør så godt de kan

Faktor 3 og 4 har jeg valgt å slå sammen da de begge omhandler spørsmål angående praktisk hjelp og jeg har valgt å kalle gruppen de som ser og gjør så godt de kan. De har sammenlagt forklart varians på 11 prosent.

Q13. Jeg ser forskjell på høyre og venstre høreapparat. 56 prosent var helt eller litt enig i denne påstanden.

Q14. +/- side på batteriet sjekkes alltid før jeg setter inn batteriet i høreapparatet. 74 prosent var helt eller litt enig i denne påstanden.

Q15. Jeg vet omtrent brukstid på et høreapparatbatteri. 30 prosent var helt eller litt enig i denne påstanden.

Q7. Jeg har tilstrekkelig informasjon og kunnskap om brukernes hørselshjelpemidler. 15 prosent var helt eller litt enig i denne påstanden.

Q9. Jeg er spesielt oppmerksom på lyd- og lysforhold når jeg snakker med hørselshemmede brukere. 35 prosent var helt eller litt enig i denne påstanden.

Q12. Jeg kan skru høreapparater av og på. 73 prosent var helt eller litt enig i denne påstanden.

Denne gruppen svarer at over halvparten ser forskjell på høyre og venstre apparat, de fleste sjekker +/- siden på batteriet før de setter det inn, noen vet omtrent brukstid på høreapparatbatteriet, kun et fåtall mener de har tilstrekkelig informasjon og kunnskap om brukernes hørselshjelpemidler, noen er oppmerksom på lyd og lysforhold når de snakker med hørselshemmede brukere og de fleste vet hvordan man slår av og på et høreapparat. De er med andre ord klar over egne begrensninger og prøver å hjelpe brukerne så godt de kan.

Det er den første faktoren, med en forklart varians på 57 prosent som må tillegges størst vekt. For å dra det litt videre tenker jeg at det kan handle om holdninger – holdninger til hvordan vi forholder oss til fenomener vi kommer over og ikke helt vet hvordan vi skal håndtere.

## 8. Hører hørselshemmede hjemme i hverdagsrehabiliteringen?

Dette kapitlet har jeg delt inn i fem hoveddeler og på den måten vil jeg argumentere for hvorfor nedsatt hørsel bør bli et kriterium på samme måte som andre inklusjonskriterier for hverdagsrehabilitering. Jeg løfter også frem argumenter for å ta inn audiografer i det tverrfaglige samarbeidet.

### 8.1 Manglende (praktisk) kunnskap

Kun et fåtall av respondentene har den praktiske kunnskapen som skal til for å kunne hjelpe brukerne med bruk og stell av høreapparatene sine, flertallet mangler opplæring og oppgir et stort behov for informasjon. Dette er fagpersoner som møter brukerne og som dermed gjør det

praktisk mulig for dem å skulle kunne hjelpe dem, men de mangler kunnskap om hvordan. Enkel betjening og vedlikehold av høreapparater burde ikke være vanskelig å lære seg for respondentene, på samme måte som de må lære seg andre ferdigheter fra hverandres kunnskapsbaser, slik det kreves i tverrprofesjonelle samarbeid – for å si det på en annen måte; jeg mener at det ikke er vanskeligere å lære seg å bytte et høreapparatbatteri enn å lære seg å trene opp finmotorikk etter et brudd i hånda. Alle skal ikke kunne alt, men enkel håndtering hadde i mange tilfeller vært nok og kunne fungert som en førstehjelp for brukerne.

I et team som har som mål å oppnå hverdagsmestring hos brukerne blir det tydelig at den praktiske kunnskapen blir like viktig som den teoretiske – om ikke viktigere akkurat her. Selve målet med arbeidet er selvstendige brukere som mestrer eget liv i eget hjem. Argumentene til Grimen, for at praktisk kunnskap også skal regnes som kunnskap, er med på å anerkjenne statusen til profesjonene. Som jeg sa innledningsvis har det blitt legitimt å jobbe med folks hverdagsliv – kanskje takket være dreiningene i hva som anses som «gyldig» kunnskap. Vektleggingen av folks hverdagsliv og betydningen av praktisk kunnskap kan også ses som et resultat av at det har skjedd en utvikling i hva vi forstår med rehabilitering – fra tradisjonell yrkesorientert rehabilitering til en ny samfunnsorientert rehabilitering hvor enkeltindividets behov skal være i sentrum (Feiring, 2013). Hørselshemmede har også krav på praktisk hjelp slik at de kan oppnå hverdagsmestring.

Det aller viktigste i startfasen av en høreapparatutprøving, eller som inspirasjon til å ta kontakt for å få seg høreapparat, er informasjon om hvorfor dette er så viktig, hva som står på spill og ikke minst hva som vil kreves av egeninnsats fra brukeren i opplæringsfasen. Derfor var det viktig å stille spørsmål om de ansatte i hverdagsrehabiliteringsteamene hjelper brukerne med å forstå hvordan de skal venne seg til å bruke det nye utstyret og hvordan de best kan håndtere sin nye situasjon som hørselshemmet. Mange eldre vegrer seg for å innrømme at de har et hørselstap og er lite motiverte for å bruke høreapparater (Solheim, 2011). Voksne lærer annerledes enn barn, og trenger å vite hvorfor de trenger å lære seg noe nytt, hva som er fordelene for dem personlig (Knowles, Holton, & Swanson, 2005). Det stemmer bra overens med forskning som viser at egen motivasjon er viktig for å lykkes (Vestergaard Knudsen et al., 2010; Wilson & Stephens, 2003). På dette området oppgir også respondentene lite kunnskap og et stort behov for mer informasjon om både hørsel og høreapparater. De trenger også å få vite hvorfor det tar lang tid å venne seg til å bruke

høreapparater og hvordan man kan gå frem for å få en gradvis tilvenning til lyd. Igjen kommer det tilbake til at de mangler opplæring og viser at de heller ikke her er i stand til å hjelpe brukerne. På den annen side kan nok mange mene at dette er for spesiell kunnskap til at alle skal kunne det. Like fullt er det nødvendig at brukerne igjen og igjen blir fortalt hvorfor dette er så viktig og respondentene er de yrkesgruppene som er nærmest brukerne og dermed har muligheten for å kunne gjøre det.

Videre kommer det tydelig frem at respondentene ikke vet hvem de skal henvise videre til når brukerne trenger hjelp, enten det gjelder nytt høreapparat, hjelp med betjening av høreapparatet eller hjelp hvis det er feil på høreapparatet. Det anser jeg som en direkte praktisk konsekvens av at rehabiliteringstilbudet til hørselshemmede er så fragmentert som jeg beskrev i innledningen. Det er lite informasjonsflyt mellom de ulike aktørene, uklare linjer på hvem som har ansvaret for hva og uenighet i hvordan rehabilitering av hørselshemmede helst skulle vært organisert. Så heller ikke på dette området blir de hørselshemmede godt nok ivaretatt. Det kunne vært interessant å vite hvorfor respondentene ikke etterspør denne informasjonen, tatt i betraktning hvor mange brukere de møter som har dette behovet. Kan det ha en sammenheng med det enkelte hevder, at sansetap nedprioriteres i hjemmebaserte tjenester? (E. V. Grue et al., 2009; Ochoa, 2014).

Hverdagslivet er mangfoldig og krever mange ulike praktiske ferdigheter fra de som skal jobbe med det. Å hjelpe hørselshemmede med deres praktiske utfordringer blir å regne som et nytt kunnskapsfelt de fleste av respondentene må ta inn i sine kunnskapsbaser. Det er likevel en liten andel av respondentene som ikke mener at de mangler praktisk kunnskap og at de er i stand til å hjelpe brukerne med høreapparatene og de hørselstekniske hjelpemidlene. Dette er et interessant funn. Kan det tenkes at enkelte kommuner har kommet lengre enn andre i å inkludere kunnskap om hørsel, høreapparater og tekniske hjelpemidler blant sine ansatte? Det må det i tilfelle ytterligere kartlegginger til for å finne ut.

## 8.2 Kunnskapsmangel og opplæring

Det er generell allmennkunnskap at for de fleste av oss øker sjansene for å få et sansetap med økende alder – enten dårligere syn, dårligere hørsel eller begge deler. Dette tenker jeg kan være en av forklaringene på at så mange ser at brukerne sliter med hørselen sin uten at de nødvendigvis er i stand til å kunne hjelpe dem. For respondentene mangler opplæring i bruk



og stell av både høreapparater og hørselstekniske hjelpemidler. Men hvem er det som eventuelt har ansvaret for å gi dem denne opplæringen? Her kan det se ut til at de ansatte i hverdagsrehabiliteringsteamene egentlig skal være sikret opplæring både fra egen arbeidsgiver, kommunen, og fra helseforetaket. Helse- og omsorgstjenesteloven § 8-1 sier at «kommunen har plikt til å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder videre- og etterutdanning.» (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Videre har spesialisthelsetjenesten en lovpålagt veiledningsplikt overfor kommunene ifølge spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 (Spesialisthelsetjenesteloven, 2001). Kommunene skal dermed kunne forvente opplæring/ veiledning i fagområder som er spesifikke for spesialisthelsetjenesten, slik rehabilitering av hørselshemmede er. I tillegg forplikter Helse- og omsorgstjenesteloven, kapittel 6, kommuner og helseforetak å inngå samarbeidsavtaler for å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud innen helse- og omsorgstjenester. Disse avtalene inneholder blant annet retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling mellom helseforetakene og kommunene. I tillegg har kommunene ansvar for å gjennomføre kartlegginger av kompetansebehov hos de ansatte. Dette er noe partene er forpliktet til å gjøre gjennom samarbeidsavtalen. Følgende sitat er hentet fra samarbeidsavtalen som inngås mellom Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN Tromsø) og deres samarbeidskommuner:

Partene forplikter seg til å kartlegge behov for kompetanseutvikling i egen virksomhet, samt lage en kompetanseplan og tiltaksplan for å møte behovene. Egne kompetanseutviklingstiltak gjøres kjent og tilgjengelig for den annen part der dette anses relevant (<https://unn.no/fag-og-forskning/samhandling#overordnet-samarbeidsavtale-og-tjenesteavtaler>, Tjenesteavtale 06 – kunnskapsoverføring s. 3, 13.04.18).

Hørselshemmede utgjør en stor brukergruppe og et flertall av respondentene møter denne gruppen. Behovet for denne type kunnskap er derfor klart. Likevel viser resultatene at respondentene ikke har den nødvendige kunnskapen, de ønsker seg den, men får den ikke. Så hvorfor får de ikke opplæring og undervisning? Hva er det som gjør at denne opplæringen ikke er på plass? Det svikter ikke i pasientkontakten, de ser behovet og ønsker mer informasjon, og det svikter heller ikke som jeg har vist i de politiske styringsdokumentene. Det kan dermed se ut til at det er i kommuneadministrasjonen det svikter. Det ser ut til at de

ikke følger opp opplæringsansvaret de har for sine ansatte og heller ikke følger opp kartleggingen av kompetansebehov de er pålagt gjennom samarbeidsavtalen med helseforetaket.

På den annen side kan en også spørre om ikke respondentene selv har ansvar for å melde kompetansebehov til sin arbeidsgiver. Hvorfor gjør de eventuelt ikke det? Det bringer meg videre til gruppen som ser men ikke gjør noe. Kan det være en sammenheng her? Mange ser, men tillegger likevel ikke det de ser stor nok relevans til at de tar tak i det. Ingen av profesjonene involvert i hverdagsrehabilitering har formell hørselsfaglig kompetanse. Det kan da tenkes at hørsel blir et område ingen føler et dedikert ansvar ovenfor og derfor blir det heller ikke naturlig for dem å etterspørre opplæring innenfor dette området. I tverrprofesjonelle samarbeid er det ikke uvanlig at det kan oppstå slike gråsoner som ingen vil ta ansvar for. «Gråsoner oppstår der ingen har ansvar for en oppgave, eller der ansvaret er uklart» (Jacobsen, 2004, p. 78). Noe som igjen kan føre til vanskelige arbeidsforhold. Det kan oppstå samarbeidsproblemer der det er uavklarte ansvarsforhold (Melby & Tjora, 2013, p. 16). Gruppen hørselshemmede vil vokse i takt med den forventede eldrebølgen, så en kan anta at det vil kunne bli et område som vil bli krevende for det tverrprofesjonelle samarbeidet om det ikke tas tak i.

Det er også interessant å se på antall hørselshemmede i forhold til hvilke kunnskapsfelt respondentene har i kunnskapsbasene sine. Hørselshemmedes Landsforbund sier at vi kommer til å nærme oss en million hørselshemmede i Norge i 2020. Da vil det etter hvert bli et problem for ansatte i hverdagsrehabiliteringsteamene at de ikke har kunnskap om hørsel og høreapparater i kunnskapsbasene sine, på grunn av den store utbredelsen av hørselstap. Grimen sier at det er de praktiske fordringene i yrkesutøvelsen som knytter sammen de ulike kunnskapsbasene. De praktiske fordringene vil endre seg sammen med endringene i brukergruppen respondentene møter. Jo flere hørselshemmede ansatte i hverdagsrehabiliteringsteamene møter, jo større blir behovet for kunnskap om hørsel, høreapparater og hørselstekniske hjelpemidler – for rehabilitering skal nettopp ta utgangspunkt i det individuelle behovet til brukeren.

I tillegg kan man trekke inn kravene til å kunne stille spørsmålstegn ved egen kompetanse, som kom med innføringen av kunnskapsbasert praksis (Terum & Grimen, 2009). Det er, som

nevnt, store uenigheter om hvor, hvordan og i hvilken form kunnskapsbasert praksis skal innføres, men Grimen og Terum sier at det ikke er uenighet om at profesjonsutøvelsen skal være kunnskapsbasert (Terum & Grimen, 2009, p. 12). Respondentene forventes dermed å kunne reflektere over egen kunnskap og hvilket behov de har for å oppdatere kunnskapen sin. Terum og Grimen sier også at det er viktig å stille spørsmålstegn ved profesjonenes kunnskapsgrunnlag «Profesjonsutøvelse foregår innenfor store viktige samfunnsinstitusjoner hvor man med rette kan stille spørsmål ved om den er adekvat og forsvarlig (...)» (Terum & Grimen, 2009, p. 9). Jeg stiller spørsmål ved respondentenes kunnskapsgrunnlag hva angår hørsel, høreapparater og hørselstekniske hjelpemidler, fordi denne brukergruppen er så stor. De ansatte i hverdagsrehabiliteringsteamene kan ikke lenger tillate seg å se, men ikke gjøre noe. Det vil tvinge seg frem et behov for en utvidelse av kunnskapsbasene til respondentene for å kunne møte behovene til hørselshemmede.

### 8.3 Tverrprofesjonelt samarbeid

Undersøkelsen viser ikke bare en kunnskapsmangel og et informasjonsbehov hos de ansatte i hverdagsrehabiliteringsteamene, men avdekker også et udekket hjelpebehov hos en stor gruppe brukere av hverdagsrehabilitering. Hørselshemmede mangler et tilbud innen hverdagsrehabilitering, dette til tross for at hørsel og høreapparater er nevnt i en tredjedel av henvisningene. Kommunene har ansvar for rehabilitering av alle, uavhengig av diagnose. I tverrprofesjonelt samarbeid forventes det i varierende grad at profesjonene skal kunne utføre hverandres arbeidsoppgaver. Når da en profesjon mangler i teamet, slik audiografene mangler i kommunene, hvordan blir det da med overlappingen av kunnskapsbaser? Kan det være en av forklaringene på at det finnes så lite kunnskap om rehabilitering av hørselshemmede i hverdagsrehabiliteringsteamene? Dette er for meg en plausibel forklaring. Det tverrprofesjonelle teamet lærer av hverandre, men her har de ingen å lære av. Nærheten til kunnskap i et slikt team anser jeg som vesentlig, da praktisk kunnskap er personlig og relatert til situasjonen den utøves i. For å referere til Grimen er praktisk kunnskap indeksert og må læres videre fra en person til en annen i fysisk nærvær av hverandre og i den konteksten kunnskapen skal brukes.

Selv om det forventes, gjennom innføringen av kunnskapsbasert praksis, at de profesjonelle selv skal søke og utvide sin kompetanse er det i praksis lite rom for denne typen kunnskapssøking i en hektisk hverdag. Flere av respondentene nevner tid som en utfordring

for å kunne hjelpe hørselshemmede og det anses nok som en uoverkommelig oppgave å sette seg inn i et helt nytt kunnskapsfelt på egenhånd. I opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering står det at «Kapasiteten i mange av deltjenestene er for dårlig, og mange kommuner mangler deler av basiskompetansen for å gi et godt habiliterings- og rehabiliteringstilbud (...) Tilbud til hørselshemmede og svaksynte er lite tilgjengelig» (Særtrykk til Prop. 1 S, 2016-2017, p. 20). Derfor kan en spørre seg om ikke kommunene kunne hatt mye igjen for å ansette fagpersoner med riktig kompetanse. Da ville det tverrprofesjonelle samarbeidet også kunne fungert etter hensikten for denne brukergruppen.

#### 8.4. Kapasitet i spesialisthelsetjenesten

Det er per 2017 ansatt ca. 280 audiografer i spesialisthelsetjenesten i Norge, ifølge Audiografforbundet. Flertallet jobber klinisk med utredning og tilpasning av høreapparater, men noen jobber andre steder som for eksempel på NAV hjelpemiddelsentraler og hos leverandører av høreapparater. Det tildeles ca. 85 000 nye høreapparater hvert år, det betyr at hver audiograf tildeler ca. 350-400 nye høreapparater i året. Ikke alle får tildelt høreapparater på begge ørene, så en kan anta at det er snakk om ca. 300 ulike brukere. De fleste av disse brukerne er hos audiografen minimum 3 ganger hver, men vanligst er 5-6 ganger fra begynnelse til slutt. I tillegg har audiografene audiologiske utredninger på andre pasienter som ikke skal ha høreapparater og fulle utredninger og tilpasninger på brukere som velger å ikke beholde høreapparatene. De har også oppfølgingskonsultasjoner på brukere som er ferdig utredet og tilpasset. Kapasiteten er med andre ord sprenget og det er allerede lange ventelister. Hvis disse audiografene også skal forventes å ta oppfølging og rehabilitering i mangel på kompetanse i kommunene, vil en kunne forvente at ventetidene i spesialisthelsetjenesten vil øke betydelig.

I følge audiografutdanningen ved HIST, er det uteksaminert i snitt 34 audiografer per år de siste 12 årene. Det vil si at det finnes langt flere audiografer enn tilgjengelige stillinger. Kompetansen er altså der, kommunene må bare benytte seg av den. Holdningene til hvilke yrkesgrupper som skal inngå i rehabilitering kan se ut til å henge igjen i den gamle forståelsen av rehabilitering hvor behandling og opptrening sto sentralt, ergoterapeuter og fysioterapeuter var sentrale profesjoner og målet var gjenvinning av funksjon. Som nevnt i rehabiliteringsmeldningen (St.meld. nr. 21, 1998-99, p. 11) må man tenke mye bredere hva angår hvilke yrkesgrupper som skal tas med. Audiografer blir nevnt som sentrale for rehabilitering innenfor hørselsomsorgen og for meg blir det uavhengig om det er i

spesialistledet eller i kommunen. For å øke kvaliteten på det tverrprofesjonelle samarbeidet i hverdagsrehabiliteringsteamene, i forhold til å møte behovene til den store gruppen av hørselshemmede som er forventet med eldrebølgen, er det etter min oppfatning mye å hente på å inkludere audiografer i, eller som en lett tilgjengelig ressurs for teamet.

### 8.5. Økonomiske aspekter

På kort sikt tenker jeg på at høreapparatene som tildeles, koster staten over 500 millioner kroner hvert år. Samtidig er det hvert år mellom 3 og 25 prosent av disse som ikke brukes. Det betyr at det på kun få år vil være snakk om et betydelig beløp som investeres i utstyr som ikke blir brukt – i tillegg til kostnaden for medgått tid til utredning og tilpasning. Jeg har ikke fått beregnet eksakte tall, men den virkelig store utgiftsposten blir nok likevel utgiftene til hjemmetjenester og sykehjems plasser, hvis vi begynner å snakke om funksjonsfall hos den eldrebølgen som venter oss. Et av hovedargumentene for å innføre hverdagsrehabilitering var å forebygge ytterligere funksjonsfall og at de eldre skulle kunne være selvstendige og mestre å være i eget hjem så lenge som mulig (Kjellberg et al., 2011). Hvis man da trekker inn mulige konsekvenser av hørselstap som demens, kognitive problemer, depresjon, isolasjon og økt fare for fallskader og hjerte- karsykdommer er alle disse risikofaktorer for økt hjelpebehov og uselvstendighet. Tidlig hjelp og hjelp til selvhjelp, slik det legges vekt på i hverdagsrehabilitering er gode argumenter for at rehabilitering av hørselshemmede i denne konteksten kan være med på å redusere de samfunnsøkonomiske belastningene eldrebølgen kan føre til. Kan man sette inn tiltak som forebygger og utsetter eventuelt funksjonsfall og økt hjelpebehov, vil det samfunnsøkonomisk være mye å tjene på det. At hørsel er så viktig for å unngå et økt hjelpebehov er nok for mange i kommunehelsetjenesten litt uvant å tenke på, men helt legitimt å kreve oppmerksomhet rundt.

## 9. Konklusjon og betydning for praksis

Formålet med denne oppgaven har vært å se på mulig områder for å bedre rehabiliteringstilbudet til de hørselshemmede, innenfor rammene av hverdagsrehabilitering.

For at hørselshemmede skal få den rehabiliteringen de har krav på ute i kommunene har det vært viktig å finne ut hva som gjøres i dag og hva som eventuelt kan gjøres bedre. Nå er det gjennomført to studier hvor hensikten har vært å kartlegge kommuneansattes kompetanse

innenfor rehabilitering av hørselshemmede. I tillegg er det gjennomført flere offentlige kartlegginger og utredninger av tilbud og kompetansebehov i kommunene – og alle peker i samme retning. På bakgrunn av dette konkluderer jeg litt bredere enn jeg ellers kunne gjort, kun basert på egne resultater.

Undersøkelsen viser at de som jobber i hverdagsrehabilitering i dette utvalget har begrenset kunnskap om rehabilitering av hørselshemmede. Den viser samtidig at de møter mange som har problemer med hørselen sin, noe som stemmer godt overens med den store utbredelsen av hørselstap nevnt innledningsvis (Aarhus et al., 2012). I tillegg ser vi et tydelig samsvar mellom resultatene i denne undersøkelsen og resultatene til Solheim et al (2016). Resultatene kan ikke generaliseres til å gjelde alle som jobber innenfor hverdagsrehabilitering, men i og med at det er stort sammenfall mellom resultatene i disse to undersøkelsene, samt i offentlige kartlegginger, er det sannsynlig at det står dårlig til med kunnskapen om hørselshemmede, høreapparater og hørselstekniske hjelpemidler.

De politiske føringene er klare, det er kommunenes ansvar å ivareta rehabiliteringsbehovet til alle innbyggerne, uavhengig av diagnose. Det er dermed ikke snakk om hvorvidt de skal ha ansvaret for rehabilitering av hørselshemmede, men snarere om hvordan de skal organisere denne rehabiliteringen.

Denne undersøkelsen viser at de ansatte i hverdagsrehabiliteringsteamene mangler opplæring innenfor hørsel, høreapparater og hørselstekniske hjelpemidler. Det betyr at respondentene ikke har kunnskapen som skal til for å kunne gi hørselshemmede praktisk hjelp med høreapparatene og de hørselstekniske hjelpemidlene. De kan heller ikke veilede brukerne slik at de får forståelsen av hvordan de skal gå frem for å venne seg til å bruke det tekniske utstyret eller hvordan de skal håndtere sin nye situasjon som hørselshemmet. Brukerne får med andre ord hverken hjelp på det praktiske eller psykologiske plan og med dagens sammensetning av profesjoner i hverdagsrehabiliteringsteamene får ikke hørselshemmede et adekvat rehabiliteringstilbud.

I analysen av de åpne spørsmålene kom det tydelig frem at det er stor usikkerhet rundt hvem respondentene skal henvise videre til hvis de selv ikke kan hjelpe. Dette er ekstra uheldig når det samtidig har kommet frem at det er lite de selv kan hjelpe til med og derfor ofte må

hen vise videre. Vi ser også av de åpne spørsmålene at de legger et stort ansvar på hørselskontakten. Et ansvar jeg stiller spørsmålsteget ved om denne er i stand til å ivareta.

Jeg innledet oppgaven med å gjøre rede for at mestring og selvstendighet vektlegges som sentrale verdier i samfunnet vårt. For gruppen hørselshemmede innebærer det blant annet å kunne mestre bruk og stell av det tekniske utstyret de har fått, samt inneha en grunnleggende forståelse av hvordan de skal bruke det og hvorfor de skal bruke det. For å bli selvstendige og mestre dette, trenger mange tettere oppfølging og rehabilitering enn det spesialisthelsetjenesten kan tilby. De er dermed avhengige av å få et godt tilbud i kommunen de bor i, for å kunne bli selvstendige. Det er derfor et viktig funn at de hørselshemmede ikke har et adekvat tilbud i kommunene. Det legges ikke til rette for at denne store brukergruppen skal få samme muligheter til mestring og selvstendighet som resten av befolkningen. Dette igjen kan føre til en stor samfunnsøkonomisk belastning tatt i betraktning de følgene et ubehandlet hørselstap kan gi. Viljen til å forebygge funksjonsfall hos hørselshemmede må støttes opp med å vektlegge effektene for den enkelte, men også ved å fremheve de samfunnsøkonomiske konsekvensene ytterligere – dette er etter min mening viktige argumenter for hvorfor nedsatt hørsel bør bli et kriterium på samme måte som andre inklusjonskriterier for hverdagsrehabilitering.

Videre har jeg funnet at hørsel kan se ut til å være en gråsoner i det tverrfaglige samarbeidet i hverdagsrehabiliteringsteamene. Ingen har formell kompetanse på området og ingen tar dermed fullt ansvar for å innhente kunnskap om det. Som jeg diskuterte tidligere lærer profesjonene av hverandre, og når det da mangler en profesjon i gruppa har de ingen å lære av. Hørselshemmede er en stor brukergruppe som vil øke ytterligere i omfang i takt med eldrebølgen. Manglende kompetanse på dette området vil etter hvert kunne utgjøre et stort problem for det tverrfaglige samarbeidet. Derfor mener jeg at dette er et sentralt funn som er med å underbygge behovet for en profesjon med hørselsfaglig kompetanse i hverdagsrehabiliteringsteamene. Videre viser forskning at tett oppfølging er avgjørende for mestring, og så lenge det er kommunene som har ansvaret for rehabilitering er rammene rundt hverdagsrehabilitering et godt egnet sted for å ivareta dette ansvaret. Alternativt kunne det være mulig å se på stillingsbeskrivelsen og stillingsprosenten til hørselskontakten. Hørselskontakten ser ut til å være godt kjent blant de andre ansatte i kommunene. I små kommuner tenker jeg at det kan være hensiktsmessig å se på mulighetene for interkommunale

samarbeid, hvor flere kommuner kan dele på en person med hørselsfaglig kompetanse. Dette må det arbeides videre med.

## Videre forskning

Jeg kan ikke ut fra mitt materiale utelukke at det kan være forskjeller mellom kommuner. Hvis det viser seg at noen kommuner har kommet lengre enn andre i arbeidet med å innføre rehabilitering av hørselshemmede som en del av sitt rehabiliteringstilbud, er det viktig å få det frem i videre forskning. Kommunene kan lære av hverandre og derfor må denne kunnskapen frem i lyset.

Jeg tenker at det må jobbes videre med å finne løsninger på hvordan kommunene skal få tilgang til audiografer med hørselsfaglig kompetanse. Behovet for denne kompetansen er stort og vil bare bli større med den ventede eldrebølgen.



## Referanser

- Aarhus, L., Kvestad, E., Tambs, K., & Engdahl, B. (2012). Aldersrelatert hørselstap: En kort oppsummering av resultater fra Hørselsundersøkelsen i Nord-Trøndelag. *Norsk Epidemiologi*, 22(2). doi:10.5324/nje.v22i2.1563
- Acar, B., Yurekli, M. F., Babademez, M. A., Karabulut, H., & Karasen, R. M. (2011). Effects of hearing aids on cognitive functions and depressive signs in elderly people. *Archives of gerontology and geriatrics*, 52(3), 250. doi:10.1016/j.archger.2010.04.013
- Allen, N. H., Burns, A., Newton, V., Hickson, F., Ramsden, R., Rogers, J., . . . Morris, J. (2003). The effects of improving hearing in dementia. *Age and Ageing*, 32(2), 189-193. doi:10.1093/ageing/32.2.189
- Bamiou, D. E., Musiek, F. E., & Luxon, L. M. (2001). Aetiology and clinical presentations of auditory processing disorders—a review. *Archives of Disease in Childhood*, 85(5), 361. doi:10.1136/ad.85.5.361
- Bertoli, S., Staehelin, K., Zemp, E., Schindler, C., Bodmer, D., & Probst, R. (2009). Survey on hearing aid use and satisfaction in Switzerland and their determinants. *International Journal of Audiology*, 2009, Vol.48(4), p.183-195, 48(4), 183-195. doi:10.1080/14992020802572627
- Bickenbach, J. E., Chatterji, S., Badley, E. M., & Üstün, T. B. (1999). Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps. *Social Science & Medicine*, 48(9), 1173-1187. doi:10.1016/S0277-9536(98)00441-9
- Boi, R., Racca, L., Cavallero, A., Carpaneto, V., Racca, M., Dall' Acqua, F., . . . Odetti, P. (2012). Hearing loss and depressive symptoms in elderly patients. *Geriatrics & Gerontology International*, 12(3), 440-445. doi:10.1111/j.1447-0594.2011.00789.x
- Dawes, P., Emsley, R., Cruickshanks, K. J., Moore, D. R., Fortnum, H., Edmondson-Jones, M., . . . Johnson, B. (2015). Hearing Loss and Cognition: The Role of Hearing Aids, Social Isolation and Depression (Hearing Loss and Cognition). *10*(3), e0119616. doi:10.1371/journal.pone.0119616
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Feiring, M. (2013). "Rehabilitering - bygger på evne til samhandling": Et historisk blikk på forholdet mellom velferdspolitik og kunnskapspraksis. In L. Melby & A. H. Tjora (Eds.), *Samhandling for helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Fürst, R., & Høverstad, L. (2014). *Fra passiv mottaker til aktiv deltaker : hverdagsrehabilitering i norske kommuner*
- Gianopoulos, I., Stephens, D., & Davis, A. (2002). Follow Up Of People Fitted With Hearing Aids After Adult Hearing Screening: The Need For Support After Fitting. *BMJ: British Medical Journal*, 325(7362), 471-471. doi:10.1136/bmj.325.7362.471
- Grimen, H. (2008). Profesjon og kunnskap. In A. Molander & L. I. Terum (Eds.), *Profesjonsstudier* (pp. 71-86). Oslo: Universitetsforl.
- Grue, E. V., Kirkevold, M., & Ranhoff, A. H. (2009). Prevalence of vision, hearing, and combined vision and hearing impairments in patients with hip fractures. *Journal of Clinical Nursing*, 18(21), 3037-3049. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02856.x
- Grue, J. (2014). *Kroppsspråk : fremstillinger av funksjonshemming i kultur og samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hammell, K. W. (2006). Theoretical models of disability. In K. W. Hammell (Ed.), *Perspectives on disability & rehabilitation : contesting assumptions ; challenging practice*. Edinburgh: Churchill Livingstone/Elsevier.
- Hartviksen, T. A., & Sjølie, B. M. (2017). *Hverdagsrehabilitering : kvalitetsforbedring i norske kommuner*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Heap, K. (1994). *Samtalen i eldreomsorgen : kommunikasjon, minner, kriser, sorg* (2. utg. ed.). Oslo: Kommuneforl.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2002). *Et helhetlig rehabiliteringstilbud til hørselshemmede, Plan for utvikling og organisering av tjenestetilbudet*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/et-helhetlig-rehabiliteringstilbud-til-h/id102041/>.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse-og omsorgstjenester m.m.,*. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=lov%20om%20kommunale%20helse>.
- Helsedirektoratet. (2014). *Undersøkelse om behov og tilbud innen habilitering og rehabilitering (IS-0429)*. Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/undersokelse-om-behov-og-tilbud-innen-habilitering-og-rehabilitering>.
- 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*, 2014, Vol.53(S1), p.S18-S27, 53(S1), S18-S27. doi:10.3109/14992027.2013.860488

- Hickson, L., & Worrall, L. (2003). Beyond hearing aid fitting: improving communication for older adults. *International Journal of Audiology*, 2003, Vol.42(S2), p.84-91, 42(S2), 84-91. doi:10.3109/14992020309074649
- Hverdagsrehabilitering.no. (2014). Hverdagsrehabilitering. Retrieved from <http://hverdagsrehabilitering.no/historien-0>
- Jacobsen, D. I. (2004). Hvorfor er samarbeid så vanskelig? In R. P. (Ed.), *Dugnadsånd og forsvarsverker : tverretattlig samarbeid i teori og praksis* (2. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Johannessen, A. (2009). *Introduksjon til SPSS : versjon 17* (4. utg. ed.). Oslo: Abstrakt forl.
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg. ed.). Oslo: Abstrakt.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2006). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg. ed.). Oslo: Abstrakt forl.
- Kjellberg, P. K., Ibsen, R., & Kjellberg, J. (2011). Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Erfaringer fra Fredericia kommune.
- Knowles, M. S., Holton, E., & Swanson, R. A. (2005). *The adult learner : the definitive classic in adult education and human resource development* (6th ed. ed.). Amsterdam: Elsevier.
- Langeland, E., Førland, O., Aas, E., Birkeland, A., Folkestad, B., Kjekken, I., . . . Tuntland, H. (2016). Modeller for hverdagsrehabilitering - en følgeevaluering i norske kommuner. Effekter for brukerne og gevinster for kommunene?
- Lid, I. M., & Søbstad, R. (2013). *Universell utforming : verdigrunnlag, kunnskap og praksis*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Melby, L., & Tjora, A. H. (2013). *Samhandling for helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Meld. St. 16 (2010-2011). (2010-2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-16-20102011/id639794/>.
- Meld. St. 29. (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>.
- Meld. St. 34. (2012-2013). *Folkehelsemeldingen— God helse – felles ansvar*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-34-20122013/id723818/>.

- Mick, P., Kawachi, I., & Lin, F. R. (2014). The Association between Hearing Loss and Social Isolation in Older Adults. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, *150*(3), 378-384. doi:10.1177/0194599813518021
- Mosnier, I., Bebear, J.-P., Marx, M., Fraysse, B., Truy, E., Lina-Granade, G., . . . Sterkers, O. (2015). Improvement of Cognitive Function After Cochlear Implantation in Elderly Patients. *JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery*, *141*(5), 442-450. doi:10.1001/jamaoto.2015.129
- Nordvik, Ø., Laugen Heggdal, P. O., Brännström, J., Vassbotn, F., Aarstad, A. K., & Aarstad, H. J. (2018). Generic quality of life in persons with hearing loss: a systematic literature review. *BMC Ear, Nose and Throat Disorders*, *18*(1), 1. doi:10.1186/s12901-018-0051-6
- Norsk Teknisk Audiologisk Forening. (2017). Statistikk høreapparater og tinnitusmaskerere. Retrieved from <http://www.n-t-a-f.org/HA-statistikk.htm>
- NOU 2001:22. (2001). "Fra bruker til borger". Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2001-22/id143931/>.
- NOU 2011:11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-11/id646812/>.
- Ochoa, S. M. R. (2014). Hjemmeboende eldre med hørselstap - ivaretatt eller ignorert? Hjemmesykepleiens møte med eldre hørselshemmede.
- Pronk, M., Deeg, D. J. H., Smits, C., Van Tilburg, T. G., Kuik, D. J., Festen, J. M., & Kramer, S. E. (2011). Prospective effects of hearing status on loneliness and depression in older persons: Identification of subgroups. *International Journal of Audiology*, *2011*, *Vol.50*(12), p.887-896, *50*(12), 887-896. doi:10.3109/14992027.2011.599871
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P.-H. (2002). *Bære eller bryte : kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforl.
- Sandvin, J. T. (2012). Rehabilitering som koordinering og samhandling (pp. 52-65). Oslo: Gyldendal akademisk, 2012.
- Solheim, J. (2011). Preconceptions and expectations of older adults about getting hearing aids. *Journal of multidisciplinary healthcare*, *4*, 1. doi:10.2147/JMDH.S14949
- Solheim, J., Kværner, K. J., Sandvik, L., & Falkenberg, E.-S. (2012). Factors affecting older adults' hearing-aid use. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 1-13. doi:10.1080/15017419.2011.640411

- Solheim, J., Shiryayeva, O., & Kværner, K. J. (2016). Lack of ear care knowledge in nursing homes.
- Solvang, P. K., & Slettebø, Å. (2012). *Rehabilitering: individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (2001). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* . Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven>.
- St.meld. nr. 8. (1998-99). *Om handlingsplan for funksjonshemmede 1998-2001*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-8-1998-99-/id430886/>.
- St.meld. nr. 21. (1998-99). *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-21-1998-99-/id431037/>.
- St.meld. nr. 35. (1994/95). *Velferdsmeldinga*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- St.meld. nr. 41. (1987-88). *Nasjonal Helseplan*. Oslo: Sosialdepartementet.
- St.prp. nr. 1. (2007). *Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011*. (Særtrykk av St.prp. nr. 1 (2007–2008) kapittel 9). Retrieved from <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sha/sartrykk-av-st.prp.nr.1-kapittel-9.pdf>.
- Strømsnes, H., & Laukli, E. (2007). *Nordisk lærebok i audiologi*. Bergen: Fagbokforl.
- Svinndal, E., & Østli, E.. (2007). *Å høre og bli hørt - Anbefalinger for en bedre høreapparatformidling*. (Rapport IS-1483). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Særtrykk til Prop. 1 S. (2016-2017). *Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/d64fc8298e1e400fb7d33511b34cb382/no/sved/opptappingsplanrehabilitering.pdf>.
- Terum, L. I., & Grimen, H. (2009). *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt.
- Thomson, R. S., Auduong, P., Miller, A. T., & Gurgel, R. K. (2017). Hearing loss as a risk factor for dementia: A systematic review (Vol. 2, pp. 69-79).
- Tuntland, H., Aaslund, M., Espehaug, B., Forland, O., & Kjekken, I. (2015). Reablement in community-dwelling older adults: a randomised controlled trial. *BMC Geriatrics*, 15.
- Tuntland, H., & Ness, N. E. (2014). *Hverdagsrehabilitering*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Valtorta, N. K., Kanaan, M., Gilbody, S., Ronzi, S., & Hanratty, B. (2016). Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review

- and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart*, 102(13).  
doi:10.1136/heartjnl-2015-308790
- Van Hooren, S. A. H., Anteunis, L. J. C., Valentijn, S. A. M., Bosma, H., Ponds, R. W. H. M., Jolles, J., & Van Boxtel, M. P. J. (2005). Does cognitive function in older adults with hearing impairment improve by hearing aid use? *International Journal of Audiology*, 2005, Vol.44(5), p.265-271, 44(5), 265-271. doi:10.1080/14992020500060370
- Vestergaard Knudsen, L., Öberg, M., Nielsen, C., Naylor, G., & Kramer, S. E. (2010). Factors Influencing Help Seeking, Hearing Aid Uptake, Hearing Aid Use and Satisfaction With Hearing Aids: A Review of the Literature (Vol. 14, pp. 127-154).
- Willumsen, E., Sirnes, T., & Ødegård, A. (2014). Nye samarbeidsformer : et samfunnsoppdrag (pp. 19-29). Oslo: Universitetsforl., cop. 2014.
- Wilson, C., & Stephens, D. (2003). Reasons for referral and attitudes toward hearing aids: do they affect outcome? *Clinical Otolaryngology & Allied Sciences*, 28(2), 81-84.  
doi:10.1046/j.1365-2273.2003.00669.x

## Vedlegg

Vedlegg 1: Spørreskjema

Vedlegg 2: E-post med forespørsel om kontaktinfo, 27.10.17

Vedlegg 3: Facebook-innlegg med forespørsel om kontaktinfo, 06.11.17

Vedlegg 4: E-post med forespørsel om å delta i undersøkelsen, 31.01.18

Vedlegg 5: Facebook-innlegg med informasjon om at undersøkelsen var sendt ut 31.01.18

Vedlegg 6: Facebook-innlegg med forespørsel om å delta i undersøkelsen, 06.02.18

## Introduksjon til spørreskjema

Denne undersøkelsen er del av en Masteroppgave i rehabilitering- og habilitering ved OsloMet - Storbyuniversitetet. Interesseområdet er rehabilitering av hørselshemmede. Hensikten med dette spørreskjemaet er å kartlegge hvilken kompetanse dagens hverdagsrehabiliteringsteam har på hørsel, høreapparater og hørselstekniske hjelpemidler - uavhengig av om du jobber med dette til daglig eller ikke.

Spørreskjemaet inneholder både åpne spørsmål, hvor du skal skrive inn dine svar, og lukkede spørsmål med svaralternativer. Svarene skal relateres til de brukerne du møter i hverdagsrehabiliteringstjenesten.

Takk for at du ønsker å delta.

Maj Brit Høvik, Masterstudent i Rehabilitering- og habilitering, OsloMet - Storbyuniversitetet

## Spørreskjema

1. Hvilken stilling har du?

- Pleieassistent/ufaglært
- Miljøarbeider/helsefagarbeider/hjelpepleier/omsorgsarbeider
- Sykepleier/vernepleier/ergoterapeut/fysioterapeut?
- Annet:

2. Er hverdagsrehabiliteringen organisert i et eget team i din kommune?

Eget team      Som en del av hjemmetjenesten      Annet. Beskriv....

Hvor enig eller uenig er du i følgende utsagn?

3. Jeg har mottatt opplæring/undervisning i bruk og stell av høreapparater

Helt enig      Litt enig      Nøytral      Litt uenig      Helt uenig

4. (Q5) Mange brukere må ha hjelp for å kunne bruke sine høreapparat

Helt enig      Litt enig      Nøytral      Litt uenig      Helt uenig      Vet ikke

5. Jeg har tilstrekkelig informasjon og kunnskap om brukernes høreapparat

Helt enig      Litt enig      Nøytral      Litt uenig      Helt uenig

6. Jeg har mottatt opplæring/undervisning i bruk og stell av hørselshjelpemidler

Helt enig      Litt enig      Nøytral      Litt uenig      Helt uenig



7. Mange brukere må ha hjelp for å kunne bruke sine hørselshjelpemidler  
Helt enig      Litt enig      Nøytral      Litt uenig      Helt uenig      Vet ikke
8. (Q7) Jeg har tilstrekkelig informasjon og kunnskap om brukernes hørselshjelpemidler  
Helt enig      Litt enig      Nøytral      Litt uenig      Helt uenig
9. (Q8) Min erfaring er at brukere blir sosialt isolerte på grunn av hørselstap  
Helt enig      Litt enig      Nøytral      Litt uenig      Helt uenig      Vet ikke
10. (Q9) Jeg er spesielt oppmerksom på lyd- og lysforhold når jeg snakker med hørselshemmede brukere  
Helt enig      Litt enig      Nøytral      Litt uenig      Helt uenig
11. Flere brukere ville sannsynligvis ha nytte av høreapparat  
Helt enig      Litt enig      Nøytral      Litt uenig      Helt uenig      Vet ikke
12. Flere brukere ville sannsynligvis ha nytte av hørselshjelpemidler  
Helt enig      Litt enig      Nøytral      Litt uenig      Helt uenig      Vet ikke
13. (Q12) Jeg kan skru høreapparater av og på  
Helt enig      Litt enig      Nøytral      Litt uenig      Helt uenig
14. (Q13) Jeg ser forskjell på høyre og venstre høreapparat  
Helt enig      Litt enig      Nøytral      Litt uenig      Helt uenig
15. (Q14) +/- side på batteriet sjekkes alltid før jeg setter inn batteriet i høreapparatet  
Helt enig      Litt enig      Nøytral      Litt uenig      Helt uenig      Setter ikke inn batterier
16. (Q15) Jeg vet omtrent brukstid på et høreapparatbatteri  
Helt enig      Litt enig      Nøytral      Litt uenig      Helt uenig
17. Ofte kan ikke brukere bruke høreapparatene fordi de bare piper/hyler  
Helt enig      Litt enig      Nøytral      Litt uenig      Helt uenig      Vet ikke
18. Brukere med høreapparat blir jevnlig sjekket for ørevoks (otoscopert)  
Helt enig      Litt enig      Nøytral      Litt uenig      Helt uenig      Vet ikke
19. Mange ganger klarer jeg ikke hjelpe brukere med deres høreapparat  
Helt enig      Litt enig      Nøytral      Litt uenig      Helt uenig
20. Mange ganger klarer jeg ikke hjelpe brukere med deres hørselshjelpemiddel

Helt enig      Litt enig      Nøytral      Litt uenig      Helt uenig

21.(Q21) Høreapparater blir lagt bort fordi brukere ikke mestrer bruk

Helt enig      Litt enig      Nøytral      Litt uenig      Helt uenig      Vet ikke

22. (Q22) Hørselshjelpemidler blir lagt bort fordi brukere ikke mestrer bruk

Helt enig      Litt enig      Nøytral      Litt uenig      Helt uenig      Vet ikke

23. Jeg tar initiativ til at brukere skal få (nytt) høreapparat

Helt enig      Litt enig      Nøytral      Litt uenig      Helt uenig

24. (Q19) Jeg tar initiativ til at brukere skal få (nye) hørselshjelpemidler

Helt enig      Litt enig      Nøytral      Litt uenig      Helt uenig

25. (Q23) Mitt inntrykk er at brukere er fornøyd med sine høreapparater

Helt enig      Litt enig      Nøytral      Litt uenig      Helt uenig      Vet ikke

26. (Q44) Mitt inntrykk er at brukere er fornøyd med sine hørselshjelpemidler

Helt enig      Litt enig      Nøytral      Litt uenig      Helt uenig      Vet ikke

27. (Q20) Jeg tar initiativ til å bytte slange på høreapparater

Helt enig      Litt enig      Nøytral      Litt uenig      Helt uenig

28. (Q25) Brukere med høreapparat får jevnlig rengjort ørepropper

Helt enig      Litt enig      Nøytral      Litt uenig      Helt uenig      Vet ikke

29. (Q26) Noen ganger virker det som om øreproppene ikke passer i brukerens øre

Helt enig      Litt enig      Nøytral      Litt uenig      Helt uenig      Vet ikke

30. Hvis du møter en bruker som sliter med å komme i gang med bruken av høreapparater, forklarer du da hvorfor det tar lang tid å venne seg til å bruke høreapparater?

Ja      Nei      Nei, jeg har ikke tid      Nei, jeg vet ikke hvorfor det tar lang tid      Har ikke møtt noen

31. Hvis du møter en bruker som sliter med å bruke høreapparatene sine, veileder du da hvordan han/hun kan gå frem for å få en gradvis tilvenning til lyd?

Ja      Nei      Nei, har ikke tid      Nei, jeg vet ikke hvordan      Har ikke møtt noen

32. Hva gjør du hvis du møter en hørselshemmet bruker som du mener kunne hatt nytte av høreapparater, men som ikke har det?

33. Hva kan du hjelpe brukere med hvis de har problemer med å betjene høreapparatene sine?

34. Hva kan du hjelpe brukere med hvis de har feil på høreapparatene sine?

Hvor stort eller lite behov har du for informasjon om:

35. Hvor stort eller lite behov har du for informasjon om hørselstap hos eldre

Stort behov      Litt behov      både/og      Mindre behov      Ikke behov

36. Hvor stort eller lite behov har du for informasjon om ulike typer høreapparater

Stort behov      Litt behov      både/og      Mindre behov      Ikke behov

37. Hvor stort eller lite behov har du for informasjon om vedlikehold og rengjøring av høreapparater

Stort behov      Litt behov      både/og      Mindre behov      Ikke behov

38. Hvor stort eller lite behov har du for informasjon om kontakt-/fagperson vedrørende brukers høreapparat

Stort behov      Litt behov      både/og      Mindre behov      Ikke behov

39. Hvor stort eller lite behov har du for informasjon om kontakt-/fagperson vedrørende brukers hørselshjelpemidler

Stort behov      Litt behov      både/og      Mindre behov      Ikke behov

40. Hvor stort eller lite behov har du for informasjon om lovverk knyttet til høreapparat, hørselshjelpemidler og pedagogisk oppfølging

Stort behov      Litt behov      både/og      Mindre behov      Ikke behov

41. Hvor stort eller lite behov har du for informasjon om høretaktikk (dvs. gunstig lyd- og lytteforhold for høreapparatbrukere, samtaleteknikk mm)

Stort behov      Litt behov      både/og      Mindre behov      Ikke behov

42. Får du noen gang vedtak på hverdagsrehabilitering hvor hørsel og høreapparater er nevnt?

Ja      Nei      Vet ikke

43. Hva tror du er de største utfordringene ansatte i helsetjenesten har i forhold til å kunne hjelpe eldre hørselshemmede med å bruke høreapparat?

44. Hva tror du er de største utfordringene ansatte i helsetjenesten har i forhold til å kunne hjelpe eldre hørselshemmede med å bruke hørselstekniske hjelpemidler?

Hei!

Jeg er masterstudent ved Høgskolen i Oslo og Akershus. I den anledning ønsker jeg å komme i kontakt med den hos dere som har ansvar for/ arbeider med hverdagsrehabilitering. Kan dere være snill å sende meg kontaktinformasjon til rette vedkommende?

Hilsen fra

Maj Brit Høvik

Hei!

Jeg er masterstudent i habilitering- rehabilitering på Høgskolen i Oslo og Akershus. I den anledning ønsker jeg å komme i kontakt med dere som jobber med hverdagsrehabilitering. Jeg har vært i kontakt med samtlige kommuner som står listet opp på denne siden og har fått tilsendt kontaktinformasjon fra hele 141 kommuner! Kjempebra! Nå mangler jeg bare kontaktinfo til 68 kommuner. Jeg skulle så gjerne hatt den for å kunne sende ut informasjon om prosjektet mitt, med forespørsel om dere ønsker å delta. Så hvis du jobber i en av kommunene jeg har listet opp nedenfor vil jeg svært gjerne ha kontakt med deg. Veldig fint om du kunne sende meg en e-post til [s999975@stud.hioa.no](mailto:s999975@stud.hioa.no).

(Hvis administrator ikke liker denne typen innlegg er jeg inneforstått med at det tas vekk.)

Harstad, Salangen, Sør-Varanger, Vefsen, Øksnes, Bjugn, Grong, Hemne, Hitra, Klæbu, Melhus, Namdalseid, Namsos, Rennebu, Selbu, Snåsa, Stjørdal, Trondheim, Vikna, Bremanger, Fitjar, Fjell, Gjesdal, Hjelmeland, Lindås, Naustdal, Nesset, Odda, Os, Rennesøy, Smøla, Sogndal, Surnadal, Vaksdal, Evje og Hornnes, Farsund, Iveland, Kvinesdal, Marnardal, Sirdal, Åmli, Bærum, Flesberg, Gjøvik, Hamar, Hol, Lærdal, Marker, Modum, Nome, Nøtterøy, Rollag, Ringebu, Ringerike, Ringsaker, Rygge, Råde, Stange, Seljord, Skedsmo, Sør-Odal, Tokke, Tønsberg, Ullensaker, Våler, Øystre-Slidre, Åmot og Åsnes.

Hei!

Mitt navn er Maj Brit Høvik og jeg er masterstudent i rehabilitering- og habilitering på OsloMet - Storbyuniversitetet. Jeg er utdannet audiograf og mitt interesseområde er rehabilitering av hørselshemmede. Dere som jobber med eldre mennesker i hverdagsrehabilitering møter nok mange i min målgruppe, men dere har kanskje ikke fokus på hørselsproblemene deres i første omgang. Likevel håper jeg dere vil ta dere tid til å svare på spørreskjemaet mitt. Undersøkelsen tar 10-15 minutter.

En vanlig konsekvens av hørselstap er ensomhet og isolasjon, som igjen kan føre til økt risiko for blant annet *fallskader*, *hjerneslag* og *koronar hjertesykdom*. Hensikten med dette spørreskjemaet er å kartlegge hvilken kompetanse dagens hverdagsrehabiliteringsteam har på hørsel, høreapparater og hørselstekniske hjelpemidler - uavhengig av om dere jobber med dette til daglig eller ikke. Dette er kunnskap det ikke forventes at teamene har, men kartleggingen er viktig for å kunne danne grunnlag for hvilke tiltak som eventuelt skal settes inn for å øke kunnskap om hørsel, høreapparater og hørselstekniske hjelpemidler blant helsepersonell som møter hørselshemmede eldre i sitt daglige arbeide. Liknende kartlegginger har blant annet vært gjort blant ansatte på sykehjem og blant sykepleiere i hjemmetjenesten.

Hørselsundersøkelsen som ble gjennomført som en del av «Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag» 1995-97 HUNT II, viste at i aldersgruppen over 65 år har 62 % et hørselstap. I aldersgruppen over 80 år har 90% et hørselstap. Hørselshemmedes landsforbund antyder at det kan være så mange som 1 000 000 hørselshemmede i Norge allerede innen 2020 og da er ikke de med små hørselstap tatt med. Så dette er et stort og viktig område.

Det er frivillig å delta, besvarelsen er anonym og det vil ikke være mulig å finne ut hvem som har svart hva. Du finner spørreskjemaet ved å trykke på denne linken <http://www.cobweb.no/LimeSurvey/index.php?r=survey/index&sid=927591>

Har du andre kollegaer som jobber med hverdagsrehabilitering som ikke har fått tilsendt henvendelsen er det fint om du kan videresende mailen til dem.

Besvarelsen kan også gjøres via nettleser på mobiltelefon eller nettbrett.

Hilsen fra  
Maj Brit Høvik  
Masterstudent  
OsloMet - Storbyuniversitetet

Hei!

Jeg har tidligere skrevet her at jeg ønsket kontakt med dere som jobber med hverdagsrehabilitering. Det resulterte i mange e-postadresser. Tusen takk! Nå har jeg sendt ut en forespørsel til disse om å svare på spørreskjemaet mitt i forbindelse med min Master i Rehabilitering. Håper alle som har fått det kan ta seg tid til å svare og også videresende det til kollegaer jeg ikke har e-postadressen til.

Hvis det er noen som ikke har fått skjemaet som kunne tenke seg å se på det og vurdere å være med hadde jeg blitt kjempeglad. Har du ikke en kollega som har fått det kan du bare send meg e-postadressen din, så sender jeg spørreskjemaet til deg, s999975@stud.hioa.no Mange har allerede svart, tusen takk til dere! Så dette kan bli riktig bra – jo flere som svarer jo sikrere funn får jeg 😊☐. Forskning er gøy!!

Hei!

Som noen av dere sikkert har fått med dere, skriver jeg på en masteroppgave i rehabilitering ved OsloMet (tidligere Høgskolen i Oslo og Akershus). Jeg er interessert i å komme i kontakt med dere som jobber innenfor hverdagsrehabilitering. Noen av dere har fått tilsendt en e-post fra meg med forespørsel om å delta i undersøkelsen min. Mange har svart og tusen takk til dere! Fikk et tips om å legge ut linken til spørreskjemaet mitt her for å få med enda flere. Så her er den: <http://www.cobweb.no/LimeSurvey/index.php...>

Håper linken virker og at så mange som mulig har lyst og tid til å delta. Det tar 10-15 min. På forhånd tusen takk 😊:-)

Mvh Maj Brit Høvik